

N° 73

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2007

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale pour 2008**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, président ; MM. Claude Belot, Marc Massion, Denis Badré, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Yann Gaillard, Jean-Pierre Masseret, Joël Bourdin, vice-présidents ; M. Philippe Adnot, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Moreigne, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Mme Marie-France Beaufils, M. Roger Besse, Mme Nicole Bricq, MM. Auguste Cazalet, Michel Charasse, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Éric Doligé, André Ferrand, Jean-Claude Frécon, Yves Fréville, Christian Gaudin, Paul Girod, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Jean-Jacques Jégou, Alain Lambert, Gérard Longuet, Roland du Luart, François Marc, Michel Mercier, Gérard Miquel, Henri de Raincourt, Michel Sergent, Henri Torre, Bernard Vera.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^e législ.) : 284, 295, 303, et T.A. 48

Sénat : 67 et 72 (2007-2008)

SOMMAIRE

Pages

| | |
|---|----|
| AVANT-PROPOS | 9 |
| CHAPTRE PREMIER - LE CADRE GÉNÉRAL DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT | 11 |
| I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE | 11 |
| A. UNE PREMIÈRE OPÉRATION DE CERTIFICATION DES COMPTES EN 2006 | 11 |
| 1. <i>L'opération de certification des comptes du régime général menée par la Cour des comptes</i> | 11 |
| 2. <i>Les modifications apportées par l'article 23</i> | 13 |
| B. UNE NETTE DÉGRADATION DE LA SITUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2007 | 16 |
| 1. <i>La tendance générale d'évolution des comptes de la sécurité sociale</i> | 16 |
| 2. <i>La situation des différentes branches du régime général</i> | 17 |
| 3. <i>La situation des fonds : embellie pour le FSV, dégradation pour le FFIPSA</i> | 19 |
| C. L'ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES COMPTES | 26 |
| 1. <i>L'évolution prévue pour 2008</i> | 26 |
| 2. <i>Les projections pluriannuelles (2007-2012)</i> | 27 |
| 3. <i>L'appréciation de la performance</i> | 31 |
| D. 36 MILLIARDS D'EUROS : NOUVEAU « RECORD » POUR LE PLAFOND D'AVANCES DE TRÉSORERIE DU RÉGIME GÉNÉRAL | 33 |
| 1. <i>« L'envol » des charges financières supportées par le régime général : plus d'un milliard d'euros en 2008</i> | 33 |
| 2. <i>L'évolution des plafonds d'avances de trésorerie</i> | 34 |
| E. LES CONDITIONS D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE | 39 |
| 1. <i>33,1 milliards d'euros amortis sur un total de 107,61 milliards d'euros</i> | 39 |
| 2. <i>Les objectifs d'amortissement de dette fixés par le présent projet de loi de financement</i> | 41 |
| II. UN EFFORT DE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE, QUI SE TRADUIT PAR UNE FISCALISATION ACCRUE DES RESSOURCES | 43 |
| A. SOLDER LE PASSÉ : LES REMBOURSEMENTS DE DETTES ANCIENNES | 43 |
| 1. <i>Le remboursement par l'Etat de 5,1 milliards d'euros</i> | 43 |
| 2. <i>Le remboursement annoncé de 619 millions d'euros au FFIPSA dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2007</i> | 45 |
| B. EVITER LA FORMATION DE NOUVELLES DETTES : LES MESURES PRISES EN PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2008 | 47 |
| 1. <i>La réévaluation de certaines dépenses</i> | 47 |
| 2. <i>Des transferts de recettes fiscales</i> | 48 |

| | |
|--|-----------|
| C. UNE FISCALISATION CROISSANTE DES RESSOURCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE | 49 |
| 1. Une tendance de long terme..... | 49 |
| 2. ... qui se confirme en 2008 | 50 |
| III. DES RÉFORMES ANNONCÉES | 53 |
| A. DES CHANTIERS QUI POURRAIENT DÉBOUCHER SUR UNE MODIFICATION SUBSTANTIELLE DE L'ARCHITECTURE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE..... | 53 |
| 1. Les ressources de la protection sociale | 53 |
| 2. Le financement du système de santé | 55 |
| 3. La couverture du risque dépendance | 55 |
| B. VERS UNE NOUVELLE RÉFORME DU SYSTÈME D'ASSURANCE VIEILLESSE | 56 |
| 1. La réforme des régimes spéciaux est engagée | 56 |
| 2. Premier bilan d'étape en 2008 pour la réforme des retraites menée en 2003 | 62 |
| 3. Le rôle du Fonds de réserve pour les retraites est incertain..... | 64 |
| CHAPITRE DEUX - LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES..... | 71 |
| I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES | 71 |
| A. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS ET À LA TAXATION DES FABRICANTS DE TABAC | 71 |
| 1. Le relèvement du minimum de perception (article 9 C) | 72 |
| 2. La possibilité de moduler le montant du minimum de perception en fonction du prix de vente au détail (article 9 B) | 72 |
| 3. L'instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac (article 9 bis) | 74 |
| B. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RETRAITES | 75 |
| 1. La modification des prélèvements obligatoires applicables en cas de préretraites et de mise à la retraite d'office (article 10) | 75 |
| 2. L'assouplissement des règles applicables au personnel navigant commercial du transport aérien exerçant en qualité de personnel de cabine (article 10 bis) | 79 |
| 3. La modification des droits à pension des fonctionnaires exerçant un mandat parlementaire (article 9A) | 80 |
| C. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX « NICHES SOCIALES »..... | 80 |
| 1. La révision du mode de calcul des allègements généraux de cotisations sociales patronales (article 9 D) | 80 |
| 2. La conversion du repos compensateur en majoration salariale (article 16 ter)..... | 83 |
| 3. L'instauration d'une contribution patronale et d'une contribution salariale additionnelle sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites (article 9 E) | 84 |
| 4. Les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire de la CSG des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (article 11)..... | 94 |
| 5. L'exonération en faveur des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (article 11 bis) | 96 |
| 6. La suppression du dispositif d'exonérations ciblées en faveur des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale (article 12) | 98 |
| 7. L'affiliation au régime général de personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion (article 13)..... | 101 |

| | |
|---|-----|
| 8. <i>L'extension du statut de collaborateur occasionnel du service public aux personnes travaillant occasionnellement pour une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale (article 13 bis)</i> | 101 |
| 9. <i>La suppression des exonérations de cotisations accidents du travail – maladies professionnelles (article 14)</i> | 102 |
| 10. <i>Une meilleure information sur le rescrit social dans le domaine agricole (article 16 bis)</i> | 104 |
| D. L'AMÉNAGEMENT DE L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITÉ À LA CHARGE DES SOCIÉTÉS (ARTICLE 15) | 104 |
| 1. <i>L'assujettissement de l'ensemble des personnes morales publiques, au titre de leurs activités concurrentielles</i> | 105 |
| 2. <i>L'assujettissement des sociétés européennes et des sociétés coopératives européennes</i> | 106 |
| E. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR DU MÉDICAMENT (ARTICLE 9) | 106 |
| 1. <i>Le transfert des taxes pharmaceutiques et des pénalités aux URSSAF</i> | 108 |
| 2. <i>La rectification de certaines incohérences rédactionnelles</i> | 109 |
| 3. <i>Une meilleure prise en compte de la situation des entreprises pour le paiement des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et de promotion des dispositifs médicaux</i> | 109 |
| 4. <i>La réduction des marges des grossistes-répartiteurs</i> | 110 |
| 5. <i>Le maintien à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques</i> | 111 |
| 6. <i>La suppression d'un abattement existant</i> | 111 |
| 7. <i>La fixation à 1,4 % de la clause de sauvegarde sur le chiffre d'affaires</i> | 113 |
| F. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES | 115 |
| 1. <i>Les nouvelles dérogations apportées au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales (article 16)</i> | 115 |
| 2. <i>L'approbation du montant de la compensation des exonérations ciblées (article 17)</i> | 116 |
| II. LA BRANCHE MALADIE | 120 |
| A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2008 | 120 |
| 1. <i>Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 49)</i> | 120 |
| 2. <i>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (article 50)</i> | 121 |
| B. LE RENFORCEMENT DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE | 125 |
| 1. <i>Le renforcement de la procédure d'alerte (article 25)</i> | 125 |
| 2. <i>L'extension de la mise sous accord préalable à l'ensemble des prescriptions médicales (article 26)</i> | 127 |
| 3. <i>La subordination du remboursement des frais de transports effectués par les entreprises de taxi à la signature d'une convention avec l'organisme d'assurance maladie compétent (article 27)</i> | 129 |
| 4. <i>L'extension du dispositif de pénalités financières aux transporteurs sanitaires (article 34)</i> | 130 |
| 5. <i>La désignation d'un médecin traitant par les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (article 35 ter)</i> | 131 |
| C. LA RATIONALISATION DE L'OFFRE DE SOINS | 131 |
| 1. <i>L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (articles 30 et 31)</i> | 131 |
| 2. <i>Les mesures relatives à la démographie médicale (articles 32, 32 bis et 33)</i> | 138 |
| 3. <i>Les mesures visant à favoriser la restructuration du réseau officinal (article 39)</i> | 142 |

| | |
|--|-----|
| D. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE EFFICIENCE DE L'OFFRE DE SOINS | 147 |
| 1. Les avis médico-économiques de la Haute autorité de santé (HAS) (article 29) | 147 |
| 2. L'instauration de sanctions en cas de retard ou de non réalisation des études post-AMM des médicaments (article 29 bis) | 148 |
| 3. L'amélioration de l'information des patients sur les dépassements d'honoraires (article 28)..... | 149 |
| 4. La télétransmission des feuilles de soin (article 31 bis) | 150 |
| 5. Le conditionnement des médicaments (article 35 bis) | 150 |
| 6. Le renforcement de l'obligation de déclaration des dispositifs médicaux (article 38) | 151 |
| E. L'ACCÈS AUX SOINS ET LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE | 152 |
| 1. L'instauration de franchises médicales (article 35) | 152 |
| 2. Les dispositions visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale (article 37) | 157 |
| 3. Les IVG médicamenteuses pratiquées en centres de planification (article 46) | 158 |
| 4. Le dépistage et la vaccination contre l'hépatite B en centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (article 47) | 159 |
| 5. L'autorisation pour les personnels infirmiers d'effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale (article 28 bis) | 160 |
| F. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ..... | 160 |
| 1. Les mesures relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) (article 42)..... | 160 |
| 2. Le financement des établissements médico-sociaux (article 45) | 165 |
| 3. L'expérimentation de la tarification à l'activité dans les services de psychiatrie et de soins de suite (article 42 bis) | 169 |
| 4. L'expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires (article 43)..... | 169 |
| 5. Les groupements de coordination sanitaire (article 44) | 170 |
| 6. La participation des médecins libéraux dans les centres régionaux d'hospitalisation (article 44 bis) | 171 |
| 7. La contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (article 41)..... | 172 |
| 8. Le financement des heures supplémentaires effectuées par les personnels hospitaliers (article 52 bis) | 174 |
| 9. Les missions et la dotation du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (article 40) | 174 |
| G. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES..... | 178 |
| 1. La dotation de l'Office national des accidents médicaux (article 51) | 178 |
| 2. La dotation de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (article 52)..... | 180 |
| H. LA MISE EN PLACE CHAOTIQUE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL | 183 |
| 1. Des crédits sous-utilisés en 2007, qui traduisent les difficultés que connaît la mise en œuvre de ce projet (article 5) | 186 |
| 2. La mise en place d'un portail unique et la « consécration » du droit de masquage (article 36)..... | 187 |
| 3. Un « coup d'accélérateur » pour le dossier pharmaceutique (article 36 bis) | 190 |
| 4. Les crédits du FIQCS pour 2008 : 301 millions d'euros, dont une partie consacrée à la mise en place du DMP (article 48)..... | 191 |

| | |
|---|-----|
| III. LA BRANCHE FAMILLE | 193 |
| A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2008..... | 193 |
| B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI..... | 195 |
| 1. <i>La modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant (article 59)</i> | 196 |
| 2. <i>Le droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et les compléments d'allocation de l'enfant handicapé (article 60)</i> | 197 |
| 3. <i>La clarification des conditions d'attribution des prestations familiales aux ressortissants étrangers (article 61)</i> | 199 |
| 4. <i>L'extension de la procédure d'expertise médicale aux contestations des décisions du contrôle médical pour le versement de l'AJPP (article 61 bis)</i> | 200 |
| IV. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES | 202 |
| A. LA COMPENSATION VERSÉE À LA BRANCHE MALADIE : UN MONTANT MAINTENU À 410 MILLIONS D'EUROS | 202 |
| B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : PLUS DE 1,16 MILLIARD D'EUROS EN 2008 | 202 |
| 1. <i>La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)</i> | 204 |
| 2. <i>La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)</i> | 206 |
| C. LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP | 207 |
| 1. <i>Le plafonnement de la rente d'incapacité permanente en cas d'accidents successifs (article 54)</i> | 207 |
| 2. <i>La clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail (article 55)</i> | 208 |
| 3. <i>L'obligation de motiver le refus d'inscrire un établissement sur la liste ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (article 56 bis)</i> | 208 |
| V. LES MESURES RELATIVES À L'ORGANISATION DES BRANCHES ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE | 210 |
| A. LES MESURES RELATIVES À L'ORGANISATION DES BRANCHES | 210 |
| 1. <i>La mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) (article 63)</i> | 210 |
| 2. <i>La rationalisation de l'application des règles des marchés publics applicables aux organismes de sécurité sociale (article 64)</i> | 211 |
| 3. <i>Le renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (article 65)</i> | 212 |
| B. LE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL ET DE CERTAINES DEPENSES DE SANTÉ | 214 |
| 1. <i>Le contrôle des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (article 70)</i> | 214 |
| 2. <i>Les conditions nécessaires pour bénéficier d'une indemnité journalière en cas d'accident du travail (article 71)</i> | 216 |
| 3. <i>L'expérimentation d'une nouvelle procédure de contrôle des arrêts de travail (article 66)</i> | 216 |
| 4. <i>La suppression à titre expérimental du versement de certaines allocations en cas de fraude avérée (article 67 ter)</i> | 218 |
| 5. <i>Le contrôle des justificatifs demandés en matière d'aide au logement (articles 67 quater et 67 quinquies)</i> | 218 |

| | |
|---|-----|
| C. LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA COOPÉRATION INTER-SERVICES | 219 |
| 1. <i>Le renforcement des compétences des organismes nationaux de sécurité sociale (articles 66 ter et 67 bis)</i> | 219 |
| 2. <i>Le renforcement des échanges d'information (articles 66 bis et 67)</i> | 220 |
| D. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ | 223 |
| 1. <i>L'instauration d'une base forfaitaire de redressement (article 68)</i> | 223 |
| 2. <i>L'obligation de signalement aux organismes de sécurité sociale des cas de travail dissimulé (article 68 bis)</i> | 225 |
| 3. <i>La lutte contre le travail dissimulé dans le cadre de la sous-traitance (article 68 ter)</i> | 225 |
| 4. <i>Les articles additionnels proposés par votre rapporteur pour avis</i> | 226 |
| AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION | 227 |
| AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, M. ERIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, ET MME VALÉRIE LÉTARD, SECRÉTAIRE D'ETAT AUPRÈS DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, CHARGÉE DE LA SOLIDARITÉ | 231 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 243 |

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est le premier de la législature.

Le socle sur lequel il se fonde est fragile. En effet, **l'année 2007 a été marquée par une dégradation importante des comptes sociaux**. Le régime général a ainsi vu sa situation se détériorer de 3 milliards d'euros par rapport à l'exercice 2006.

Le présent projet de loi de financement devrait permettre de corriger de 4 milliards d'euros l'évolution tendancielle des comptes sociaux, en ramenant le déficit du régime général à 8,8 milliards d'euros, et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des fonds (Fonds de solidarité vieillesse et Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles) à 9,7 milliards d'euros. La structure même du déficit du régime général devrait évoluer en 2008, puisque deux branches – famille et accidents du travail – devraient connaître un excédent, de même que le Fonds de solidarité vieillesse.

La situation reste néanmoins préoccupante, comme le montre la fixation à un niveau « record » du plafond d'avances de trésorerie du régime général. Il en va de même s'agissant des projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement, qui ne laissent pas entrevoir de résorption rapide des déficits sociaux.

A cet égard, **le présent projet de loi de financement apparaît comme un projet de loi de transition**, en attendant les résultats des chantiers annoncés par le Président de la République et le rendez-vous sur le financement des régimes de retraites prévu en 2008.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'encourager les pouvoirs publics à poursuivre dans la voie de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, à se pencher sur la question du dynamisme des prestations de retraite, qui contribue à dégrader dangereusement le solde de la branche vieillesse et à proposer un mode de financement de notre système de protection sociale qui soit à la fois pérenne et adapté aux mutations de l'économie.

CHAPTRE PREMIER

LE CADRE GÉNÉRAL DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

A. UNE PREMIÈRE OPÉRATION DE CERTIFICATION DES COMPTES EN 2006

1. L'opération de certification des comptes du régime général menée par la Cour des comptes

a) *Le cadre juridique*

Pour la première fois, le Parlement dispose d'éléments relatifs à la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes du régime général de sécurité sociale, au titre de l'exercice 2006. Votre rapporteur pour avis y prête une attention d'autant plus grande que c'est à son initiative que **la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) pose un principe organique de sincérité des comptes des régimes de sécurité sociale**. Reprenant la formule employée par l'article 27 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), elle dispose, dans son article 1^{er}, que « *les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière* ».

La mission de certification des comptes du régime général est confiée à la Cour des comptes. En effet, le VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la mission d'assistance du Parlement et du gouvernement, confiée à la Cour des comptes par le dernier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution, comporte, notamment, la production du rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général relatifs au dernier exercice clos.

En application de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes doit établir, chaque année, un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos. Ce rapport doit être remis au Parlement et au gouvernement sitôt son arrêt par la

Cour des comptes, et au plus tard, le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. Cette disposition devait s'appliquer **pour la première fois à la certification de l'exercice 2006**, en application des dispositions de l'article 23 de la LOLFSS.

En application de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, **les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux du régime général, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes, et non par la Cour des comptes.** Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins. **La certification des comptes des régimes autres que le régime général doit s'appliquer au plus tard aux comptes de l'exercice 2008.**

b) Les observations de la Cour des comptes sur les comptes du régime général

Dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, la Cour des comptes, tout en soulignant certaines limitations ayant affecté l'audit des comptes et en effectuant certaines réserves, certifie qu'au regard des principes et règles comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de l'ensemble des branches, à l'exception de la branche famille sur laquelle elle ne se prononce pas, sont réguliers, sincères et donnent, dans leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière et du patrimoine des organismes nationaux.

Sans revenir sur l'ensemble des observations formulées par la Cour des comptes, **votre rapporteur pour avis se félicite de cette situation globale, mais souhaite que des actions significatives soient rapidement menées par la branche famille** pour remédier aux limitations relevées par la Cour des comptes, qui n'a pas été en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille, ni sur les comptes de la CNAF, au titre de l'exercice 2006.

La branche vieillesse appelle également une attention particulière. En effet, la Cour des comptes juge que, bien qu'elles soient appliquées régulièrement, les règles définissant le périmètre de combinaison des comptes ne permettent pas d'appréhender de façon exhaustive la situation de cette branche, en raison de l'exclusion du **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** de son périmètre.

**Extrait du rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes
du régime général de sécurité sociale 2006**

« L'absence de rattachement du FSV au périmètre des comptes du régime général fausse l'image donnée par les comptes de la branche retraite. La Cour évalue à - 1,1 milliard d'euros la quote-part du résultat du FSV qui serait à lui rattacher au titre de 2006, portant le résultat de la branche à - 3,0 milliards d'euros. L'intégration des résultats cumulés antérieurs à 2006 aurait une incidence de - 3,4 milliards d'euros sur les capitaux propres de la branche retraite. Au terme de ces corrections, les capitaux propres de la branche s'élèveraient à - 4,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006, au lieu de - 93 millions d'euros.

« En dépit d'une demande de la Cour en ce sens, l'annexe aux comptes de la branche retraite n'a pas été modifiée afin de faire apparaître l'incidence des résultats du FSV sur le résultat et les capitaux propres de l'exercice 2006, qui seule est à même de procurer une image fidèle du résultat, du patrimoine et de la situation financière de la branche retraite.

« Pour l'avenir, la Cour souhaite que l'arrêté du 27 novembre 2006 soit modifié afin de prévoir une combinaison partagée du FSV avec les branches retraite des régimes de sécurité sociale au financement desquels il contribue, au prorata de la part des charges techniques du FSV qui se rapportent à chacun d'entre eux ».

Votre rapporteur pour avis sera particulièrement attentif aux suites données à ces observations.

Il note, enfin, que la Cour des comptes met l'accent sur les **créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'Etat**, en appelant ce dernier à reconnaître ses dettes dans ses comptes 2006 et à s'en acquitter dans les meilleurs délais. C'est désormais chose faite, avec le **remboursement de 5,079 milliards d'euros opéré le 5 octobre 2007** (cf. *infra*).

2. Les modifications apportées par l'article 23

a) L'affirmation du caractère commun des règles d'établissement et d'arrêté des comptes

Le I de l'article 23 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à **insérer un nouvel article L. 114-6-1** au sein du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article affirme le caractère commun des règles d'établissement et d'arrêté des comptes, en prévoyant que *« les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale »*. A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et les équilibres généraux, et avec l'accord du gouvernement, l'Assemblée nationale a apporté une modification de nature rédactionnelle.

Il reviendrait, par ailleurs, à un décret en Conseil d'Etat de définir les compétences respectives des organes de direction et de l'instance délibérative

compétente, et de préciser leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes.

L'exposé des motifs du présent projet de loi de financement précise que, au-delà de la définition à venir des compétences imparties, dans une perspective d'harmonisation, ces dispositions devront permettre d'identifier les différents interlocuteurs successifs du certificateur.

Ces dispositions n'appellent pas de remarques particulières de la part de votre rapporteur pour avis.

b) Le rôle des commissaires aux comptes dans la certification des comptes des régimes autres que le régime général

Le II de l'article 23 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à compléter les dispositions de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, relatif à la certification des comptes des régimes autres que le régime général, afin de **préciser les modalités d'intervention des commissaires aux comptes et les liens entretenus avec les autorités de tutelle.**

(1) La transmission du rapport annuel aux autorités de tutelle et son contenu

Les commissaires aux comptes seront ainsi tenus de communiquer leur rapport aux autorités de tutelle compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés des régimes autres que le régime général.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a précisé, avec l'accord du gouvernement, que **ce rapport devra également être communiqué à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'Etat sur l'organisme.**

Le texte initial du gouvernement prévoyait que ce rapport devait retracer les diligences que les commissaires aux comptes ont accomplies lors de l'audit annuel des comptes et signaler toutes les irrégularités, inexactitudes et anomalies constatées, quand bien même ils estimeraient que les comptes annuels ou les comptes combinés annuels doivent faire l'objet d'une certification sans réserve. A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et l'équilibre général, et avec l'accord du gouvernement, l'Assemblée nationale a **supprimé ces dispositions**, qui n'étaient pas compatibles avec les nouvelles normes d'exercice professionnel prévalant pour la profession de commissaire aux comptes, homologuées par arrêté du ministre de la justice en date du 10 avril 2007.

(2) Les liens entre les commissaires aux comptes et les autorités de tutelle

Les autorités de tutelle pourront demander aux commissaires aux comptes tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Ces derniers seront alors déliés, à leur égard, du secret professionnel.

Les autorités de tutelle pourront également transmettre aux commissaires aux comptes :

- les **informations**, couvertes par le secret professionnel, nécessaires à l'accomplissement de leur mission ;

- des **observations écrites**, auxquelles les commissaires aux comptes, seront tenus d'apporter des réponses écrites.

Les commissaires aux comptes sont, en outre, **tenus de signaler** dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

- soit à constituer une **violation des dispositions législatives et réglementaires** qui leur sont applicables, susceptible d'avoir des effets significatifs sur la situation financière, le résultat ou le patrimoine ;

- soit à entraîner le **refus de la certification** de ses comptes ou l'émission de **réserves**.

Cette même obligation s'applique aux entités entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés de ces régimes.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et les équilibres généraux, l'Assemblée nationale a précisé, avec l'accord du gouvernement, que **l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'Etat sur l'organisme bénéficiera également de l'ensemble de ces dispositions, de la même manière que les autorités de tutelle.**

(3) La responsabilité des commissaires aux comptes

Enfin, il est précisé que **la responsabilité des commissaires aux comptes ne pourra être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution de ces obligations**, ce qui est naturel.

L'exposé des motifs du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale précise que ces dispositions ont été finalisées en concertation avec la Compagnie nationale des commissaires aux comptes. **Ces dispositions sont nécessaires pour permettre la mise en place d'une procédure adaptée de certification des comptes des régimes autres que le régime général, qui constitue un élément essentiel d'information du Parlement.**

B. UNE NETTE DÉGRADATION DE LA SITUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2007

1. La tendance générale d'évolution des comptes de la sécurité sociale

La situation des comptes de la sécurité sociale est particulièrement préoccupante. On relève en effet une **forte dégradation des comptes du régime général** de la sécurité sociale depuis le début de l'année 2007. Celui-ci se dégraderait ainsi de **3 milliards d'euros par rapport à 2006**, pour atteindre **- 11,7 milliards d'euros** en 2007, se rapprochant ainsi des niveaux de déficit les plus élevés atteints en 2004 (-11,9 milliards d'euros) et 2005 (- 11,6 milliards d'euros).

Le **déficit de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement** s'élèverait, quant à lui, à **- 14 milliards d'euros** en 2007, soit un niveau proche de celui enregistré en 2005 (- 14,2 milliards d'euros). Alors que le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) se réduirait en 2007 pour être excédentaire en 2008, le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) se creuserait, lui, fortement en 2007 et 2008 (- 2,3 milliards d'euros en 2007 et - 2,7 milliards d'euros en 2008).

Soldes des régimes de base et des fonds (2003-2007)

(en milliards d'euros)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 (évolution tendancielle) | 2008 (avec mesures du PLFSS) |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Régime général | -10,2 | -11,9 | -11,6 | -8,7 | -11,7 | -12,7 | -8,8 |
| Autres régimes de base | -0,2 | 0,4 | 0,2 | 0,9 | 0,3 | 1,0 | 1,2 |
| Ensemble des régimes de base | -10,4 | -11,5 | -11,4 | -7,8 | -11,4 | -11,6 | -7,6 |
| FSV | -0,1 | -0,6 | -2,0 | -1,3 | -0,3 | 0,5 | 0,6 |
| ex-FOREC | -0,6 | | | | | | |
| FFIPSA | | | -1,4 | -1,3 | -2,3 | -2,7 | -2,7 |
| Ensemble des régimes de base et fonds* | -11,9 | -12,2 | -14,2 | -10,5 | -14,0 | -13,9 | -9,7 |

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et articles 19, 20 et 21 du présent projet de loi de financement

* Le compte du FFIPSA ne peut être agrégé simplement à ceux des régimes de base comme c'est le cas pour le FSV, en raison de sa conception et des nombreux éléments communs entre ses comptes et ceux du régime des exploitants agricoles. L'agrégat présenté sur cette ligne prend en compte, pour ce dernier régime, le résultat technique hors produits à recevoir du FFIPSA, qui est comparable à celui du fonds de financement sans lui être identique. Cette option permet de bien faire apparaître un résultat d'ensemble des organismes du champ de la loi de financement ne masquant pas le déficit des opérations du régime des exploitants, tout en évitant les doubles comptes.

Plusieurs **faits marquants** expliquent la dégradation des comptes de la sécurité sociale en 2007, après un début de redressement en 2006 :

- le **très net dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** (ONDAM), dépassement qui atteindrait 2,9 milliards d'euros en 2007 et qui a amené le comité d'alerte à déclencher, le 29 mai 2007, la procédure d'alerte prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale¹ ;

- la **dégradation rapide de la trésorerie du régime général et l'explosion de ses charges financières** ;

- le **ralentissement de la progression des recettes par rapport à celle connue au cours de l'exercice 2006**. La commission des comptes de la sécurité sociale souligne, en particulier, dans son rapport de juillet 2007, que près de 2 milliards d'euros de recettes exceptionnelles non reconductibles avaient été comptabilisées en 2006 (modalités de taxation des plans épargne logement (PEL), comptabilisation de deux exercices de remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, acquittement exceptionnel de treize mois de droits indirects sur les boissons alcooliques par certains opérateurs). La commission des comptes de la sécurité sociale note que ces recettes exceptionnelles « *ont gonflé d'environ 0,7 point le taux de croissance des produits du régime général en 2006 et contribuent à réduire d'autant celui de 2007* ».

2. La situation des différentes branches du régime général

Pour la troisième année consécutive, les **quatre branches du régime général seraient en déficit** en 2007.

On relève, en particulier, **deux évolutions importantes** :

- la **dégradation du solde de la branche maladie** de 260 millions d'euros par rapport à 2006, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyait une amélioration de son solde de 2 milliards d'euros ;

- la **dégradation plus forte que prévue du solde de la branche vieillesse**.

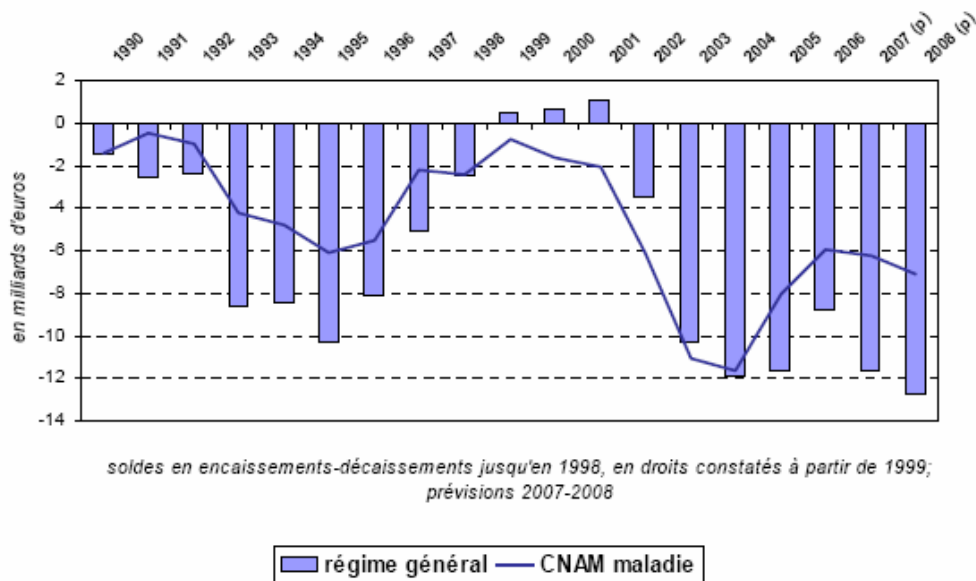
a) Une reprise de la dégradation du solde de la branche maladie

Alors que le déficit de la branche maladie du régime général s'était réduit de 5,6 milliards d'euros entre 2005 et 2006, il **se dégraderait, en 2007, de 260 millions d'euros**, pour atteindre 6,2 milliards d'euros, contre 6 milliards d'euros en 2006.

En 2007, l'assurance maladie contribuerait ainsi pour **52 % au déficit total** de la sécurité sociale et la **branche vieillesse** pour près de **40 %**.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Evolution des soldes du régime général et de la branche maladie depuis 1990



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

b) Un creusement rapide du déficit de la branche vieillesse

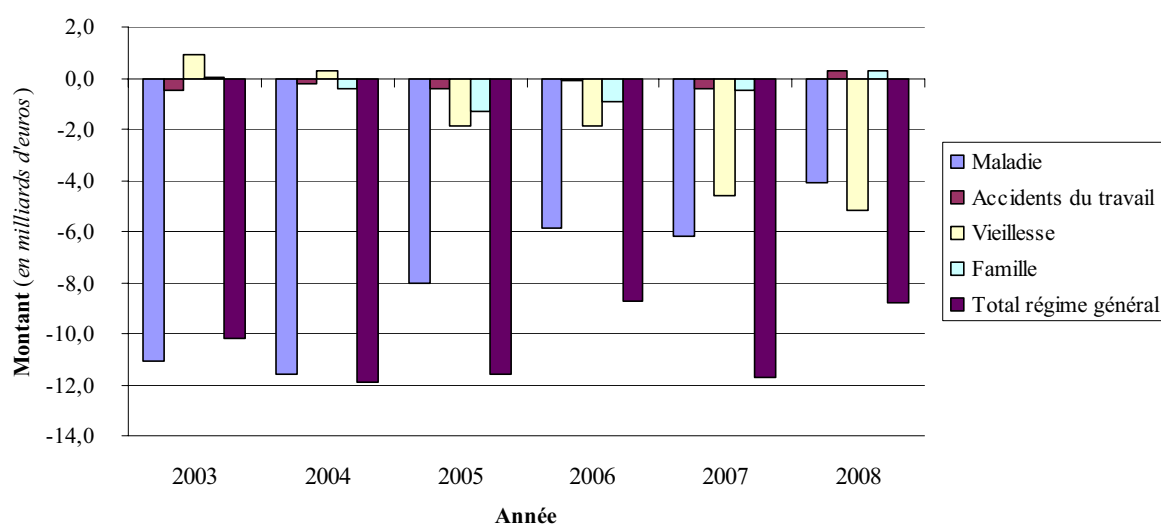
Après six années d'excédents sur la période 1999-2004, la branche vieillesse du régime général a renoué avec un déficit important en 2006 (- 1,9 milliard d'euros). Celui-ci se **creuserait fortement en 2007** (- 4,6 milliards d'euros), en raison principalement du maintien du rythme élevé des départs à la retraite.

c) Une résorption du déficit de la branche famille

La branche famille du régime général connaît, quant à elle, un déficit depuis 2004 en raison de la mise en œuvre de nouvelles politiques (principalement la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant, PAJE). Ce **déficit**, à la différence de celui de la branche vieillesse, est **de nature conjoncturelle**.

Le déficit de la branche famille a commencé à se réduire en 2006 (- 0,4 milliard d'euros) pour atteindre, cette même année, 891 millions d'euros. Il devrait **encore diminuer en 2007 et en 2008, en raison du ralentissement de la montée en charge de la PAJE**. Le solde de la branche famille s'établirait ainsi à - 498,8 millions d'euros en 2007.

Soldes par branche du régime général (2003-2008)



Pour l'année 2008, sont pris en comptes les objectifs inscrits dans le présent projet de loi de financement.

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

3. La situation des fonds : embellie pour le FSV, dégradation pour le FFIPSA

a) Le FSV : une situation excédentaire en 2008

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la situation est dépendante de la situation économique, et en particulier de l'évolution du chômage, devrait renouer avec les excédents en 2008, après plusieurs années de déficits annuels, comme le montre le tableau suivant.

Evolution de la situation budgétaire du Fonds de solidarité vieillesse

(en millions d'euros)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Solde | -639,0 | -2 004,7 | -1 259,0 | -297,0 | 627,0 |
| Solde cumulé | -1 695,8 | -3 700,5 | -4 959,0 | -5 256,0 | -4 629,0 |

Source: d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale et de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

D'après l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce retour à l'excédent s'expliquerait par :

- la poursuite de la baisse des effectifs de chômeurs pris en charge par le FSV, évaluée à - 137.000 en moyenne annuelle ;

- la poursuite des effets de la mesure harmonisant les règles de service au sein du minimum vieillesse, qui devrait produire 50 millions d'euros d'économies ;

- du dynamisme de la CSG et d'une majoration substantielle des versements au titre de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) ;

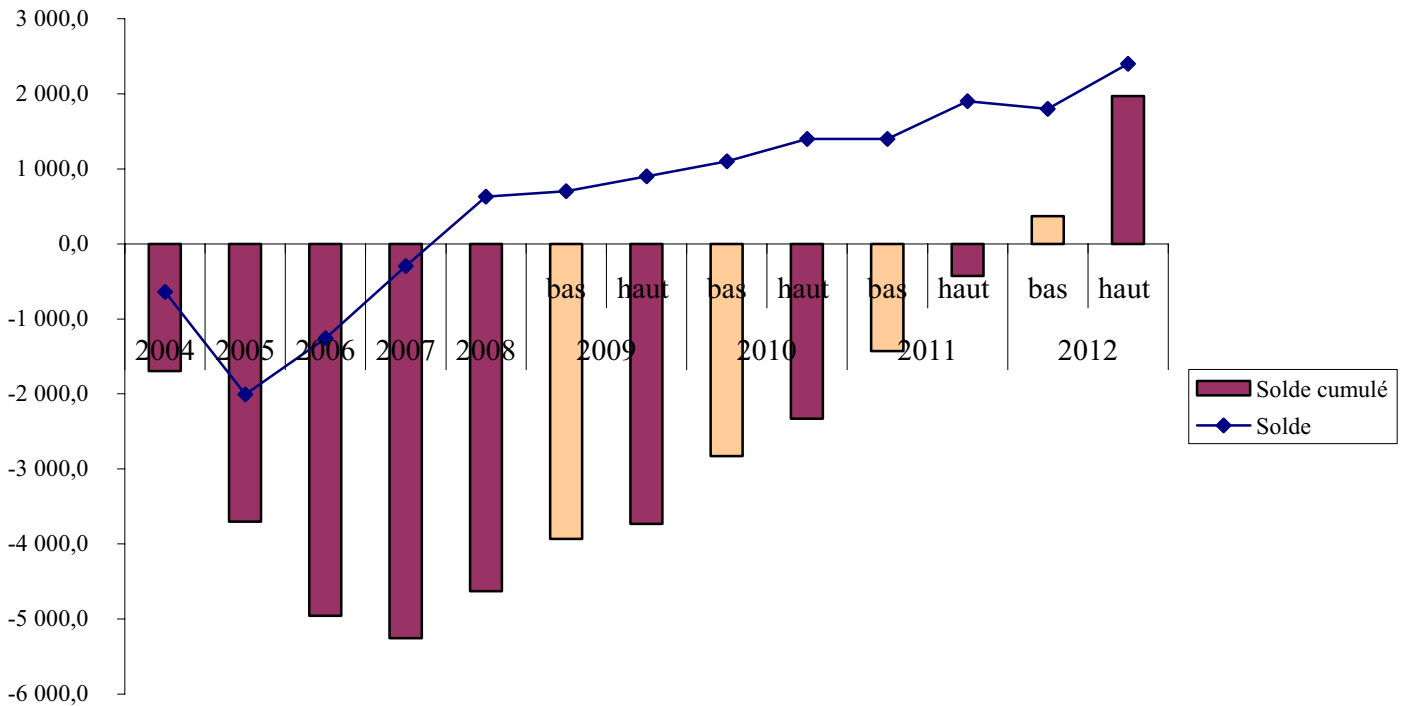
- de la mesure non reductible, prévue en projet de loi de finances pour 2008, étendant aux dividendes le prélèvement à la source des contributions sociales, ce qui aurait un impact positif de 172 millions d'euros au total pour le FSV (125 millions d'euros pour la CSG et 47 millions d'euros pour le prélèvement social de 2 %).

A contrario, le FSV voit ses recettes amputées à hauteur de 30 millions d'euros par le transfert à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) du produit de la contribution sur les avantages de préretraite, prévu par l'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Ce retour à l'équilibre ne doit pas occulter la permanence de déficits cumulés importants. Ainsi, selon les projections pluriannuelles présentées en annexe B du présent projet de loi de financement, **le FSV conserverait un déficit cumulé jusqu'en 2011 inclus, quel que soit le scénario économique retenu**, comme le montre le graphique qui suit.

Evolution du solde et du solde cumulé du FSV

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, l'annexe 8 et l'annexe B au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

A cet égard, votre rapporteur pour avis se félicite de l'**amélioration du traitement des projections pluriannuelles**, qu'il avait critiquées l'an dernier, en particulier s'agissant du FSV.

Par ailleurs, ainsi qu'il a précédemment relevé dans son propos sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, on peut **s'interroger sur la nécessité de maintenir un fonds distinct de la CNAVTS**. Dans un référé transmis à votre commission des finances¹, la Cour des comptes préconisait, en effet, la suppression pure et simple de ce fonds.

¹ Référé sur le Fonds de solidarité vieillesse (Cour des comptes, 6^{ème} chambre, référé n° 47246 adressé au ministre de la santé et des solidarités et au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie le 11 janvier 2007).

Le référé n° 47246 de la Cour des comptes sur le FSV

Le référé de la Cour des comptes souligne la situation budgétaire difficile du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) (4,9 milliards d'euros de déficit cumulé fin 2006, selon les estimations de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, et une stabilisation à environ 6 milliards d'euros à compter de 2008 selon le scénario économique bas, retenu par la Cour des comptes dans son analyse).

La Cour des comptes estime que cette situation, qui pèse sur la trésorerie¹ de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), masque, en fait, la réalité du déficit de cette dernière. Elle relève que **le FSV, établissement public administratif de l'Etat, « entièrement contrôlé de fait par l'Etat et qui dépend totalement de lui pour ses ressources », n'a aucune maîtrise sur ses dépenses, qui résultent de droits légalement accordés aux assurés, et que ses ressources sont insuffisantes pour y faire face.** Considérant que le FSV ne remplit plus sa mission, la Cour des comptes estime qu'il convient de consolider son déficit avec celui de la CNAVTS et préconise sa **suppression pure et simple.**

Ce point de vue n'est pas partagé par les ministères de la santé et du budget, qui estiment qu'une telle solution « *affaiblirait fortement la lisibilité du partage entre solidarité et assurance* ». Le ministère du budget considérait, par ailleurs, que « *les réflexions à mener devront définitivement écarter l'idée parfois évoquée d'une dette de l'Etat* ». Cette dernière remarque a depuis été acceptée par la Cour des comptes, dans le cadre de ses rapports sur la certification des comptes de l'Etat et des comptes du régime général de sécurité sociale au titre de l'exercice 2006.

Dans sa réponse à la Cour des comptes, M. Philippe Bas, alors ministre de la santé et des solidarités, évoque différentes voies possibles pour résorber, à moyen terme, le déficit du FSV : recette exceptionnelle ; absence d'affectation des excédents du FSV au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) tant que ses déficits ne seront pas apurés ; refonte des avantages familiaux attachés aux pensions de retraite afin de modérer l'évolution des charges du fonds ; transferts de recettes entre branches de la sécurité sociale et, le cas échéant, entre ces dernières et l'assurance chômage. Il relève que le rendez-vous de 2008 destiné à faire un premier bilan de la réforme des retraites menée en 2003 constituerait un moment opportun pour aborder ces questions, qui nécessitent pour la plupart des dispositions législatives.

b) Le FFIPSA : une nouvelle dégradation

(1) Des comptes particulièrement dégradés

Les comptes du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) pour 2006, 2007 et 2008, qui figurent à l'annexe 8 du le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, sont **particulièrement dégradés.**

¹ Les frais financiers supportés par la CNAV, du fait du déficit du FSV, ont atteint 96 millions d'euros en 2005.

Comptes du FFIPSA pour 2006, 2007 et 2008

(en millions d'euros)

| | 2006 | 2007 (p) | 2008 (p) |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Recettes | 14 985 | 14 192 | 14 174 |
| Dépenses | 16 281 | 16 510 | 16 833 |
| Solde | -1 296 | -2 318 | -2 659 |

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Cette situation tient, pour l'essentiel, à un **fort déséquilibre démographique entre actifs cotisants et inactifs**. Comme le rappelait le rapport d'activité de l'établissement de gestion du FFIPSA sur l'exercice 2005, premier exercice de l'établissement public administratif qui a repris, au 1^{er} janvier 2005, les droits et obligations liés au financement de la protection sociale agricole précédemment assuré par le Budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles (BAPSA), **le régime de protection sociale des non-salariés agricoles se caractérise par un déclin continu des effectifs et un vieillissement de la population concernée. Il en résulte une dépendance très importante du régime à l'égard des financements extérieurs.**

Selon le rapport d'activité précité, **les prestations sociales agricoles** (santé, vieillesse, famille) étaient passées entre 1990 et 2005, de 11,1 milliards d'euros à 15,4 milliards d'euros, soit une progression de 38,5 %, avec une hausse prépondérante de la branche maladie. Selon l'annexe 8 du présent projet de loi de financement, elles s'élèvent en 2006 à 16,3 milliards d'euros et devraient **atteindre 16,5 milliards d'euros en 2007 et 16,8 milliards d'euros en 2008.**

Quant aux **recettes** du FFIPSA, elles s'élèveraient à **14,2 milliards d'euros en 2007 et 2008**, contre 15 milliards d'euros en 2006. Parmi ces recettes, les cotisations sociales atteindraient 2,8 milliards d'euros en 2008, contre 2,7 milliards d'euros en 2007, soit une hausse de 2 % en raison du maintien des revenus agricoles sur 2006 et 2007. Les acomptes de compensation démographique connaîtraient, en revanche, une diminution de 1,6 % en 2007 et de 2 % en 2008, pour atteindre 5,3 milliards d'euros en 2008. Le montant d'affectation de droits sur la consommation des tabacs s'établirait, quant à lui, à 4,8 milliards d'euros en 2008, soit une diminution de 1,5 % par rapport à 2007, en raison de l'impact attendu sur la consommation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics à compter du 1^{er} janvier 2008.

Il résulte de cette insuffisance structurelle des recettes par rapport aux dépenses, une **augmentation de l'encours de dette tout au long de l'année**. Il est donc nécessaire pour le FFIPSA d'avoir recours à des emprunts bancaires. L'article 24 du présent projet de loi de financement prévoit un plafond d'emprunt pour le FFIPSA de **8,4 milliards d'euros**.

Plafond d'emprunt du FFIPSA fixé en loi de financement

(en millions d'euros)

| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-------|-------|-------|-------|
| 6.200 | 7.100 | 7.100 | 8.400 |

Source : lois de financement de la sécurité sociale

(2) Des perspectives inquiétantes

- (a) Les conclusions de la mission d'inspection commune sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

Le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale de l'agriculture et de l'inspection générale des finances, sur le financement du régime de protection sociale des non salariés agricoles, datant du mois de mai 2005 fait état d'une augmentation du besoin de financement du régime de protection sociale des non salariés agricoles de 4,33 % par an sur les dix dernières années. Il faut préciser que **la notion de besoin de financement exprime le montant des recettes externes spécifiques nécessaires pour équilibrer le régime et doit donc être différencié de la notion de déficit d'exécution du régime.**

En outre, ce rapport d'inspection prévoit que, sur les dix années à venir, le besoin de financement du régime devrait augmenter à un rythme se situant entre 0,8 % et 2,2 % par an, selon les hypothèses retenues. Ainsi, en 2014, le besoin de financement du régime se situerait entre 7,2 et 8,2 milliards d'euros. A titre de comparaison, ce besoin de financement s'est élevé à près de 6,8 milliards d'euros en 2005.

Le besoin de financement du régime sur la période 2005-2014, toutes choses égales par ailleurs

(en millions d'euros et en pourcentage)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Croissance annuelle |
|--|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|---------------------|
| Besoin de financement | 6.743 | 6.858 | 6.959 | 6.997 | 7.054 | 7.092 | 7.130 | 7.168 | 7.206 | 7.244 | 0,80% |
| Besoin de financement / dépenses totales du régime | 43,9 % | 45 % | 46 % | 46,6 % | 47,3 % | 47,9 % | 48,4 % | 49 % | 49,6 % | 50,1 % | |

Source : rapport d'inspection conjoint sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

Enfin, le rapport d'inspection note qu'à niveau de taxes affectées constant, le déséquilibre financier du régime serait de l'ordre de 2,1 milliards d'euros à 3,1 milliards d'euros en 2014, en fonction des hypothèses retenues de croissance annuelle du besoin de financement du régime.

L'équilibre financier du régime sur la période 2005-2014, à niveau de taxe affecté constant

(en millions d'euros et en pourcentage)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Croissance annuelle |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| Besoin de financement | 6.743 | 6.858 | 6.959 | 6.997 | 7.054 | 7.092 | 7.130 | 7.168 | 7.206 | 7.244 | 0,80% |
| Total des taxes affectées | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | 5.105 | |
| Solde net | -1.638 | -1.753 | -1.854 | -1.892 | -1.949 | -1.987 | -2.025 | -2.063 | -2.101 | -2.139 | 3% |
| Solde net / dépenses totales du régime | 10,7 % | 11,5 % | 12,3 % | 12,6 % | 13,1 % | 13,4 % | 13,8 % | 14,1 % | 14,5 % | 14,8 % | |

Source : rapport d'inspection conjoint sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

(b) Les prévisions de l'annexe B du présent projet de loi de financement

L'annexe B du présent projet de loi de financement présentent les prévisions de recettes et de dépenses du FFIPSA sur la période 2007-2012 sous la forme de deux *scénarii* économiques et en l'absence de ressources supplémentaires. Dans les deux *scénarii*, le déficit du FFIPSA dépasserait les 3 milliards d'euros à partir de 2010 et atteindrait - 3,8 milliards d'euros dans le scénario bas et - 3,7 milliards d'euros dans le scénario le plus optimiste.

**Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Scénario économique bas**

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Recettes | 15 | 14,2 | 14,2 | 14,1 | 13,9 | 13,8 | 13,6 |
| Dépenses | 16,3 | 16,5 | 16,8 | 16,9 | 17,1 | 17,2 | 17,4 |
| Solde | -1,3 | -2,3 | -2,7 | -2,8 | -3,1 | -3,4 | -3,8 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

**Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Scénario économique haut**

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Recettes | 15 | 14,2 | 14,2 | 14,1 | 14 | 13,8 | 13,7 |
| Dépenses | 16,3 | 16,5 | 16,8 | 16,9 | 17,1 | 17,2 | 17,4 |
| Solde | -1,3 | -2,3 | -2,7 | -2,7 | -3,1 | -3,4 | -3,7 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

C. L'ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES COMPTES

1. L'évolution prévue pour 2008

Pour 2008, le déficit de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement, devrait atteindre, **sans les mesures proposées dans le présent projet de loi de financement, - 13,9 milliards d'euros** en tendance.

Avec les mesures proposées par le présent projet de loi de financement, le déficit de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement devrait atteindre **- 9,7 milliards d'euros**.

Le déficit du régime général s'établirait à 8,8 milliards d'euros, pour une évolution tendancielle de 12,7 milliards d'euros, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le présent projet de loi de financement prévoit ainsi près de **4 milliards d'euros de redressement pour 2008** : 2 milliards d'euros d'économies sur les dépenses d'assurance maladie, 85 millions d'euros sur les autres branches et 2 milliards d'euros de recettes nouvelles.

Impact des mesures nouvelles 2008 sur les comptes 2008 du régime général et l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en millions d'euros)

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie | 1.744 | 2.025 |
| <i>Dont mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2008</i> | <i>1.644</i> | <i>1.925</i> |
| <i>Dont mesures d'économies hors ONDAM 2008</i> | <i>100</i> | <i>100</i> |
| Mesures d'économies sur les autres branches | 85 | 85 |
| Mesures nouvelles sur les recettes | 2.029 | 2.063 |
| Total | 3.858 | 4.173 |

Source : annexe 9 du présent projet de financement

Il est à noter que l'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative du gouvernement et en seconde délibération, **modifiant l'équilibre prévu pour 2008**, afin de tenir compte de trois amendements précédemment adoptés, portant sur la suppression de la contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs, qui serait remplacée par une réduction de leurs marges, l'institution de contributions patronale et salariale sur les attributions de stock-options et d'actions gratuites, et la révision du mode de calcul des allègements généraux de cotisations sociales patronales.

La prise en compte de ces mesures permet **d'améliorer de 100 millions d'euros le solde** du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base en 2008, par rapport au projet de loi initial.

On note également une modification de la structure du déficit en 2008. Alors que les quatre branches du régime général et le fonds de solidarité

vieillesse sont déficitaires en 2007, **la branche famille, la branche accidents du travail et maladies professionnelles et le fonds de solidarité vieillesse devraient connaître un excédent en 2008.**

Les soldes des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille, vieillesse en 2008

(en milliards d'euros)

| Branches | Régime général | Ensemble des régimes obligatoires de base |
|--|----------------|---|
| Maladie | -4,1 | -4 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | 0,3 | 0,3 |
| Famille | 0,3 | 0,3 |
| Vieillesse | -5,2 | -4,2 |
| Solde | -8,8 | -7,6 |

Source : articles 19 et 20 du présent projet de loi de financement

2. Les projections pluriannuelles (2007-2012)

Le présent projet de loi de financement présente, dans son annexe B, des **projections quadriennales** d'évolution des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi que du FSV et du FFIPSA. Ces deux fonds faisant l'objet de développements particuliers, votre rapporteur pour avis se contentera de faire le point sur l'évolution des régimes obligatoires de base.

a) Des hypothèses volontaristes

Les hypothèses retenues pour établir ces projections sont les suivantes :

Hypothèses d'évolution moyennes sur la période 2009-2012

| | Scénario haut | Scénario bas |
|---|---------------|--------------|
| Produit intérieur brut volume | 3,00% | 2,50% |
| Masse salariale du secteur privé | 5,00% | 4,40% |
| Objectif national de dépenses d'assurance maladie | 2,00% | 2,00% |
| Inflation hors tabac | 1,60% | 1,60% |

Source: annexe B

Elles sont volontaristes : l'ONDAM progresserait d'au plus 2 % par an, soit un rythme inférieur à la richesse nationale, alors que, à l'inverse, la masse salariale s'accroîtrait plus vite que le PIB. L'annexe B présente, en outre, **un scénario alternatif encore plus ambitieux basé sur un ONDAM fixé à 1,5 % en volume.**

b) Les résultats du scénario économique bas

En dépit d'hypothèses favorables, **les résultats ne laissent pas entrevoir de résorption rapide des déficits.**

Ainsi, dans le scénario économique bas, le déficit du régime général passerait de 8,8 milliards d'euros en 2008 à **7,5 milliards d'euros en 2012**. La branche famille passerait d'une situation de quasi-équilibre à un excédent de près de 5 milliards d'euros en 2012, qui compenserait partiellement le déficit de la branche vieillesse, qui verrait, quant à elle, son déficit passer de 5,2 milliards d'euros en 2008 à un déficit de plus de 10 milliards d'euros en 2012.

Dans ce scénario bas, avec un ONDAM à 2 %, **le déficit de la branche maladie serait ramené à 2,9 milliards d'euros en 2012** et atteindrait l'équilibre, dans le cas d'un effort accru de maîtrise des dépenses d'assurance maladie serait réalisé (c'est-à-dire le scénario alternatif avec un ONDAM fixé à 1,5 %). Dans ce dernier cas, le déficit du régime général serait ramené à 4,5 milliards d'euros.

**Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012
Scénario économique bas
Régime général**

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Maladie | | | | | | | |
| Recettes | 137,5 | 143,5 | 151,1 | 156,7 | 163,6 | 170,9 | 178,5 |
| Dépenses | 143,4 | 149,7 | 155,2 | 161,3 | 167,7 | 174,5 | 181,4 |
| Solde | -5,9 | -6,2 | -4,1 | -4,6 | -4,1 | -3,5 | -2,9 |
| <i>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</i> | | | | | | | |
| Solde | -5,9 | -6,2 | -4,1 | -4 | -2,7 | -1,4 | 0,1 |
| Accidents du travail – Maladies professionnelles | | | | | | | |
| Recettes | 9,8 | 10 | 10,8 | 11,3 | 11,8 | 12,3 | 12,8 |
| Dépenses | 9,9 | 10,4 | 10,5 | 10,9 | 11,2 | 11,5 | 11,9 |
| Solde | -0,1 | -0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,6 | 0,7 | 0,9 |
| Famille | | | | | | | |
| Recettes | 52,5 | 54,3 | 56,7 | 58,8 | 61,2 | 63,7 | 66,4 |
| Dépenses | 53,4 | 54,8 | 56,4 | 57,3 | 58,5 | 59,9 | 61,5 |
| Solde | -0,9 | -0,5 | 0,3 | 1,5 | 2,7 | 3,9 | 4,9 |
| Vieillesse | | | | | | | |
| Recettes | 83 | 85,4 | 89,1 | 92,6 | 96,4 | 100,1 | 104 |
| Dépenses | 84,8 | 90 | 94,3 | 99 | 103,8 | 109,1 | 114,4 |
| Solde | -1,9 | -4,6 | -5,2 | -6,4 | -7,5 | -9 | -10,4 |
| Toutes branches consolidé | | | | | | | |
| Recettes | 277,8 | 288 | 302,4 | 313,9 | 327,4 | 341,3 | 355,8 |
| Dépenses | 286,6 | 299,6 | 311,1 | 323 | 335,7 | 349,2 | 363,3 |
| Solde | -8,7 | -11,7 | -8,8 | -9,1 | -8,3 | -7,9 | -7,5 |
| <i>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</i> | | | | | | | |
| Solde | -8,7 | -11,7 | -8,8 | -8,4 | -6,9 | -5,8 | -4,5 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale après les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'évolution des comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base suivrait une **évolution globalement similaire**, mais leur déficit serait supérieur à celui du régime général à compter de 2010, alors qu'il était inférieur auparavant, ainsi que le montre le tableau qui suit.

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Maladie | | | | | | | |
| Recettes | 160,1 | 166,8 | 175,5 | 181,6 | 189,3 | 197,5 | 205,9 |
| Dépenses | 166 | 173,4 | 179,5 | 186,4 | 193,6 | 201,2 | 209 |
| Solde | -5,9 | -6,6 | -4 | -4,8 | -4,3 | -3,7 | -3,1 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | | | | | | | |
| Recettes | 11,2 | 11,3 | 12,2 | 12,7 | 13,2 | 13,7 | 14,2 |
| Dépenses | 11,3 | 11,6 | 11,8 | 12,2 | 12,5 | 12,9 | 13,2 |
| Solde | -0,1 | -0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,8 | 0,9 |
| Famille | | | | | | | |
| Recettes | 52,9 | 54,7 | 57,1 | 59,2 | 61,7 | 64,2 | 66,9 |
| Dépenses | 53,7 | 55,2 | 56,8 | 57,7 | 58,9 | 60,3 | 61,9 |
| Solde | -0,8 | -0,5 | 0,3 | 1,6 | 2,8 | 3,9 | 5 |
| Vieillesse | | | | | | | |
| Recettes | 162,2 | 168 | 175,5 | 180,5 | 186,3 | 191,9 | 197,8 |
| Dépenses | 163,2 | 172,1 | 179,7 | 186,7 | 194,1 | 201,3 | 208,7 |
| Solde | -1 | -4 | -4,2 | -6,3 | -7,8 | -9,4 | -10,9 |
| Toutes branches consolidé | | | | | | | |
| Recettes | 381,4 | 395,5 | 414,9 | 428,6 | 445,1 | 461,9 | 479,4 |
| Dépenses | 389,2 | 406,9 | 422,5 | 437,6 | 453,7 | 470,3 | 487,5 |
| Solde | -7,8 | -11,4 | -7,6 | -9 | -8,7 | -8,4 | -8,1 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale après les modifications apportées par l'Assemblée nationale

c) Les résultats du scénario économique haut

Dans le scénario le plus favorable, avec une croissance du PIB de 3 % par an en volume et une croissance de la masse salariale de 5 %, le solde du régime général **s'améliorerait de 2 milliards d'euros par an environ à partir de 2009**, pour atteindre - 1,5 milliard d'euros en 2012. Dans ces hypothèses, **la branche maladie serait à l'équilibre en 2012**, ce qui ne compenserait cependant pas le déficit enregistré par la branche vieillesse qui s'élèverait à - 8,8 milliards d'euros.

Le retour à l'équilibre du régime général n'est ainsi possible que si l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie est accru, c'est-à-dire si la progression de l'ONDAM est fixée à 1,5 %.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012
Scénario économique haut
Régime général

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Maladie | | | | | | | |
| Recettes | 137,5 | 143,5 | 151,1 | 157,3 | 164,9 | 173 | 181,3 |
| Dépenses | 143,4 | 149,7 | 155,2 | 161,3 | 167,7 | 174,4 | 181,3 |
| Solde | -5,9 | -6,2 | -4,1 | -4 | -2,8 | -1,4 | 0,1 |
| <i>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</i> | | | | | | | |
| Solde | -5,9 | -6,2 | -4,1 | -3,3 | -1,4 | 0,8 | 3,1 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | | | | | | | |
| Recettes | 9,8 | 10 | 10,8 | 11,3 | 11,9 | 12,5 | 13,1 |
| Dépenses | 9,9 | 10,4 | 10,5 | 10,9 | 11,2 | 11,5 | 11,9 |
| Solde | -0,1 | -0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,9 | 1,2 |
| Famille | | | | | | | |
| Recettes | 52,5 | 54,3 | 56,7 | 59 | 61,7 | 64,5 | 67,5 |
| Dépenses | 53,4 | 54,8 | 56,4 | 57,3 | 58,5 | 59,9 | 61,5 |
| Solde | -0,9 | -0,5 | 0,3 | 1,7 | 3,2 | 4,6 | 6 |
| Vieillesse | | | | | | | |
| Recettes | 83 | 85,4 | 89,1 | 92,9 | 97 | 101,1 | 105,5 |
| Dépenses | 84,8 | 90 | 94,3 | 99 | 103,8 | 109 | 114,2 |
| Solde | -1,9 | -4,6 | -5,2 | -6 | -6,8 | -7,9 | -8,8 |
| Toutes branches consolidé | | | | | | | |
| Recettes | 277,8 | 288 | 302,4 | 315,1 | 329,9 | 345,3 | 361,4 |
| Dépenses | 286,6 | 299,6 | 311,1 | 323 | 335,6 | 349 | 363 |
| Solde | -8,7 | -11,7 | -8,8 | -7,9 | -5,7 | -3,7 | -1,5 |
| <i>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</i> | | | | | | | |
| Solde | -8,7 | -11,7 | -8,8 | -7,2 | -4,3 | -1,6 | 1,5 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale après les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'ensemble des régimes obligatoires de base suivraient la même tendance, mais comme dans le scénario économique bas, leur déficit serait supérieur à celui général à compter de 2010, alors qu'il était inférieur auparavant, ainsi que le montre le tableau qui suit.

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Maladie | | | | | | | |
| Recettes | 160,1 | 166,8 | 175,5 | 182,2 | 190,6 | 199,5 | 208,7 |
| Dépenses | 166 | 173,4 | 179,5 | 186,4 | 193,6 | 201,1 | 208,8 |
| Solde | -5,9 | -6,6 | -4 | -4,2 | -2,9 | -1,6 | -0,1 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | | | | | | | |
| Recettes | 11,2 | 11,3 | 12,2 | 12,7 | 13,3 | 13,9 | 14,5 |
| Dépenses | 11,3 | 11,6 | 11,8 | 12,2 | 12,5 | 12,9 | 13,2 |
| Solde | -0,1 | -0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,8 | 1 | 1,2 |
| Famille | | | | | | | |
| Recettes | 52,9 | 54,7 | 57,1 | 59,5 | 62,1 | 65 | 68 |
| Dépenses | 53,7 | 55,2 | 56,8 | 57,7 | 58,9 | 60,3 | 61,9 |
| Solde | -0,8 | -0,5 | 0,3 | 1,8 | 3,2 | 4,7 | 6,1 |
| Vieillesse | | | | | | | |
| Recettes | 162,2 | 168 | 175,5 | 180,8 | 186,9 | 192,9 | 199,2 |
| Dépenses | 163,2 | 172,1 | 179,7 | 186,7 | 194 | 201,3 | 208,6 |
| Solde | -1 | -4 | -4,2 | -6 | -7,1 | -8,3 | -9,3 |
| Toutes branches consolidé | | | | | | | |
| Recettes | 381,4 | 395,5 | 414,9 | 429,8 | 447,6 | 465,9 | 485 |
| Dépenses | 389,2 | 406,9 | 422,5 | 437,6 | 453,7 | 470,1 | 487,2 |
| Solde | -7,8 | -11,4 | -7,6 | -7,8 | -6,1 | -4,2 | -2,1 |

Source : annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale après les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Ces projections, qui doivent être considérées avec précaution, ne laissent, dans tous les cas, pas entrevoir d'amélioration rapide de la situation et donnent un aperçu des enjeux. Ainsi, sur la période 2008-2012, le régime général accumulerait 41,6 milliards d'euros de déficit dans le scénario bas et 27,6 milliards d'euros dans le scénario haut.

3. L'appréciation de la performance

La loi organique précitée du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a prévu d'annexer au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année **des programmes de qualité et d'efficience** (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale. Ces programmes doivent contenir un **diagnostic de situation**, des **objectifs retracés au moyen d'indicateurs** dont le choix doit être justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints.

Cette démarche, directement **inspirée de celle de la LOLF** qui prévoit d'annexer au projet de loi de finances des projets annuels de performances (PAP), doit permettre de mesurer, dans le domaine des finances sociales, l'efficacité de la dépense publique.

Toutefois, force est de constater que les PQE annexés, en dépit de quelques améliorations par rapport au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, ne donnent pas encore entière satisfaction et sont grandement perfectibles.

S'agissant de la *définition des indicateurs* contenus dans les PQE, votre rapporteur pour avis constate qu'ils constituent très souvent soit **des indicateurs de contexte**, sans intérêt, soit **des indicateurs de moyens**, essentiellement tournés vers l'augmentation de la dépense publique. Une classification plus systématique des différents types d'indicateurs, sur le modèle de ce qu'opèrent les PAP, aurait été nécessaire. En outre, il faut souligner que la plupart de ces indicateurs ne sont **pas accompagnés de la définition de valeur cible chiffrée** qui seule permettrait de mesurer réellement la performance de la politique publique menée.

Votre rapporteur pour avis note toutefois, avec satisfaction, **qu'il a été tenu compte d'un certain nombre de ses observations** formulées lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il constate notamment :

- les **progrès réalisés s'agissant du PQE « Famille » et « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »**, qui étaient encore, en 2007, à l'état d'ébauche : seuls deux indicateurs de la partie « Objectifs et résultats » ne sont pas renseignés, contre dix en 2007 ; s'agissant du PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », seul un indicateur n'est pas opérationnel ;

- **la réintroduction dans la première partie « Notes de cadrages » d'indicateurs auparavant rattachés à la seconde partie « Objectifs et moyens »**, alors qu'ils ne permettaient pas de mesurer l'efficacité de l'action publique et la performance des politiques publiques. Ainsi, en est-il, par exemple, du PQE « retraite », pour lequel l'indicateur relatif à la pension moyenne des retraités a été réintroduit dans la première partie de ce PQE. Votre rapporteur pour avis note également la réduction du nombre d'indicateurs de ce PQE, qui passe de 30 à 24.

De façon générale, votre rapporteur pour avis réitère son observation formulée, à l'occasion de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale, s'agissant de la **première partie « Données de cadrage » des PQE** : cette partie est très « touffue » et ne présente pas grand intérêt au regard de l'objectif fixé aux PQE qui est de mesurer l'efficacité de l'action publique et la performance des politiques publiques. Il s'agit le plus souvent d'un **recueil de données statistiques, d'importance moindre par rapport à la seconde partie « Objectifs et moyens » d'ordre plus opérationnelle**.

Votre rapporteur pour avis rappelle également qu'il conviendrait d'introduire des **indicateurs sur le coût de gestion de chacun des organismes de sécurité sociale et leur performance**. Il s'agit en effet d'une information essentielle pour l'appréciation de l'efficacité de chaque programme.

D. 36 MILLIARDS D'EUROS : NOUVEAU « RECORD » POUR LE PLAFOND D'AVANCES DE TRÉSORERIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

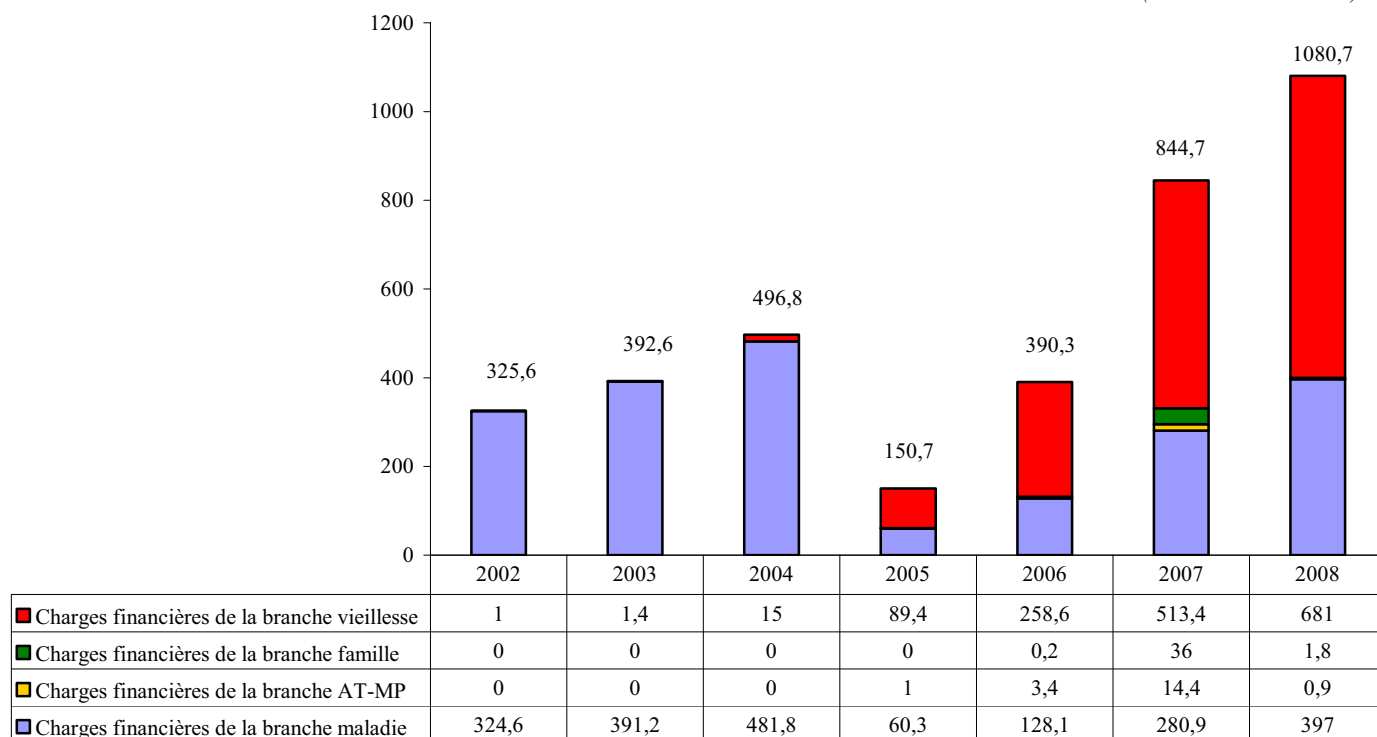
1. « L'envol » des charges financières supportées par le régime général : plus d'un milliard d'euros en 2008

L'évolution des charges financières des différentes branches révèle les difficultés de financement auxquelles elles doivent faire face.

Or, de ce point de vue, on constate une **tendance très nette à la hausse des charges financières**, après deux années (2005 et 2006) de charges plus maîtrisées pour l'assurance maladie grâce aux transferts de déficits opérés vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). L'année 2007 est marquée par une très forte hausse de ces charges financières, qui font plus que doubler par rapport à l'année 2006, et l'année 2008 devrait connaître un nouvel essor de ces charges, qui **dépasseraient le milliard d'euros**. Le graphique suivant retrace l'évolution des charges financières supportées par l'ensemble des branches du régime général.

Evolution des charges financières supportées par les branches du régime général depuis 2002

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis pour les années 2002 à 2007 (source ACOSS) et d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale pour les données 2008 de l'ensemble des branches. Les données relatives aux années 2007 et 2008 sont des prévisions.

Alors que les charges financières supportées par la branche maladie représentaient jusqu'en 2004 la quasi-totalité des charges du régime général, on note le **poids croissant des charges financières supportées par la branche vieillesse**, qui excèdent maintenant largement celles de la branche maladie.

Ainsi qu'on l'a précédemment relevé, **une partie de ces charges financières – presque la moitié en 2005 et plus de 40 % en 2006 – résultait jusqu'à présent des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale**. En effet, ces dettes ne pèsent pas sur les comptes du régime général, qui possède une comptabilité en droits constatés, mais uniquement sur sa trésorerie.

D'après les données communiquées à votre rapporteur pour avis par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ces dettes ont généré des frais financiers à hauteur de 126,5 millions d'euros en 2003, 49,9 millions d'euros en 2004, 71 millions d'euros en 2005 et **157,9 millions d'euros en 2006**. Pour la première fois, les frais supportés en 2006 ont fait l'objet d'une **compensation de la part de l'Etat**, par le biais de l'affectation d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs au régime général de la sécurité sociale, dans le cadre de la loi de finances pour 2007. La situation s'améliore grâce au remboursement des dettes constatées au 31 décembre 2006 (5,079 milliards d'euros), opéré début octobre 2007¹, mais votre rapporteur pour avis souhaite connaître les frais supportés par l'ACOSS en 2007 du fait des dettes de l'Etat.

En outre, il souhaite observer qu'une telle situation pourrait se reproduire à l'avenir, dans la mesure où elle dépend de la réalisation des prévisions budgétaires en loi de finances initiale : en cas de sous-budgétisation, il n'est pas exclu que de nouvelles dettes se reforment, générant alors de nouveaux frais financiers.

2. L'évolution des plafonds d'avances de trésorerie

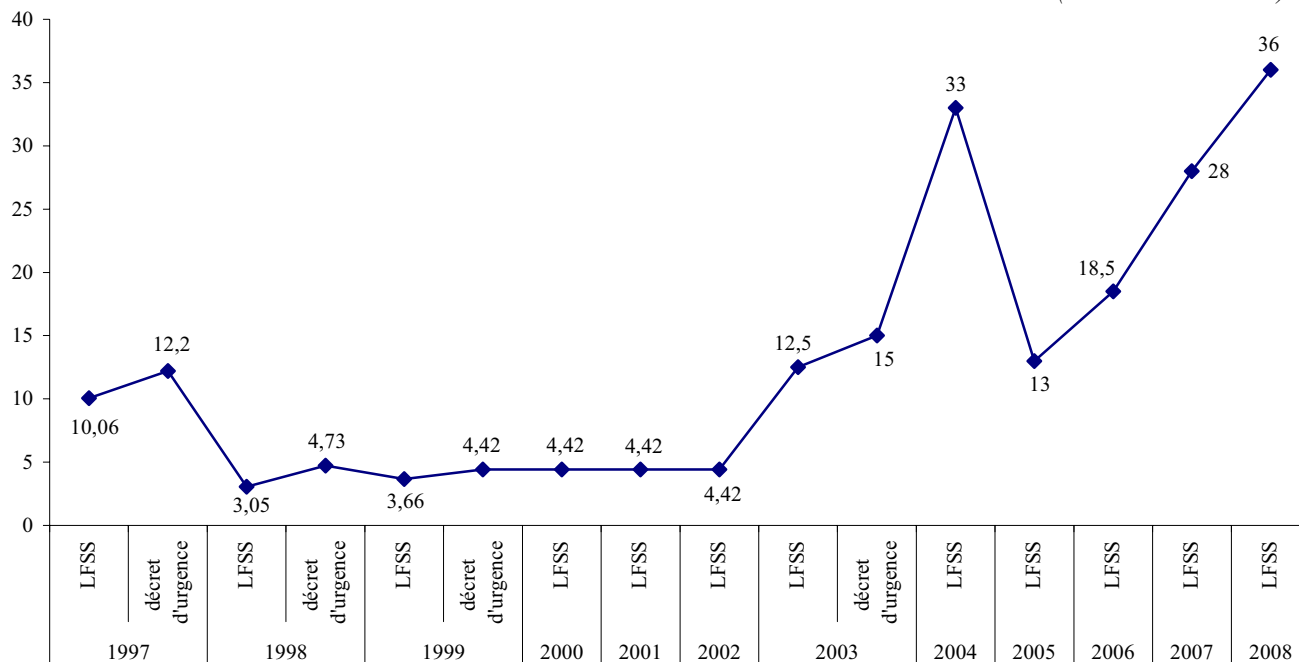
a) Le plafond d'avances de trésorerie du régime général atteint son plus haut niveau depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale

L'article 24 du présent projet de loi de financement fixe à **36 milliards d'euros** le plafond d'avances de trésorerie du régime général pour 2008. Il s'agit là du **plus haut plafond jamais fixé** depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, comme le montre le graphique suivant.

¹ Cf. *infra*, 2. a).

Evolution du plafond d'avances de trésorerie du régime général

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances du Sénat

De même que l'évolution des charges financières, ce graphique témoigne des difficultés auxquelles est confronté le régime général. D'après l'annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, la marge de précaution retenue dans le cadre de plafond s'élève à 1,5 milliard d'euros, soit 4,16 % du plafond. Compte tenu des aléas macroéconomiques, cette marge de précaution ne paraît pas devoir être réduite.

La variation de la trésorerie du régime général en 2007 et 2008

► **2007 : un point bas de 24,5 milliards d'euros compte tenu du remboursement de 5,079 milliards d'euros opéré le 5 octobre**

Le solde moyen du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS, devrait s'élever, au cours de cet exercice à – 16,1 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie sera négative, à – 9,3 milliards d'euros, atteignant en fin d'année un **solde de - 21,9 milliards d'euros** (contre – 12,5 milliards d'euros au 31 décembre 2006). Cette situation prend en compte l'opération d'apurement de la dette de l'Etat vis-à-vis du régime général effectuée le 5 octobre 2007, pour un montant total de 5,079 milliards d'euros. Elle intègre également le reversement de trop perçu de 64,7 millions d'euros à destination de la CADES prévu en fin d'année. Hors ces opérations, la variation de trésorerie aurait été de – 14,3 milliards d'euros, contre - 11,4 milliards d'euros en 2006 (également hors opération de reprise des déficits de la branche maladie, en 2006, par la CADES). Cette dégradation s'explique par le fait que, contrairement aux exercices 2005 et 2006, l'évolution des tirages (+ 4,9 %) devrait être plus rapide que celle des encaissements (+ 4,2 %).

Compte tenu de ces éléments, **le solde sera négatif tout au long de l'année 2007, contre 360 jours en 2006**. Grâce au remboursement de la dette de l'État au régime général, à hauteur de 5,079 milliards d'euros le 5 octobre, **le point bas annuel serait contenu à - 24,5 milliards d'euros**, atteint le 25 septembre, tandis que **le point haut serait celui constaté le 7 février 2007, à – 4,2 milliards d'euros**.

► **2008 : un point d'entrée de – 22 milliards d'euros, un point bas de - 34,5 milliards d'euros**

Sur la base des hypothèses de la commission des comptes de la sécurité sociale et compte tenu des mesures proposées par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale et d'un certain nombre aléas, notamment macroéconomiques, la trésorerie 2008 partirait d'un **point d'entrée de – 22 milliards d'euros**. La variation annuelle de trésorerie serait de - 8 milliards d'euros, **le solde au 31 décembre 2008 atteignant – 30 milliards d'euros**. La différence, cette année positive, entre la variation de trésorerie et le solde 2008 proposé en PLFSS (– 8,9 milliards d'euros) s'explique par **plusieurs opérations affectant différemment les comptes et la trésorerie** : versement en janvier 2008 de 1,3 milliard d'euros de recettes fiscales votées en loi de finances rectificative au titre des insuffisances de 2007 du financement des allègements généraux et enregistrées comptablement en produits 2007 ; diminution de la dette du FSV vis-à-vis de la CNAV à hauteur de 0,5 milliard d'euros ; régularisation de la compensation démographique impactant 2008 en trésorerie et 2007 en comptabilité de 0,4 milliard d'euros.

Sous les hypothèses retenues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, **le solde moyen au cours de l'exercice 2008 s'élèverait à -18,08 milliards d'euros, le point le plus « haut » se situant le 7 février avec – 6 milliards d'euros. Le point bas se situerait en octobre à – 34,5 milliards d'euros**, soit 4,5 milliards d'euros de moins que le solde au 31 décembre.

L'ampleur de cet écart par rapport à l'écart moyen de 2 milliards d'euros constaté les années précédentes s'explique notamment par un **calendrier défavorable des exonérations heures supplémentaires et de leur compensation**. En effet, la perte de cotisations au titre des exonérations sur les heures supplémentaires intervient aux échéances trimestrielles (notamment au 5 octobre), alors que les recettes fiscales affectées pour la compensation financière par l'Etat sont versées au fur et à mesure de leurs encaissements, le versement de la taxe sur les véhicules des sociétés n'intervenant qu'en toute fin d'année.

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

b) Les autres plafonds d'avances de trésorerie

L'article 24 du présent projet de loi de financement fixe également les plafonds d'avances de trésorerie de **sept autres régimes** en 2008 (contre six en 2007). La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, créée à compter du 30 juin 2007 par le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007, apparaît en effet pour la première fois dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le tableau qui suit retrace les plafonds d'avances de trésorerie fixés pour les régimes autres que le régime général depuis 1998.

Evolution des plafonds d'avances de trésorerie des régimes autres que le régime général fixés en loi de financement de la sécurité sociale depuis 1998

(en millions d'euros)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| FFIPSA (régime des exploitants agricoles; ex BAPSA) | 1 296 | 1 601 | 1 906 | 1 906 | 2 210 | 2 100 | 4 100 | 6 200 | 7 100 | 7 100 | 8 400 |
| CNRACL (agents des collectivités locales) | 381 | 381 | 381 | 381 | 500 | 500 | 500 | 500 | 550 | 350 | 250 |
| FSPOEIE (ouvriers des établissements industriels de l'Etat) | 76 | 76 | 76 | 76 | 80 | 80 | 50 | 0 | 150 | 150 | 150 |
| CANSSM (mineurs) | 351 | 351 | 351 | 351 | 350 | 200 | 200 | 200 | 300 | 200 | 400 |
| CNIEG (industries électriques et gazières) | | | | | | | | 500 | 475 | 500 | 550 |
| Caisse de retraite du personnel de la RATP | | | | | | | | | 50 | 50 | 50 |
| Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF | | | | | | | | | | | 1 700 |

Source: commission des finances du Sénat

Votre rapporteur pour avis s'étonne de la marge de précaution prévue dans certains cas, comme le montre le tableau qui suit. En effet, l'annexe 9 au présent projet de loi indique, s'agissant de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, que « *pour ce premier exercice, il est prudent de retenir une marge relativement importante entre ce point bas et le plafond, de l'ordre de 120 millions d'euros* ». Or cette marge, qualifiée par l'annexe précitée de relativement importante, est faible si on la compare à celles retenues pour la CNRACL et le FSPOEIE, tant en montant qu'en proportion.

Marges de précaution contenues dans les différents plafonds d'avances

(en millions d'euros, sauf mention contraire)

| | Plafond proposé | Point bas prévu | Marge de précaution | Marge/plafond (en %) |
|--|------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Régime général | 36 000 | -34 500 | 1 500 | 4,17% |
| FFIPSA (régime des exploitants agricoles; ex BAPSA) | 8 400 | -7 860 | 540 | 6,43% |
| CNRACL (agents des collectivités locales) | 250 | -39 | 211 | 84,40% |
| FSPOEIE (ouvriers des établissements industriels de l'Etat) | 150 | +48 | 198 | 132% |
| CANSSM (mineurs) | 400 | -370 | 30 | 7,50% |
| CNIEG (industries électriques et gazières) | 550 | -483 | 67 | 12,18% |
| Caisse de retraite du personnel de la RATP | 50 | ND | ND | ND |
| Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF | 1 700 | -1 580 | 120 | 7,06% |

Source: commission des finances du Sénat, à partir des données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

S'agissant du plafond fixé pour la **CNRACL**, le ministère de l'économie, des finances et de l'emploi a indiqué à votre rapporteur pour avis qu'il visait à prendre en compte deux sources d'incertitudes :

- d'une part, le changement de comportement des collectivités territoriales en matière de versement des cotisations à la suite de la mise en place du règlement par virement bancaire depuis le 1^{er} janvier 2006 ;
- d'autre part, le nombre et le montant des validations de services effectués par les fonctionnaires en qualité de non titulaires.

S'agissant du plafond fixé pour le **FSPOEIE**, il tiendrait compte du fait que les réalisations ont été inférieures aux prévisions en 2007.

Enfin, il convient de noter que la justification avancée pour fixer un plafond d'avances de trésorerie au profit du régime de la **RATP** repose sur l'hypothèse de son adossement au régime général. Or ce régime n'utilise pas les possibilités d'avances de trésorerie offertes depuis 2006.

Le gouvernement a indiqué à votre rapporteur pour avis qu'une caisse de retraite avait été créée pour bien séparer les responsabilités respectives du régime et de l'entreprise RATP et que le dispositif avait été notifié à la Commission européenne le 29 juin 2006. A ce stade, une négociation avec la CNAVTS a été engagée, sans phase conclusive, dans l'attente de la position de la Commission européenne sur la réforme du mode de financement de ce régime. La Commission européenne a décidé d'ouvrir une procédure formelle d'examen de la situation de la RATP au regard des aides d'Etat le

11 octobre 2007. Cette procédure porterait essentiellement sur la nécessité de l'aide constituée par le financement, par l'Etat, des droits spécifiques des agents.

En tout état cause, les négociations avec la CNAVTS s'effectueront dans un strict esprit de neutralité financière pour le régime général : celui-ci ne reprendrait que les droits équivalents au droit commun des salariés du secteur privé, et en contrepartie d'une soulte compensant le déséquilibre démographique du régime.

E. LES CONDITIONS D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

1. 33,1 milliards d'euros amortis sur un total de 107,61 milliards d'euros

La dette sociale, que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a pour mission d'apurer, a connu une augmentation très nette au cours de la précédente législature. En effet, **plus de 45 milliards d'euros lui ont été transférés entre 2004 et fin 2006.**

Les reprises de déficits opérées par la CADES en application de la loi relative à l'assurance maladie

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES reprenne à sa charge les déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 ainsi que son déficit prévisionnel au 31 décembre 2004, dans une **limite globale de 35 milliards d'euros**. La CADES a ainsi effectué quatre versements au profit de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004, 7 milliards d'euros le 11 octobre 2004, 9 milliards d'euros le 9 novembre 2004 et une nouvelle fois 9 milliards d'euros le 9 décembre 2004.

Le montant réel des déficits cumulés au 31 décembre 2004 s'étant élevé à **33,31 milliards d'euros**, l'ACOSS a bénéficié d'un excédent de transfert de **1,69 milliard d'euros de la part de la CADES**. Ce trop-perçu a été déduit du transfert relatif à l'exercice 2005.

En effet, la loi précitée relative à l'assurance maladie avait également prévu le transfert à la CADES des déficits prévisionnels de la branche maladie au titre des exercices 2005 et 2006, dans la **limite de 15 milliards d'euros**.

En pratique, le déficit prévisionnel de la branche maladie pour l'exercice 2005 a été fixé à 8,3 milliards d'euros par le décret n° 2005-1255 du 5 octobre 2005, pris après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale. **Compte tenu des versements déjà effectués, le montant net du transfert s'établit à 6,61 milliards d'euros, somme qui a été versée à l'ACOSS le 7 octobre 2005.**

La CADES a ensuite repris, le 6 octobre 2006, une charge de **5,7 milliards d'euros, correspondant au déficit prévisionnel pour 2006** (en pratique, ce montant intégrait une régularisation de 0,3 milliard d'euros, correspondant à l'écart entre le montant du transfert opéré en 2005 au titre du déficit prévisionnel et le déficit réellement constaté pour cet exercice).

Une dernière opération devrait intervenir entre l'ACOSS et la CADES, au cours du dernier trimestre 2007, pour tenir compte du résultat définitif de la branche maladie du régime général au titre de l'exercice 2006 et ajuster, en conséquence, l'ensemble des transferts réalisés jusqu'à présent en application de l'article 76 de la loi précitée relative à l'assurance maladie. D'après les données présentées dans l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, **l'ACOSS devrait ainsi reverser 64,72 milliards d'euros à la CADES.**

Le montant total de la dette reprise par la CADES s'établit ainsi à **107,61 milliards d'euros**. Sur ce total, la caisse a amorti 33,1 milliards d'euros au 30 juin 2007. **Il lui reste donc 74,5 milliards d'euros à amortir** à cette date. Il devrait lui rester environ 70 milliards d'euros à amortir fin 2008, comme le montre le tableau qui suit.

Evolution de la dette sociale et de son amortissement

(en millions d'euros)

| Année de reprise de dette | Dette reprise cumulée ⁽¹⁾ | Amortissement annuel | Amortissement cumulé | Situation nette de l'année ⁽²⁾ |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|---|
| 1996 | 23 249 | 2 184 | 2 184 | -21 065 |
| 1997 | 25 154 | 2 907 | 5 091 | -20 063 |
| 1998 | 40 323 | 2 444 | 7 535 | -32 788 |
| 1999 | 42 228 | 2 980 | 10 515 | -31 713 |
| 2000 | 44 134 | 3 226 | 13 741 | -30 393 |
| 2001 | 45 986 | 3 021 | 16 762 | -29 224 |
| 2002 | 48 986 | 3 227 | 19 989 | -28 997 |
| 2003 | 53 269 | 3 296 | 23 285 | -29 984 |
| 2004 | 92 366 | 3 345 | 26 630 | -65 736 |
| 2005 | 101 976 | 2 633 ⁽⁴⁾ | 29 263 | -72 713 |
| 2006 | 107 676 | 2 815 | 32 078 | -75 598 |
| 2007 ⁽³⁾ | 107 611 | 2 601 ⁽⁵⁾ | 34 679 | -72 932 |
| 2008 ⁽³⁾ | 107 611 | 2 846 | 37 525 | -70 086 |

⁽¹⁾ Les montants de reprise de dettes ou de déficits indiqués comprennent les annuités de remboursements à l'Etat. Le versement de 3 milliards d'euros effectué en 2005 représente la dernière annuité de remboursement à l'Etat.

⁽²⁾ La situation nette correspond à la dette restant à rembourser au 31 décembre de l'exercice.

⁽³⁾ Montants prévisionnels.

⁽⁴⁾ La diminution de l'amortissement annuel constatée entre 2004 et 2005 résulte de l'augmentation des intérêts à payer consécutive à la reprise de dette opérée en 2004.

⁽⁵⁾ La diminution de l'amortissement annuel constatée entre 2007 et 2006 résulte de l'augmentation des intérêts à payer consécutive à la reprise de dette opérée en 2006.

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

D'après les données de la CADES, **cette dette devrait s'éteindre en 2021**, comme le montre le graphique suivant. On rappellera que, même en cas de « réouverture » de la CADES, qui ne peut être exclue compte tenu des difficultés actuelles, la durée d'apurement de la dette ne pourrait pas être allongée.

Une dette dont la durée d'amortissement ne peut plus être allongée

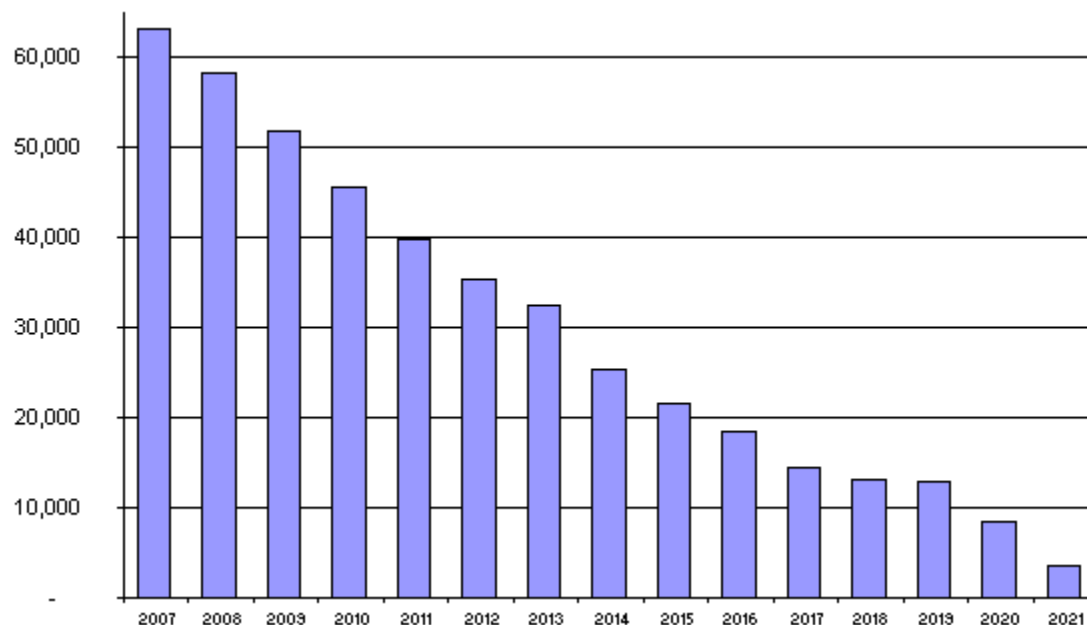
L'article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a modifié l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et **empêche, à l'avenir, d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.**

Il dispose ainsi que « *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 durée d'amortissement est alors appréciée « *au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques* ».

Ceci signifie que tout nouveau transfert de déficit à la CADES devrait être compensé par l'affectation de recettes supplémentaires. Cette mesure constitue un **puissant aiguillon pour mener les réformes structurelles nécessaires.**

Profil d'amortissement de la dette sociale au 23 novembre 2006

(en millions d'euros)



Source : CADES

2. Les objectifs d'amortissement de dette fixés par le présent projet de loi de financement

Le projet de loi de financement retrace désormais les objectifs d'amortissement de la dette sociale assignés à la CADES.

On constate que **l'évolution n'a jamais été négative** pour le moment : les objectifs rectifiés sont toujours supérieurs aux prévisions et les objectifs rectifiés se sont révélés égaux ou supérieurs aux objectifs initiaux, comme le montre le tableau suivant.

L'amortissement de la dette sociale : les données successives des PLFSS

(en milliards d'euros)

| | 2004 | 2005 | | 2006 | | | 2007 | | 2008 |
|----------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|--|--|
| | Amortissement constaté (article 1er LFSS 2006) | Objectif rectifié (article 4 LFSS 2006) | Amortissement constaté (article 1er LFSS 2007) | Objectif initial (article 30 LFSS 2006) | Objectif rectifié (article 6 LFSS 2007) | Amortissement constaté (article 1er PLFSS 2008) | Objectif initial (article 37 LFSS 2007) | Objectif rectifié (article 4 PLFSS 2008) | Objectif initial (article 22 PLFSS 2008) |
| Amortissement de la dette | 2,2 | 2,4 | 2,6 | 2,4 | 2,8 | 2,8 | 2,5 | 2,6 | 2,8 |

Source: commission des finances du Sénat

La révision à la hausse de l'objectif d'amortissement fixé pour 2007 résulte de rentrées de CRDS plus fortes que prévues. Celles-ci devraient s'élever à 5,69 milliards d'euros en 2007 et atteindre 5,98 milliards d'euros en 2008, comme le montre le tableau qui suit.

Evolution des recettes de CRDS, réparties par type de revenus

(en millions d'euros)

| Type de revenus | Exécution 2006 | Evolution (en %) | Prévisions 2007 | Evolution (en %) | Prévisions 2008 | Evolution (en %) |
|---------------------------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Revenus d'activité et de remplacement | 4 750 | 4,88 | 4 951 | 4,23 | 5 164 | 4,30 |
| Patrimoine | 276 | -1,78 | 324 | 17,44 | 397 | 22,63 |
| Produits de placement | 323 | 31,84 | 281 | -13,00 | 276 | -1,78 |
| Jeux et métaux précieux | 130 | 3,17 | 134 | 3,08 | 138 | 2,99 |
| Total | 5 479 | 5,75 | 5 690 | 3,85 | 5 975 | 5,01 |

Source: annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

II. UN EFFORT DE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE, QUI SE TRADUIT PAR UNE FISCALISATION ACCRUE DES RESSOURCES

A. SOLDER LE PASSÉ : LES REMBOURSEMENTS DE DETTES ANCIENNES

1. Le remboursement par l'Etat de 5,1 milliards d'euros

a) *Un apurement de la situation constatée au 31 décembre 2006, pour le seul régime général*

L'une des mesures majeures de clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale réside dans le remboursement par l'Etat à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), intervenu début octobre 2007, de 5,079 milliards d'euros, correspondant aux créances accumulées par le régime général au 31 décembre 2006.

Le mécanisme de remboursement des créances accumulées

Les dettes constatées vis-à-vis du régime général au 31 décembre 2006, soit 5.079 millions d'euros, ont été soldées par la mise en œuvre d'une **convention d'annulation des dettes et créances réciproques**, signée le 1^{er} octobre 2007 par l'ensemble des parties, après la **souscription par la Caisse de la dette publique (CDP) de billets de trésorerie de l'ACOSS**, émis pour un montant de 5.079 millions d'euros.

Techniquement, la CDP, financée par dotations de l'Etat et qui a la faculté d'annuler les titres de créance qu'elle détient, a souscrit des titres de créance émis par l'ACOSS, pour un montant égal aux dettes de l'Etat envers le régime général, soit exactement 5.079.087.586,22 euros. **Ces titres ont été annulés le 5 octobre 2007.**

Par voie conventionnelle entre l'Etat, l'ACOSS, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales ainsi que la Caisse de la dette publique, **l'annulation des titres par la CDP a pour contrepartie la remise de créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'Etat.**

Source : jaune « Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale » annexé au projet de loi de finances pour 2008

On observera que ce remboursement, qui correspond au montant cumulé des créances du **régime général** de sécurité sociale sur l'Etat, arrêté au 31 décembre 2006, **n'annule pas les dettes de l'Etat à l'égard des autres régimes** (1.383 millions d'euros à cette date), comme le montre le tableau suivant.

Etat semestriel au 30 juin 2007, par caisse ou régime

(en millions d'euros)

| REGIMES OU BRANCHES | Situation brute au 31/12/2006 (a) | Versements effectués par l'Etat en janvier 2007, sur la base de crédits LFR 2006, se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs (b) | Situation nette au 31/12/2006 (état semestriel au 31/12/2006) (c)=(a)-(b) | Versements effectués par l'Etat entre le 1er janvier et le 30 juin 2007, se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs, hors LFR (a) | Nouvelle situation nette, arrêtée au 30/06/2007, des dettes de l'Etat au 31/12/2006 =(c)-(a) |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|
| CNAMTS - AM | 2436 | 166 | 2270 | 0 | 2270 |
| CNAM - AT | 274 | 29 | 245 | 0 | 245 |
| CNAF | 1848 | 368 | 1480 | 0 | 1480 |
| CNAVTS | 1248 | 163 | 1085 | 0 | 1085 |
| Sous-total régime général | 5806 | 727 | 5079 | 0 | 5079 |
| CCMSA | 530 | 16 | 515 | 3 | 511 |
| FFIPSA | 617 | 0 | 617 | 0 | 617 |
| ENIM | 0,47 | 0,46 | 0,01 | 0 | 0,01 |
| CANSSM | 8 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| CAVIMAC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CRPCEN | 31 | 0 | 31 | 0 | 31 |
| CNMSS | -5 | 0 | -5 | 1 | -6 |
| SNCF | 272 | 11 | 261 | 0 | 261 |
| RATP | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| CRP RATP | 0,2 | 0 | 0,2 | 0,2 | 0 |
| CNIEG | 18 | 0 | 18 | 17 | 1 |
| RSI | 388,1 | 0 | 388,1 | 0,3 | 387,8 |
| CNAPVPL | 2,66 | 0 | 2,66 | 0,02 | 2,64 |
| BDF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PAB | 0,05 | 0 | 0,05 | 0 | 0,05 |
| CPS SPMI | 1,3 | 0 | 1,3 | 1,3 | 0 |
| Sous-total autres régimes | 1866 | 27 | 1383 | 23 | 1815 |
| TOTAL GENERAL | 7671 | 754 | 6918 | 23 | 6894 |

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

Le remboursement de ses dettes par l'Etat constitue indéniablement un progrès dans l'assainissement des relations financières entre celui-ci et la sécurité sociale. De manière plus immédiate, il a permis de respecter le plafond d'avances de trésorerie fixé pour l'ACOSS en 2007, qui aurait sans cela été dépassé (cf. *supra*). Il devrait, en outre, permettre de réduire de 200 millions d'euros les frais de trésorerie supportés par l'ACOSS en 2008.

Pour autant, votre rapporteur pour avis estime que **la méthode retenue n'est pas exempte de critiques.** D'une part, ces dettes accumulées s'étant formées en raison de crédits insuffisants en loi de finances – et dans certains cas de sous-budgétisations notoires et récurrentes, comme dans le cas de l'aide médicale de l'Etat –, le procédé s'apparente à une commodité budgétaire qui n'apparaît pas totalement en phase avec l'esprit de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). En outre, d'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, les disponibilités de la CDP provenaient de la privatisation des autoroutes. Or, on peut s'interroger sur l'utilisation de ces crédits. Enfin, il conviendra de porter une attention particulière au traitement de cette opération dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2007.

b) Des dettes 2007 qui restent à traiter

Il convient de relever, par ailleurs, que de nouvelles dettes se sont formées au cours de l'exercice 2007, en raison des sous-budgétisations de certains postes de dépenses dans le cadre de la loi de finances initiale pour 2007. D'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, on peut ainsi évaluer à **1,5 milliard d'euros le montant de la dette accumulée par l'Etat à l'égard du régime général au cours de l'exercice 2007**. Les dettes de l'Etat à l'égard des autres régimes connaîtraient également une augmentation de 100 millions d'euros, ce qui **porterait la dette de l'Etat à l'égard de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale à 3,4 milliards d'euros au 31 décembre 2007**.

Votre rapporteur pour avis souhaite donc que, à l'occasion de l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique lui **précise si de nouvelles mesures d'apurement de créances sont envisagées**, notamment dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2007.

2. Le remboursement annoncé de 619 millions d'euros au FFIPSA dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2007

a) Les annonces de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le 24 septembre 2007, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a annoncé :

- d'une part, **la reprise par l'Etat, en loi de finances rectificative pour 2007, de la dette ancienne que celui-ci avait contractée vis-à-vis du BAPSA, soit 619 millions d'euros**. Le déficit cumulé de 3,2 milliards d'euros transféré du BAPSA au FFIPSA avait déjà été repris partiellement par le gouvernement à hauteur de 2,5 milliards d'euros en loi de finances rectificative pour 2005¹;

- d'autre part, **la définition d'un schéma de financement pérenne de la protection sociale des exploitants agricoles**, qui distinguerait la branche vieillesse, relevant de la solidarité nationale, et la branche maladie pour laquelle un équilibre devra être défini. Plusieurs options seront soumises à concertation. Les choix seront faits au cours du premier semestre 2008, dans le respect des spécificités du monde agricole.

¹ Article 117 de loi de finances rectificative pour 2005.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis, membre du comité de surveillance du FFIPSA, est particulièrement inquiet s'agissant de la dégradation continue des comptes du FFIPSA. S'il accueille favorablement les annonces du gouvernement en la matière, il tient à souligner **la nécessité de rétablir l'équilibre structurel du FFIPSA et lui assurer un financement pérenne.**

Il relève, par ailleurs, que cette **opération devra faire l'objet d'une évaluation approfondie en projet de loi de finances rectificative, ainsi qu'en loi de règlement pour 2007**, conformément à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juillet 2006 relative à la loi portant règlement définitif du budget de 2005¹.

Votre rapporteur pour avis tient à rappeler les conclusions du rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale de l'agriculture et de l'inspection générale des finances, sur le financement du régime de protection sociale des non salariés agricoles de mai 2005. Cette mission proposait trois types de solution concernant le financement des déficits cumulés et du besoin structurel du FFIPSA.

• Le financement des déficits cumulés

La mission d'inspection avait envisagé trois options s'agissant de la prise en charge pérenne du besoin de trésorerie du FFIPSA induit par les déficits 2003 à 2005 :

- le *statu quo*, c'est-à-dire le portage de ce découvert de trésorerie par le régime de protection sociale agricole sous la forme d'une ligne de trésorerie (FFIPSA et MSA) ;

- la prise en charge par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;

- la prise en charge par l'Etat.

Votre rapporteur pour avis note que la solution retenue par le gouvernement a donc été la reprise par le budget de l'Etat.

• Le financement du besoin de financement structurel

S'agissant de l'attribution de moyens de financement pérennes au FFIPSA, les trois *scenarii* examinés par la mission d'inspection, qui concerne la seule branche maladie du régime, étaient les suivants :

- la prise en charge du besoin de financement par l'Etat ;

- l'intégration financière de la section maladie au régime général de la sécurité sociale ;

- la modification des paramètres de la compensation.

¹ Décision DC n° 2006-538 du 13 juillet 2006, considérants 14 à 19.

La mission d'inspection soulignait que l'arbitrage entre les divers *scenarii* doit s'appuyer sur des considérations pragmatiques et qu'il doit retenir une solution claire et stable, résultat d'un dialogue approfondi entre les différents acteurs concernés.

B. EVITER LA FORMATION DE NOUVELLES DETTES : LES MESURES PRISES EN PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2008

A côté de ces mesures d'apurement des dettes accumulées, le projet de loi de finances pour 2008 contient deux types de mesures destinées à éviter que de nouvelles dettes ne se reforment.

1. La réévaluation de certaines dépenses

Certains crédits notoirement sous-évalués en loi de finances initiale au cours des années précédentes font l'objet d'une réévaluation :

- ainsi, les crédits consacrés au financement de l'aide médicale de l'Etat connaissent une augmentation de 180 millions d'euros et sont portés à 413 millions d'euros. Il convient toutefois de noter que les crédits consacrés à l'AME de droit commun (348 millions) sont très inférieurs au tendanciel de dépenses (450 millions d'euros) : ils intègrent en effet des économies à hauteur de 102 millions d'euros, ce qui devrait résulter, notamment, de la mise en place d'un ticket modérateur. Si ces mesures d'économie n'étaient pas mises en œuvre, de nouvelles dettes se formeraient donc ;

- de même, les crédits consacrés au financement de l'allocation de parent isolé sont majorés de 100 millions d'euros. Il convient toutefois de noter qu'une partie de cette augmentation (15,8 millions d'euros) résulte de l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'allocation, qui passerait de 221.300 à 225.505, selon les données du projet annuel de performances « Solidarité, insertion et égalité des chances » pour 2008.

Au total, d'après les données communiquées à votre rapporteur pour avis, ce sont environ 600 millions d'euros supplémentaires qui ont été inscrits en projet de loi de finances, afin de faire face à des dépenses ayant un impact sur les comptes des organismes de sécurité sociale.

En outre, afin de veiller à l'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, celui-ci devrait se doter, dès l'automne 2007, de règles de gestion destinées à assurer le strict respect des conventions financières signées avec les organismes de sécurité sociale.

2. Des transferts de recettes fiscales

Par ailleurs, le projet de loi de finances traduit la volonté d'assurer une compensation intégrale des allègements généraux de cotisations sociales patronales et des exonérations sur les heures supplémentaires instaurées par l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

a) La compensation des exonérations sur les heures supplémentaires

L'article 28 du projet de loi de finances pour 2008 vise à compenser à la sécurité sociale les pertes engendrées par l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires prévues par la loi précitée en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Comme c'est le cas pour les allègements généraux de cotisations sociales patronales, cette compensation, évaluée à 4,1 milliards d'euros en 2008, passe par l'affectation de trois recettes fiscales :

- une fraction du produit de la taxe sur les véhicules de société, pour un montant d'environ 600 millions d'euros ;
- le produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires, pour un montant d'environ 1,4 milliard d'euros ;
- enfin, le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée sur les producteurs de boissons alcoolisées, pour un montant de 2,1 milliards d'euros.

En outre, la neutralisation de l'impact de la majoration des heures supplémentaires sur les allègements généraux, dont le coût est estimé à un milliard d'euros est compensée aux organismes de sécurité sociale par l'article 29 du projet de loi de finances pour 2008.

b) La compensation des allègements généraux de cotisations patronales

S'agissant de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales, l'article 29 du projet de loi de finances pour 2008 prévoit, en effet, d'affecter 1,5 milliard d'euros supplémentaires de recettes fiscales aux organismes de sécurité sociale, correspondant :

- pour 500 millions d'euros, à l'insuffisance prévisionnelle liée à l'évolution spontanée du panier fiscal et des allègements généraux en 2008 ;
- pour un milliard d'euros à la neutralisation de l'impact de la majoration des heures supplémentaires sur le calcul la réduction générale des cotisations sociales patronales¹.

¹ Sur ce point, se reporter au rapport n° 404 (2006-2007) de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, sur le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Le tableau suivant, issu du dossier de presse du gouvernement, retrace ces changements de périmètre :

**La compensation au régime général des allègements généraux
et des exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires**

(en milliards d'euros)

| | 2007 | 2008 |
|---|-------------|-------------|
| <i>Insuffisance estimée du panier fiscal à législation constante</i> | 0,9 | 0,5 |
| <i>Neutralisation de l'impact de la majoration des heures supplémentaires sur les allègements généraux (disposition de la loi TEPA)</i> | 0,3 | 1,0 |
| <i>Aménagement du panier fiscal pour le financement des allègements généraux (1)</i> | 1,3 | 1,5 |
| <i>Exonérations de cotisations salariales et patronales sur les heures supplémentaires (disposition de la loi TEPA) (2)</i> | 1,0 | 4,1 |
| Total (1+2) | 2,2 | 5,6 |

Source: dossier de presse du gouvernement

Si la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales apparaît correctement compensée par le biais d'affectation de nouvelles taxes à la sécurité sociale, on peut, en revanche, être plus réservé sur la compensation des allègements ciblés accordée à la sécurité sociale par le biais de dotations budgétaires, comme le montrent les exécutions passées (cf. *infra*, commentaire de l'article 17).

En outre, il convient de souligner que ces affectations de taxes contribuent une nouvelle fois à **déformer la structure de financement** de la sécurité sociale dans le sens d'une fiscalisation encore plus importante.

C. UNE FISCALISATION CROISSANTE DES RESSOURCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. Une tendance de long terme...

Comme le notait notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, dans son dernier rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution¹, la quasi-totalité de l'augmentation du taux de prélèvements obligatoires depuis la fin des années 1970 provient de celle des administrations de sécurité sociale, comme l'indique le tableau ci-après.

¹ Rapport n° 60 (2007-2008).

Les prélèvements obligatoires des différentes catégories d'administrations publiques

(en points de PIB)

| | 1978 | 2006 | Evolution |
|---|-------------|-------------|------------------|
| Les administrations publiques centrales | 17,7 | 16,2 | - 1,5 |
| * l'Etat | 17,5 | 15,3 | - 2,2 |
| - Impôts | 17,3 | 14,8 | - 2,5 |
| - Cotisations sociales | 0,2 | 0,5 | 0,3 |
| * les ODAC | 0,2 | 0,9 | 0,7 |
| Les administrations publiques locales | 3,2 | 5,7 | 2,5 |
| Les administrations de sécurité sociale | 15,9 | 22,1 | 6,2 |
| * Impôts | 0,5 | 6,3 | 5,9 |
| * Cotisations sociales | 15,5 | 15,8 | 0,4 |
| Les institutions de l'Union européenne | 0,7 | 0,3 | - 0,5 |
| Ensemble | 37,5 | 44,2 | 6,7 |

Source : Insee

Ainsi, sur les 6,7 points d'augmentation du taux de prélèvements obligatoires constatés sur cette période, 6,2 points proviennent des administrations de sécurité sociale. Ce tableau montre également que **cette augmentation s'est faite presque exclusivement par l'impôt, les impôts finançant les administrations de sécurité sociale ayant augmenté de 5,9 points de PIB de 1978 à 2006.**

Il en découle que **le mode de financement des administrations de sécurité sociale a considérablement changé depuis la fin des années 1990.** Ainsi, alors que les cotisations sociales représentaient 83,7 % de leurs recettes en 1978, ce taux n'était plus que de 66,5 % en 2006.

2. ... qui se confirme en 2008

Cette tendance de long terme se confirme en 2008, notamment en raison du nouveau transfert de taxes, précédemment analysé, destiné à compenser les exonérations de cotisations sociales.

En outre, il convient de noter que le présent projet de loi de financement se traduit par l'instauration de taxes nouvelles ou la majoration de taxes existantes : maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique (100 millions d'euros), instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite (300 millions d'euros), augmentation de la contribution sur les préretraites et du taux de la CSG applicable aux allocations de préretraite (88 millions d'euros).

Selon les données de l'annexe 4 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, **les impôts et taxes affectés devraient ainsi représenter 31,3 % des recettes du régime général en 2008, contre 30,3 % en 2007.**

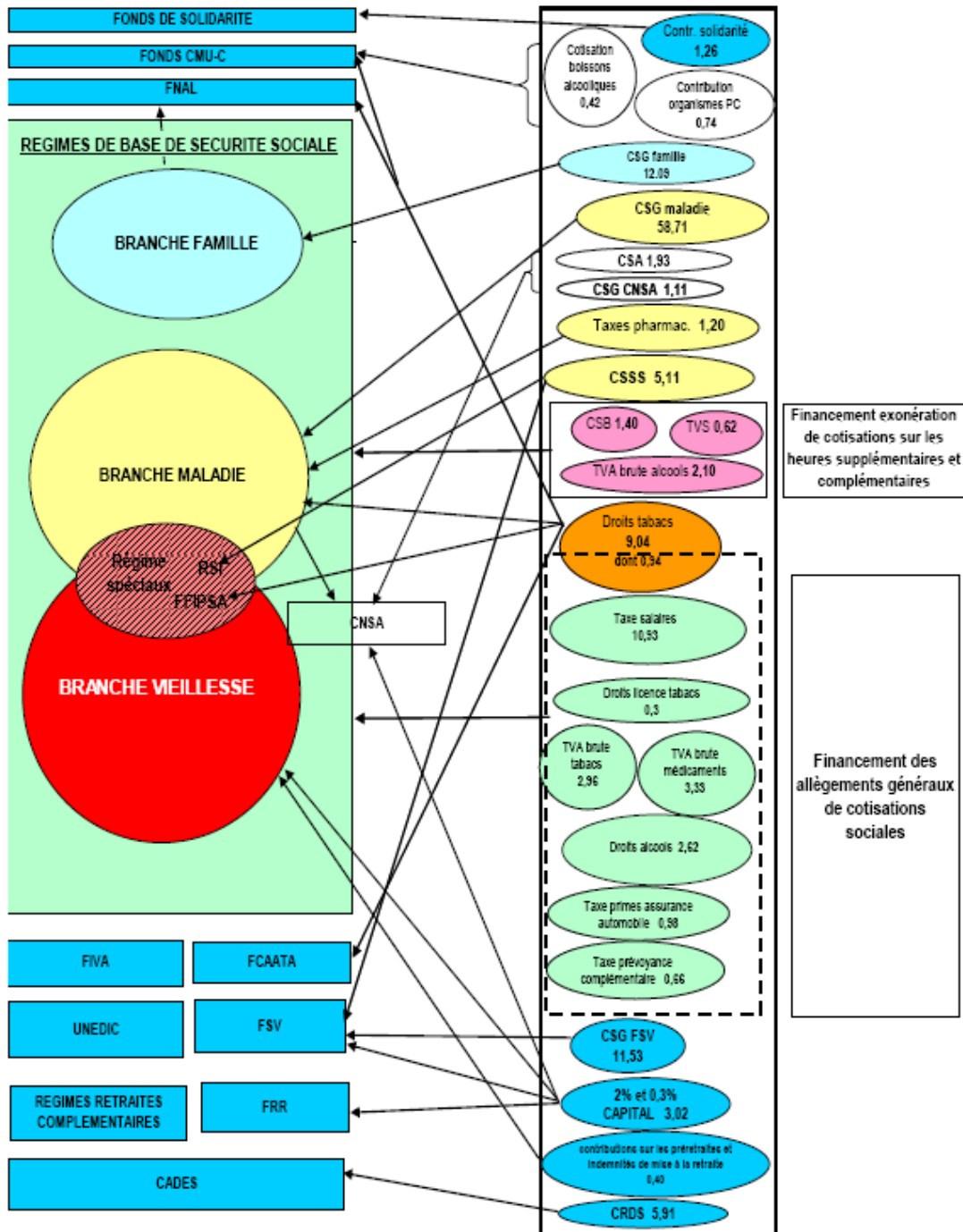
Cette fiscalisation croissante des ressources de la sécurité sociale doit conduire à s'interroger sur la structure même du financement de notre système

de protection sociale, afin de le rendre plus adapté aux réalités d'une économie globalisée.

Ceci pourrait également être l'occasion de rationaliser des affectations de taxes devenues particulièrement « complexes », comme tente de l'illustrer le graphique qui suit.

Principaux impôts et taxes affectés à la protection sociale

(en milliards d'euros)



Source : jaune « Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale », annexé au projet de loi de finances pour 2008

III. DES RÉFORMES ANNONCÉES

A. DES CHANTIERS QUI POURRAIENT DÉBOUCHER SUR UNE MODIFICATION SUBSTANTIELLE DE L'ARCHITECTURE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Compte tenu du vieillissement de la population et de la montée du risque de dépendance, **la France doit faire face à l'accroissement inéluctable des dépenses de retraite et de santé**. Le vieillissement de la population devrait ainsi induire :

- une croissance de 25 % de la consommation de soins et de biens médicaux ;

- un supplément de dépenses publiques de 13 et 15 milliards d'euros du fait de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes¹ ;

- un besoin de financement des régimes de retraites compris entre 0,7 et 1 point de PIB en 2020, suivant les estimations retenues.

Face à ce constat, **plusieurs chantiers de réforme** ont été récemment lancés par le Président de la République, réformes qui pourraient déboucher, à terme, sur une **modification substantielle de l'architecture** de notre système de protection sociale.

Pour cette raison, et compte tenu des réflexions en cours concernant l'avenir des régimes de retraite, le présent projet de loi de financement ne peut être qu'un **projet de loi de financement de transition**. En effet, les pistes de réformes envisagées relatives au financement de la protection sociale, son périmètre et la couverture du risque dépendance, sont d'ordre structurel. Si elles étaient mises en œuvre, elles pourraient remettre en cause les prévisions pluriannuelles proposées dans ce projet de loi de financement pour 2008.

1. Les ressources de la protection sociale

Le financement de notre système de protection sociale constitue aujourd'hui l'un des sujets majeurs des finances publiques.

De récentes études, portant sur cette question, plaident en faveur de l'instauration d'une « **TVA sociale** », c'est-à-dire d'une baisse des cotisations sociales compensée, à due concurrence, par une augmentation d'un ou des taux de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), dont le produit serait affecté au financement de la sécurité sociale. D'autres Etats européens, comme le Danemark et, tout récemment, l'Allemagne, ont également suivi cette démarche **qui s'opère à taux de prélèvements obligatoires constants**.

¹ Conseil d'analyse stratégique, « *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* », second rapport de la mission « *Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes* » conduites par Stéphane Le Bouler, juin 2006.

Le Danemark et l'Allemagne, deux pays qui se sont engagés dans la voie de la « TVA sociale »

« Le Danemark a adopté en 1987 une réforme fiscale d'envergure : entre 1987 et 1989, les cotisations sociales versées par les employeurs ont été pratiquement supprimées, tandis que le manque à gagner pour les finances publiques a été compensé par une augmentation de 3 points du taux de TVA, qui s'établit à 25 %. Cette expérience a été réussie, puisqu'elle n'a pas eu d'effet d'entraînement particulier sur l'inflation ou sur les hausses salariales obtenues dans les conventions collectives. D'autre part, la compétitivité des entreprises danoises a été préservée, tandis que le taux de chômage est demeuré à un niveau bas et que l'État connaissait sur une longue période une situation durable d'excédent budgétaire⁶().*

« Plus récemment, l'Allemagne vient de s'engager dans cette voie, en décidant d'augmenter de trois points son taux de TVA : deux points de hausse serviront à réduire le déficit public, tandis qu'un point de hausse est destiné à réduire les cotisations d'assurance chômage, ramenées de 6,5 % à 4,2 %⁷(). Cette hausse de la TVA, qui ne s'apparente que pour un tiers à de la TVA sociale, n'affecte pas l'économie allemande, comme l'a indiqué, à l'occasion de la seconde table ronde, M. Joachim Hacker, ministre-conseiller, responsable du service des affaires économiques de l'ambassade d'Allemagne en France : les prévisions de croissance de l'économie allemande en 2007 viennent ainsi d'être relevées de + 1,7 % à une fourchette comprise entre + 2,5 % et + 2,8 % . »*

Source : rapport d'information n° 283 (2006-2007) de M. Jean Arthuis, « TVA sociale : comment redonner de la compétitivité à l'économie française »

Votre rapporteur pour avis rappelle ainsi que deux documents sur la « TVA sociale », parfois appelée « TVA de compétitivité » ou « TVA antidélocalisations », ont été publiés, par le gouvernement, en septembre 2007:

- le rapport au Premier ministre de M. Eric Besson, secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la prospective et de l'évaluation des politiques publiques, intitulé « TVA sociale » ;

- la note d'étape réalisée pour la ministre de l'économie, des finances et de l'emploi par l'inspection générale des finances, intitulée « Etude sur la possibilité d'affecter une partie de la TVA au financement de la protection sociale en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail ».

Ces analyses, qui font l'objet d'une analyse approfondie de votre rapporteur général dans son récent rapport précité sur les prélèvements obligatoires¹, sont, **sur le fond, très proches, et favorables à une TVA sociale recentrée sur les bas salaires.**

Votre rapporteur pour avis insiste néanmoins, comme votre rapporteur général dans son rapport sur les prélèvements obligatoires d'octobre 2006², sur le fait que **toute réforme majeure du mode de financement du système de protection sociale doit reposer sur une analyse structurelle de celui-ci, notamment de la philosophie qui le sous-tend.**

En outre, il conviendra également de porter une attention particulière aux résultats de la **revue générale des prélèvements obligatoires** en cours.

¹ Rapport n° 60 (2007-2008).

² Rapport n° 41 (2006-2007).

2. Le financement du système de santé

Au-delà de cette question sur les ressources de la protection sociale, ce sont également **les logiques qui sous-tendent notre système de protection sociale, qui sont interrogées.**

Dans son discours du 18 septembre 2007, prononcé à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale, le Président de la République a en effet souligné la nécessité de **distinguer entre ce qui devait relever de la solidarité nationale**, d'une part, et de la **responsabilité individuelle**, d'autre part, posant ainsi la question de la répartition des interventions entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires en matière de dépenses de santé.

A cet égard, on peut citer le **rapport du groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale, présidé par M. Jean-François Chadelat**, du mois d'avril 2003, selon lequel cette répartition n'est pas le résultat de choix explicites et rationnels. En effet, malgré les enjeux qu'elle recouvre, la répartition actuelle est le produit d'une **succession de décisions techniques, parfois anciennes, plutôt que d'une approche d'ensemble**, et n'a donc **jamais fait l'objet d'un réel débat public.**

En termes de pistes de solution, ce rapport préconise la création d'une « **couverture maladie généralisée** » et l'instauration d'une **coopération nouvelle et approfondie entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et d'assurance maladie complémentaire**, fondée sur le copaiement et la corégulation. Le copaiement supposerait la définition commune par les organismes obligatoires et complémentaires du panier de soins sous l'arbitrage de l'Etat et la corégulation reposerait sur l'association des assurances maladie complémentaires à la gestion du risque.

3. La couverture du risque dépendance

Enfin, le troisième chantier de réforme, annoncé par le Président de la République dans son discours précité, concerne la couverture du risque dépendance.

Le Centre d'analyse stratégique, dans son rapport précité, évaluait entre **13 et 15 milliards d'euros le supplément de dépenses publiques nécessaires pour faire face à ce besoin.** De son côté, la Cour des comptes évaluait le supplément de dépenses annuelles à l'horizon 2020 (par rapport à 2003) à « *3 à 4,7 milliards d'euros pour l'assurance maladie, 2,8 à 3,8 milliards d'euros pour l'APA et 1,6 à 2,7 milliards d'euros à la charge des résidents en établissement. L'effet cumulé de la démographie et de la réponse aux besoins d'amélioration de l'offre pourrait conduire à un accroissement encore plus important, pouvant aller jusqu'au doublement de l'effort actuel.* ».

Le Président de la République a ainsi annoncé qu'il demanderait au gouvernement de mettre en œuvre « *une réponse adaptée et structurée à « ce cinquième risque » social* ». Il s'agirait de « *définir un nouveau droit à la protection sociale, commun à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie, personnes handicapées et personnes âgées dépendantes. Ce droit devrait être mieux adapté à la diversité des situations individuelles et prendre en compte de manière juste les capacités contributives des personnes, ainsi que de leur responsabilité. [...] Il s'agit ensuite de développer l'assurance individuelle contre le risque de dépendance. Les investisseurs privés doivent investir davantage dans ce secteur, non pas en substitution de la solidarité nationale mais en complément* ».

Votre commission des finances sera pleinement mobilisée sur cette question et souhaite, avec la commission des affaires sociales, la mise en place d'une mission commune d'information sur ce thème au 1^{er} semestre 2008.

B. VERS UNE NOUVELLE RÉFORME DU SYSTÈME D'ASSURANCE VIEILLESSE

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale contient peu de mesures relatives à la branche vieillesse. La mesure essentielle est contenue à l'article 10, qui modifie le traitement des préretraites et des mises à la retraite, afin d'accroître le taux d'emploi des seniors.

Il est vrai que deux chantiers sont ou vont être engagés : d'une part, la réforme des **régimes spéciaux de retraite**, d'autre part, la **réforme plus large des autres régimes de retraite**, un « rendez-vous » étant prévu en 2008 par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

1. La réforme des régimes spéciaux est engagée

A la demande du Président de la République, le gouvernement a lancé, ces derniers mois, des consultations en vue de réformer les régimes spéciaux.

a) Une grande hétérogénéité

L'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale, modifié par un décret du 14 mai 1991¹, dresse une liste de régimes spéciaux, à laquelle il convient d'ajouter le régime des clercs et employés de notaires, institué par une loi du 12 juillet 1937². Ils sont très hétérogènes puisque certains régimes spéciaux ne couvrent que l'assurance vieillesse, tandis que d'autres ne la couvrent pas.

¹ Décret n° 91-489 du 14 mai 1991 modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et relatif à la suppression du régime spécial de sécurité sociale de la Compagnie générale des eaux.

² Cette « loi instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires » a par la suite été modifiée par voie législative, mais également par voie réglementaire.

Les prestations de retraites versées par les régimes spéciaux, hors fonction publique, représentent environ **8 % du total des prestations de retraites** versées par les régimes de base en 2006, comme le montre le graphique suivant. **Sept régimes représentent à eux seuls 6,4 % des prestations** : ceux des industries électriques et gazières (IEG), de la SNCF, de la RATP, de la Banque de France, des marins (ENIM), des mineurs et, enfin, des clercs et employés de notaires.

Les régimes spéciaux au sens de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale

« Restent soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, si leurs ressortissants jouissent déjà d'un régime spécial au titre de l'une ou de plusieurs des législations de sécurité sociale :

« 1°) les administrations, services, offices, établissements publics de l'Etat, les établissements industriels de l'Etat et l'Imprimerie Nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ;

« 2°) les régions, les départements et communes ;

« 3°) les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

« 4°) les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié ;

« 5°) les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides ou gazeux ;

« 6°) la société nationale des chemins de fer français ;

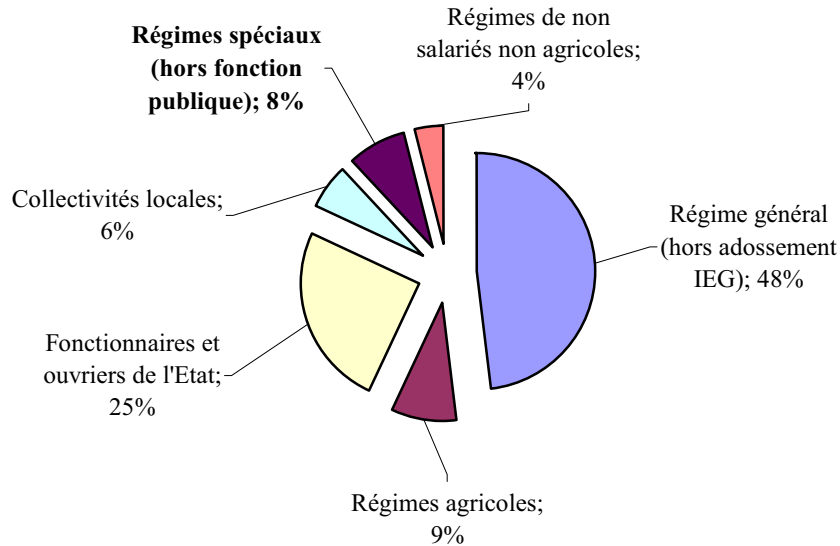
« 7°) les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;

« 8°) les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;

« 9°) la Banque de France ;

« 10°) le Théâtre National de l'Opéra de Paris et la Comédie Française ».

Répartition des prestations de retraites entre les différents régimes de base en 2006



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

Contrairement au régime général et aux régimes de la fonction publique – **assimilés** à des régimes spéciaux par opposition au régime général – la plupart des régimes spéciaux n'ont pas fait l'objet de réformes. On signalera toutefois l'exception récente de la **Banque de France**, dont la réforme du régime spécial est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2007.

Comme le montre le tableau ci-dessous, **l'Etat verse une subvention à plusieurs régimes spéciaux**, à partir de la mission « Régimes sociaux et de retraite », pour un montant évalué à **5,12 milliards en 2008**. On signalera que le **régime des industries électriques et gazières (IEG)**, désormais adossé au régime général de sécurité sociale¹, ne bénéficie pas de subventions de l'Etat mais d'une **contribution tarifaire d'acheminement (CTA)** acquittée par le client final, pour un montant d'environ 1 milliard d'euros en 2006.

¹ Cette procédure d'adossement vise notamment à répondre aux exigences comptables des normes IAS/IFRS, en distinguant les comptes du régime spécial de ceux des entreprises. L'adossement du régime spécial de la RATP est également possible depuis la publication, le 26 décembre 2005, d'un décret l'autorisant. Des négociations sont actuellement en cours.

Les principaux régimes spéciaux de retraite

| Régime | Population couverte | Nombre de cotisants | Nombre de bénéficiaires de pensions vieillesse-invalidité | Subvention de l'Etat | Commentaires |
|---------------------------|---|---------------------|---|---|--|
| Régime des fonctionnaires | Fonctionnaires civils et militaires, fonctionnaires de La Poste et France Telecom | 2 366 824 | 2 176 418 | oui (contribution de l'Etat employeur = 85 % des produits) | réformé en 2003 |
| FSPOIE | Ouvriers de l'Etat | 51 722 | 103 236 | oui (1 milliard d'euros en 2008) | à l'équilibre en 2008 compte tenu de l'augmentation de la subvention d'équilibre * réformé en 2003 * excédent de 391 millions d'euros prévu en 2008 |
| CNRACL | Agents titulaires des collectivités territoriales et hospitalières | 1 999 412 | 910 087 | collectivités locales | |
| CANSSM | Travailleurs des mines et ardoisières | 9 163 | 354 524 | oui (800 millions d'euros en 2008) | |
| IEG | Personnel des industries électriques et gazières | 140 418 | 154 596 | contribution tarifaire d'acheminement (CTA) payée par le client (1 milliard d'euros) | régime adossé au régime général, excédentaire en 2005 et 2006 grâce à la CTA mais qui va basculer en déficit à l'avenir |
| SNCF | Agents de la SNCF | 160 850 | 291 850 | oui (2,9 milliards d'euros en 2008, en constante augmentation) | * création de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF le 30 juin 2007, assortie d'un relèvement des taux de cotisation patronale |
| RATP | Agents de la RATP | 43 873 | 43 113 | oui (390 millions d'euros en 2008) | * forte augmentation des taux de cotisations salariales et patronales au 1er janvier 2006 * adossement du régime spécial au régime général rendu possible depuis la publication d'un décret du 26 décembre 2005 |
| ENIM | Marins professionnels du commerce, de la pêche maritime et de la plaisance | 37 400 | 131 140 | oui (719 millions d'euros en 2008) | |
| FSAVCF (ex CAMR) | Agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways | 0 | 10 338 | compensation spécifique vieillesse + subvention d'équilibre de l'Etat le cas échéant (aucune en 2008) | régime spécial en voie d'extinction, géré par la CNAV dans le cadre d'un fonds spécifique |
| CRPECN | Clercs et employés de notaires | 48 869 | 59 316 | non | déficitaire depuis 2007 (à hauteur de 39 millions d'euros en 2008) |
| CAVIMAC | Ministres du culte et membres des congrégations et collectivités religieuses | 15 337 | 62 580 | contribution directe de la CNAV | * cotisations alignées sur celles du régime général depuis 2002 * régime désormais juridiquement intégré dans le régime général, l'âge de la retraite ayant également été harmonisé |
| Banque de France | Personnel titulaire de la Banque de France | 14 047 | 15 263 | non | réforme entrée en vigueur au 1er avril 2007 |
| SEITA | Industrie des tabacs et allumettes | 1 352 | 10 132 | oui 122 millions d'euros | |
| Théâtres nationaux | Opéra de Paris | 1 893 | 1 616 | nd | |
| Théâtres nationaux | Comédie française | 345 | 382 | nd | |
| Port autonome de Bordeaux | Personnel administratif et ouvrier du Port autonome | nd | nd | nd | |

Source: commission des finances, à partir de la commission des comptes de la sécurité sociale et du projet de loi de finances pour 2008

Comme l'indique le Conseil d'orientation des retraites dans son quatrième rapport, les principaux régimes spéciaux, hors fonction publique, conservent pour le calcul de la pension des règles analogues à celles qui étaient en vigueur pour l'ensemble des fonctionnaires avant la réforme de 2003 : la durée de cotisation exigée pour bénéficier d'une retraite complète reste fixée à 37,5 annuités et il n'existe ni décote ni surcote, si bien que la pension est proportionnelle au nombre d'annuités (taux d'annuité de 2 %), dans la limite de 75 % du salaire de référence (80 % s'il y a une bonification de durée).

b) Le cadre fixé pour cette évolution nécessaire

Compte tenu de l'évolution démographique – même si elle diffère suivant les régimes considérés¹ – et du poids croissant que représentent pour l'Etat les subventions versées à certains de ces régimes, il apparaît nécessaire de réformer les règles qui leur sont applicables et de les harmoniser avec les règles applicables dans les régimes de la fonction publique à l'issue de la réforme des retraites menée en 2003.

En outre, la révision de règles en vigueur dans ces régimes apparaît d'autant plus nécessaire qu'une nouvelle réforme est prévue l'an prochain. Certains régimes spéciaux ont d'ailleurs déjà connu des réformes, comme celui de la Banque de France.

Dans ce contexte, le gouvernement a élaboré un document d'orientation qui fixe le cadre de la réforme, comme le retrace l'encadré ci-dessous.

**Le cadre de la réforme des régimes spéciaux
prévu par le document d'orientation du 10 octobre 2007**

I. Principes communs d'harmonisation

1- Progressivité de la réforme : La réforme sera progressive : quelle que soit la date de leur départ en retraite, les agents se verront appliquer les règles en vigueur l'année où ils étaient susceptibles de liquider leur pension. Concrètement, cela signifie qu'un agent remplissant en 2008 les conditions pour partir en retraite verra sa retraite calculée avec les paramètres de 2008 même s'il part en 2009 ou en 2010.

2- Harmonisation de la durée de cotisation : Comme pour la fonction publique, la durée de cotisation pour obtenir une retraite complète sera progressivement portée de 37,5 ans à 40 ans. Cette harmonisation sera étalée dans le temps : l'allongement de la durée de cotisation se fera à raison de deux trimestres par an, ce qui permet d'atteindre les 40 ans de cotisation en 2012. La durée de cotisation aura ensuite vocation à évoluer comme dans le régime de la fonction publique.

3- Liberté du choix de l'âge de départ à la retraite : Pour garantir la liberté de choix des agents sur le moment de leur départ en retraite, les conditions et les âges d'ouverture des droits seront maintenus. En parallèle, pour permettre aux agents qui le souhaitent de travailler plus longtemps, les « clauses couperets » autorisant la mise à la retraite d'office des salariés par leurs employeurs à un âge précoce seront supprimées.

¹ Le Conseil d'orientation des retraites relève, dans son rapport de janvier 2007, que le nombre de cotisants pour un retraité devrait être inférieur à un dans la plupart des régimes dès 2020 et dans tous les régimes en 2050.

4- Introduction d'une décote et d'une surcote : Comme dans la fonction publique et les autres régimes de retraite, pour encourager chacun à travailler plus longtemps et améliorer le niveau de sa pension, il sera instauré un système de surcote et de décote. Le principe est le suivant : les assurés qui cotiseront au-delà de ce qui est nécessaire verront leur pension majorée ; à l'inverse, ceux qui partiront avant de remplir ces conditions verront leur pension minorée. Le mécanisme de décote et de surcote sera mis en place progressivement selon le même calendrier et les mêmes paramètres que la fonction publique. Ainsi la décote commencera à produire ses effets à partir de 2010.

5- Indexation des pensions sur les prix : Afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités des régimes spéciaux, leurs pensions seront indexées sur les prix. Cette indexation évoluera selon les mêmes modalités que dans tous les autres régimes de retraite.

6- Calcul de la pension : Pour calculer la pension, la référence sera le salaire des 6 derniers mois d'activité, sauf pour les régimes qui ont d'ores et déjà prévu des périodes de référence plus longues.

7-Régime des bonifications : Les dispositions en vigueur seront maintenues pour les agents des régimes spéciaux recrutés avant le 31 décembre 2008. Pour les agents recrutés à compter du 1er janvier 2009, les bonifications telles qu'elles existent aujourd'hui seront modifiées : la spécificité des métiers devra désormais être prise en compte selon d'autres modalités qu'une réduction du nombre d'annuités de cotisations. Ces modalités seront définies dans le cadre de la négociation de branche ou d'entreprise.

II - Thèmes relevant de la négociation de branche ou d'entreprise

La liste qui suit n'est pas exhaustive. Les entreprises et branches qui le souhaitent pourront ajouter d'autres thèmes à la négociation sociale. Lorsqu'un accord aura été trouvé sur des thèmes relevant du domaine réglementaire, il appartiendra au Gouvernement de le traduire dans les textes correspondants.

1-Prise en compte de la spécificité des métiers : L'objectif est de prendre en compte la spécificité de certains métiers à travers par exemple l'aménagement des conditions de travail, les éléments de rémunération, la gestion des parcours professionnels et des deuxièmes parties de carrière.

2-Emploi des seniors : Il s'agit d'adapter la gestion des ressources humaines à l'allongement de la vie professionnelle : formation, amélioration des conditions de travail, adaptation des postes, bilans professionnels, aide à l'orientation, évolution de la grille des salaires pour les fins de carrière.

3-Complément de retraite pour les salariés : Les éléments de rémunération n'entrant pas aujourd'hui dans le calcul de la pension de retraite pourront être pris en compte sur le modèle du régime additionnel de retraite créé dans la fonction publique ou à travers la mise en place d'un dispositif d'épargne retraite de droit commun.

4-Durée minimale de service pour bénéficier du régime spécial : Afin de tenir compte de la mobilité des parcours professionnels, les durées minimales exigées pour bénéficier du régime spécial seront réduites.

5-Rachat d'années d'études : Comme pour les fonctionnaires et les autres salariés, il sera possible de racheter des années d'études supérieures ou des années de cotisations incomplètes, ce qui est particulièrement utile pour ceux qui sont entrés tard sur le marché du travail.

6-Avantages familiaux et conjugaux : L'objectif est de respecter le principe d'égalité entre les hommes et les femmes, conformément au droit communautaire et d'harmoniser les avantages familiaux et conjugaux avec les règles de la fonction publique (bonifications pour enfants, liquidation précoce de la retraite, pension de réversion en cas de décès du conjoint).

7-Prise en compte du handicap et de l'invalidité : Les dispositions de la loi du 11 février 2005 permettant d'abaisser l'âge d'ouverture des droits à retraite pour les personnes handicapées ayant exercé une activité professionnelle seront étendues aux régimes spéciaux. De la même manière, le régime des pensions d'invalidité pourra être rénové.

Source : ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, document d'orientation relatif à la réforme des régimes spéciaux de retraite (10 octobre 2007)

2. Premier bilan d'étape en 2008 pour la réforme des retraites menée en 2003

a) Une évolution inquiétante des comptes du régime général à court terme

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a, sans conteste, mis en œuvre une réforme historique et nécessaire, compte tenu de l'évolution démographique.

Ainsi, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, le nombre de retraités du régime général s'élevait, au 1^{er} juillet 2007, à près de 11,7 millions pour près de 17 millions de cotisants. **Le nombre de départs à la retraite a augmenté fortement**, sous l'effet du « papy boom » : les départs à la retraite, au régime général, s'établissaient à 640.000 en 2005, 710.000 en 2006 et devraient se situer autour de 750.000 en 2007 et 2008.

A court terme, la réforme menée en 2003 a pesé sur les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), dont le déficit devrait atteindre 5,2 milliards d'euros en 2008. La progression des charges de l'assurance vieillesse du régime général est plus vive que celle des recettes et va en s'accroissant : + 5,9 % en 2005 (hors effet de l'adossment du régime des industries électriques et gazières), + 6 % en 2006, + 6,5 % en 2007. Elle devrait toutefois ralentir un peu en 2008, pour se situer aux environs de 4,9 %.

Cette dégradation du solde de la CNAVTS résulte également de la montée en charge plus forte que prévue de la mesure de retraite anticipée pour les carrières longues, qui a bénéficié à 400.000 personnes depuis la mise en place de la mesure, pour un coût important : 1,3 milliard d'euros en 2005, 1,6 milliard d'euros en 2006, 2,2 milliards d'euros en 2007 et 2,3 milliards d'euros en 2008.

Ainsi qu'on l'a précédemment relevé, la CNAVTS a connu une **très forte augmentation de ses charges financières**. Il faut y voir, pour une part, la conséquence de l'absence de réserve de trésorerie de la CNAV dont les excédents avaient par le passé été reversés au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que des insuffisances de trésorerie de ce même FSV, qui ne peut rembourser la totalité des sommes dues à la CNAVTS.

Cette évolution des comptes de la CNAVTS est inquiétante dans la mesure où, **si cette tendance se poursuit, son déficit cumulé serait compris entre 43,1 et 46,9 milliards d'euros en 2012**, suivant les scénarii économiques considérés présentés en annexe B au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui intègrent, notamment, l'impact de l'allongement, à partir de 2009, de la durée de cotisation nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein.

Outre les problèmes de flux, se posent donc des questions de traitement des stocks. Or votre rapporteur pour avis tient à souligner que **tout nouveau transfert de déficit vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) se traduirait nécessairement**, depuis l'adoption de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale¹, en particulier de son article 20, **par une augmentation des recettes affectées à cette caisse, afin que la durée d'amortissement de la dette sociale ne soit pas accrue**².

b) Un équilibre à long terme qui reste difficile à atteindre

Les dernières projections actualisées de la CNAVTS, présentés au COR en tant que document de travail lors de la séance du 22 octobre 2007, indiquent qu'en raison de la forte progression de la masse des pensions, **le solde technique de la CNAV ne cesserait de se dégrader jusqu'en 2050, d'un milliard d'euros par an en moyenne**. Encore positif en 2006 (+ 1,4 milliard d'euros), il deviendrait très rapidement négatif ; le déficit avoisinerait 13 milliards d'euros en 2020 et 45 milliards d'euros en 2050. Le creusement du déficit serait moindre en fin de période de projection, une fois passé le « papy-boom ». Exprimé en part de PIB, le solde technique passerait de + 0,08 % en 2006 à - 0,54 % en 2020, - 1,12 % en 2040 et se redresserait légèrement ensuite (- 1,08 % en 2050).

Quant au **régime de la fonction publique de l'Etat**, les projections étudiées par le COR le 22 octobre 2007 font état d'une dégradation continue du solde technique tout au long de période. Il passerait ainsi de - 2,9 milliards d'euros en 2006 à - 21,3 milliards d'euros en 2050. Le rapport démographique s'inverserait sur cette période, passant de 1,36 actif pour un retraité en 2006 à moins de 0,93 en 2015, et à près de 0,7 en 2050.

Tous régimes confondus, la masse des pensions progresserait plus vite que la masse des cotisations jusque vers 2040, du fait de la très forte croissance du nombre de retraités. Ce ne serait plus le cas en fin de période de projection car le rapport démographique serait quasiment stable et la pension moyenne progresserait toujours moins vite que le salaire moyen. **La masse des pensions rapportée au PIB passerait ainsi de 13,1 % en 2006 à 14,1 % en 2020** puis 14,9 % en 2040. Elle diminuerait ensuite légèrement, pour s'établir à 14,8 % en 2050.

¹ Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005.

² Cf. la décision n° 2005-519 DC du Conseil constitutionnel du 29 juillet 2005 – Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

En supposant inchangée la réglementation actuellement en vigueur, le **besoin de financement** du système de retraite se creuserait jusque vers 2040 et passerait d'environ 0,2 % du PIB en 2006 à 1 % en 2020, 1,9 % en 2040 puis 1,7% en 2050. **Il s'élèverait à environ 25 milliards d'euros en 2020 et 72 milliards d'euros en 2050**, comme le montre le tableau suivant :

**Besoin de financement du système de retraite
(avant prise en compte des nouvelles ressources envisagées en 2003*)**

| En % du PIB | 2006 | 2015 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Masse des cotisations | 12,9 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Dépenses de retraite | 13,1 | 13,7 | 14,1 | 14,7 | 14,9 | 14,8 |
| Besoin de financement | -0,2 | -0,7 | -1 | -1,7 | -1,9 | -1,7 |
| Besoin de financement en milliards d'euros 2006 | -4,2 | -14,8 | -24,7 | -47,7 | -65,3 | -71,6 |

Note : un signe moins correspond à un besoin de financement.

** Redéploiement des cotisations chômage vers l'assurance vieillesse et augmentation des contributions aux régimes de la fonction publique, annoncés au moment de la réforme de 2003.*

Source : maquette COR, 2007

Les rendez-vous réguliers fixés par la loi précitée du 21 août 2003, dont le premier se tiendra en 2008, permettront de tirer les conséquences de cette évolution. Le rendez-vous prévu l'an prochain constitue donc un moment important pour assurer la soutenabilité de notre système de retraites et se traduira nécessairement par de nouvelles réformes.

3. Le rôle du Fonds de réserve pour les retraites est incertain

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il a d'abord été géré par le FSV au sein d'une section comptable spécifique, avant que la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social ne le transforme, à compter du 1^{er} janvier 2002, en **établissement public de l'Etat à caractère administratif**. Dans l'attente de la constitution effective du fonds, et conformément à la loi, le FSV avait toutefois continué, transitoirement et pour le compte du fonds, à gérer et à recueillir les recettes du FRR jusqu'au 30 juin 2002. Dans ce cadre, le FSV avait été autorisé à placer les recettes du FRR sur un compte de dépôt rémunéré au Trésor¹.

La **mission principale** du FRR consiste à **gérer les sommes qui lui sont affectées et mises en réserve jusqu'en 2020, pour permettre ensuite de lisser jusqu'en 2040 l'évolution des taux de cotisation aux régimes éligibles**

¹ Ce compte avait fait l'objet d'une rémunération sur la base du taux moyen des bons du Trésor à taux fixe et intérêts précomptés (BTF trois mois) moins 0,05 %, émis au cours de la période.

au fonds, c'est-à-dire le régime général (CNAVTS), le régime des salariés agricoles, financièrement intégré au régime général, le régime des artisans (CANCAVA) et le régime des industriels et commerçants (ORGANIC), en application des articles L. 222-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 lui a confié la mission, à compter du 30 juin 2005, de gérer, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soulte (3,06 milliards d'euros) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossment du régime des IEG au régime général. Cette somme est gérée comme l'ensemble des actifs du fonds.

La direction du fonds est assurée par un directoire composé de trois membres, présidé par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, et un conseil de surveillance composé de 20 membres. La gestion administrative du fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, sous l'autorité du directoire. La gestion financière est confiée par appel d'offres à des établissements financiers.

a) Une faible croissance des recettes du fonds

(1) 1,6 milliard d'euros de recettes en 2007 et 1,7 milliard d'euros en 2008

L'article 4 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **1,6 milliard d'euros** les prévisions rectifiées de recettes du FRR **pour 2007** conformément aux prévisions de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹.

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement est plus précise et permet de constater que les recettes du FRR devraient s'élever à 1.573 millions d'euros : **1.546 millions d'euros** résultant de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital et les produits de placement, **15 millions d'euros** au titre de la nouvelle recette affectée par l'article 19 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2007, à savoir les sommes inscrites sur des contrats de vie en déshérence, **11 millions d'euros** au titre de la vente des licences UMTS et **2 millions d'euros** au titre de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 2.300 euros au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) et des montants d'intéressement et de participation non réclamés par les salariés et reçus par la caisse des dépôts et consignations au terme du délai de prescription trentenaire.

L'article 22 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, fixe le montant de recettes **pour 2008** à 1,7 milliard d'euros.

L'annexe 8 précise que cette somme devrait s'élever à **1.704 millions d'euros**, correspondant intégralement au montant du prélèvement social de 2 %. Il convient de préciser que, comme l'an dernier, ces sommes ne correspondent

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

pas à celles figurant dans le rapport présenté devant la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2007, qui prévoyaient des recettes de 1.550 millions d'euros.

L'absence d'affectation de recettes supplémentaires amène à s'interroger sur le rôle qu'entend donner le gouvernement au FRR. Cette question devra être abordée à l'occasion du rendez-vous sur les retraites prévu en 2008.

(2) Les réserves du fonds devraient atteindre 30,46 milliards d'euros fin 2008

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que **les réserves du FRR, hors soule des industries électriques et gazières¹ et hors plus-values latentes, atteindront 27,55 milliards d'euros à la fin 2007 et 30,46 milliards d'euros fin 2008**, comme le retrace le tableau qui suit, qui présente les comptes du FRR :

¹ Depuis le 30 juin 2005, le FRR gère, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soule versée par les industries électriques et gazières en compensation de l'adossement du régime des IEG au régime général, soit 3,4 milliards d'euros.

Comptes définitifs 1999-2006 et prévisionnels 2007 et 2008 du FRR

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|--------------|---------------|---------------|----------------|----------------|------------------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------|
| PRODUITS | 306,4 | 2866,0 | 3862,0 | 5808,2 | 9645,7 | 2533,6 | 2877,0 | 4595,8 | 3273,0 | 3719,0 |
| Abondements | 304,9 | 2832,9 | 3698,6 | 5571,2 | 3326,4 | 2158,0 | 1529,3 | 1545,2 | 1573,7 | 1704,0 |
| CSSS | 304,9 | | | | | | | | | |
| Excédents FSV (N-1) | | | 286,6 | | | | | | | |
| Excédent CNAVTS (N-1) | | 767,4 | 483,5 | 1518,2 | 1659,0 | 945,9 | 254,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Prélèvement de 2% sur les revenus du capital | | 890,0 | 971,9 | 1115,5 | 1152,9 | 1211,6 | 1271,4 | 1537,1 | 1545,7 | 1704,0 |
| Assurance vie en deshérence | | | | | | | | | 15,0 | 0,0 |
| Caisses d'épargne | | 718,2 | 718,2 | 718,2 | 432,5 | | | | | |
| Versement CDC | | 457,3 | | | | | | | | |
| UMTS | | | 1238,5 | 619,2 | | | 0,1 | 2,8 | 11,0 | |
| Recettes de privatisation (ouverture du capital ASF, crédit lyonnais...) | | | | 1600,0 | | | | | | |
| Contribution de 8,2% (PPESV) et consignations prescrites caisse des dépôts | | | | 0,1 | 0,2 | 0,5 | 3,2 | 5,3 | 2,0 | |
| Réserves de la CPS de Mayotte | | | | | 81,8 | | | | | |
| Produits financiers | 1,5 | 33,1 | 163,3 | 237,0 | 319,3 | 375,6 | 1347,7 | 3050,6 | 1700,0 | 2015,0 |
| Produits de trésorerie courante | 1,5 | 33,1 | 163,3 | 237,0 | 319,3 | 306,7 | 175,2 | 125,6 | 68,0 | |
| Produits de gestion financière | | | | | | 68,4 | 1172,5 | 2925,0 | 1632,0 | |
| Soulte IEG | | | | | | | 3060,0 | 3144,1 | 3441,3 | |
| Produits sur cessions de titres IEG | | | | | | | | | | |
| Produits exceptionnels | | | | | | 0,5 | 0,8 | 0,2 | 0,0 | |
| CHARGES | 0,2 | 3,4 | 21,9 | 3,6 | 13,7 | 33,4 | 622,6 | 917,5 | 603,2 | 650,0 |
| Frais de gestion administrative | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 13,7 | 17,7 | 60,4 | 68,3 | 93,9 | |
| Fiscalité | 0,2 | 3,4 | 15,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | | |
| Charges de gestion financière | | | 6,2 | 3,6 | | 15,7 | 562,0 | 849,2 | 509,3 | |
| Charges exceptionnelles | | | | | | | 0,2 | | | |
| Compte de résultat | 1,4 | 29,7 | 141,4 | 233,4 | 305,6 | 342,2 | 725,1 | 2133,3 | 1096,8 | 1365,0 |
| Solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes | 306,3 | 2862,7 | 3840,1 | 5804,6 | 3632,0 | 2500,2 | 2254,4 | 3678,3 | 2670,5 | 2915,0 |
| Solde cumulé hors soulte et hors plus-value latentes | 306,3 | 3168,9 | 7009,0 | 12813,6 | 16445,5 | 18945,8 | 21200,1 | 24878,4 | 27548,9 | 30464,0 |
| Performance de placement | | | | | | Depuis le 28 juin 2004 | Sur l'année 2005 | Sur l'année 2006 | Sur le premier semestre 2007 | |
| Performance de l'actif (y compris trésorerie) | | | | | | 15,70% | 12,40% | 11,20% | 6% | |

Les performances (écarts d'estimation) sont calculées au 31 décembre 2004, au 31 décembre 2005 et au 30 juin 2006

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

On relèvera que, comme en 2006 et en 2007, les recettes issues de produits financiers devraient être supérieures aux recettes provenant des abondements annuels du fonds.

b) Les modalités de gestion financière des actifs

Les modalités de gestion des avoirs du fonds sont déterminées par l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale.

La Caisse des dépôts et consignations assure la gestion administrative du fonds, sous l'autorité du directoire, étant précisé que cette activité est indépendante de toute autre activité de la Caisse des dépôts et consignations et de ses filiales.

(1) Le principe de gestion par entreprises d'investissement a été assoupli

La gestion financière du fonds est confiée, par voie de mandats périodiquement renouvelés et dans le cadre des procédures prévues par le code des marchés publics, à des entreprises d'investissement qui exercent à titre principal la gestion de portefeuille pour le compte de tiers.

Toutefois, par dérogation à ce principe, dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement précitées.

L'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 autorise en outre la gestion financière des actifs par le fonds lui-même quand il décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

(2) Les orientations de la stratégie de placement

Dans le cadre de la gestion financière déléguée, et sous réserve du respect des règles prudentielles définies à l'article R. 135-29 du code de la sécurité sociale, le FRR dispose d'une grande liberté de choix quant aux modalités d'investissement de ses ressources : celles-ci peuvent être placées en actions, titres de créances, parts ou actions d'organismes de placement collectifs et instruments financiers à terme.

Néanmoins, la politique de placement du FRR s'inscrit dans la stratégie d'investissement socialement responsable (ISR) qui repose sur un certain nombre de principes à portée sociale, environnementale et éthique.

En 2003, le conseil de surveillance du fonds avait arrêté les grandes orientations de placement suivantes : les investissements du fonds seraient répartis entre les principales classes d'actifs à hauteur de 55 % en actions et 45 % en obligations, dont 38 % pour les actions et les obligations de la zone euro.

(3) Une répartition des actifs qui atteste de la mise en œuvre progressive de la nouvelle allocation stratégique

Au 30 juin 2007, la structure globale des actifs du FRR était la suivante : 59,9 % d'actions, 38,3 % d'obligations, 0,9 % en trésorerie et 0,9 % en actifs de diversification.

Cette répartition est la conséquence de la mise en œuvre progressive de la nouvelle allocation stratégique de placements, arrêtée le 16 mai 2006 par le conseil de surveillance du FRR afin d'accroître la diversification de son portefeuille. Cette stratégie d'investissement intègre un allongement de l'horizon d'investissement du fonds, ainsi que le précise sa délibération du 16 mai 2006 : les travaux du Conseil d'orientation des retraites « mettent en évidence des besoins de financement croissants, en

particulier entre 2030 et 2040 ; (...) en conséquence, le scénario retenu en 2003 d'un décaissement linéaire du Fonds entre 2020 et 2030 mérite d'être étendu jusqu'en 2040 ; (...) ce faisant, l'horizon d'investissement du FRR s'en trouve allongé ».

Ainsi, la nouvelle allocation d'actifs accroît la part des actions de 55 % à 60 %, réduit le poids des produits de dette de 45 % à 30 % et accorde une place aux actifs de diversification (avec pour objectif de les porter à 10 %).

L'évolution de l'allocation stratégique des actifs du FRR

| | Allocation stratégique définie le 2 avril 2003 | Allocation stratégique définie le 16 mai 2006 | Répartition au 30 juin 2007 |
|--|---|--|--|
| Actions | 55 % | 60 % | 59,90% |
| <i>Dont actions de la zone euro</i> | 38 % | 33 % | 34,70% |
| <i>Dont actions internationales</i> | 17 % | 27 % | 25,20% |
| Obligations | 45 % | 30 % | 38,30% |
| <i>Dont obligations de la zone euro</i> | 38 % | 21 % | 31,70% |
| <i>Dont obligations internationales</i> | 7 % | 9 % | 6,60% |
| Actifs de diversification (capital-investissement, immobilier, matières premières et infrastructures) | 0 % | 10 % | 0,90% |
| Trésorerie | | | 0,90% |

Source: Délibérations du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites du 2 avril 2003 et du 16 mai 2006 et annexe 8 du PLFSS

Le fonds a annoncé, en juillet 2007, le lancement pour l'automne 2007 d'une procédure de sélection pour l'attribution de mandats de répliation passive d'indices « matières premières ».

Au premier semestre 2007, les performances de placement du FRR ont atteint 6 %.

CHAPITRE DEUX

LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

A. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS ET À LA TAXATION DES FABRICANTS DE TABAC

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements présentant un lien avec le droit de consommation sur les tabacs.

Caractéristiques du droit de consommation sur les tabacs

Le droit de consommation est une accise frappant les tabacs manufacturés.

- Le taux du droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de vente au détail. Il ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé pour 1.000 unités.

Afin de déterminer le montant de la part spécifique et le taux de la part proportionnelle, on prend comme référence les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, soit à l'heure actuelle la Marlboro, vendue à 5,30 euros¹.

Le montant du droit de consommation qui est applicable aux cigarettes vendues à 5,30 euros est déterminé globalement en appliquant le seul taux normal du droit, actuellement de 64 %, à leur prix de vente au détail.

Pour les cigarettes qui ne sont pas vendues à 5,30 euros le paquet de 20 cigarettes, le droit de consommation se compose d'une part spécifique égale à 7,5 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée, soit actuellement 15,98 euros pour 20 cigarettes, et d'une part proportionnelle égale à 57,97 %. Le taux réel de taxation d'un paquet vendu à 4,80 euros est ainsi de 65,47 %.

Par ailleurs, le montant total du droit de consommation (part proportionnelle + part spécifique) ne peut être inférieur à un minimum de perception actuellement fixé à 128 euros pour 1.000 unités.

- Le droit de consommation applicable aux autres produits (cigares, tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, autres tabacs à fumer, tabacs à priser, tabacs à mâcher) est uniquement proportionnel au prix de vente au détail. Des minima de perception fixés par 1.000 unités ou 1.000 grammes sont également applicables aux cigares, aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et aux autres tabacs à fumer.

¹ Arrêté du 23 juillet 2007 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'outre-mer.

1. Le relèvement du minimum de perception (article 9 C)

Adopté à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, avec l'avis favorable du gouvernement, **l'article 9 C** tend à modifier l'article 575 A du code général des impôts, afin de majorer le montant du minimum de perception applicable aux cigarettes et au tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes.

Le tableau qui suit retrace les évolutions proposées par l'article 9 C du présent projet de loi de financement :

Taux normal du droit de consommation et minimum de perception

| Groupes de produits | Taux normal du droit de consommation | Minimum de perception actuel <i>(article 575 A du CGI)</i> | Minimum de perception proposé <i>(article 9 C du PLFSS)</i> | Variation |
|--|--------------------------------------|---|--|-----------------|
| Cigarettes | 64,00% | 128 € / 1000 cigarettes | 155 € / 1000 cigarettes | + 21,09% |
| Cigares | 27,57% | 89 € / 1000 cigares | inchangé | néant |
| Tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes | 58,57% | 75 € / 1000 grammes | 85 € / 1000 grammes | + 13,33% |
| Autres tabacs à fumer | 52,42% | 60 € / 1000 grammes | inchangé | néant |
| Tabacs à priser | 45,57% | aucun | inchangé | néant |
| Tabacs à mâcher | 32,17% | aucun | inchangé | néant |

Votre rapporteur pour avis approuve les modifications proposées, les minima de perception, qui n'ont pas évolué depuis le 5 janvier 2004, étant désormais trop bas par rapport au marché. On rappellera, en effet, qu'une hausse d'environ 6 % des prix des cigarettes est intervenue au cours de l'été 2007, le prix du paquet de cigarettes de la classe de prix la plus demandée étant ainsi passé de 5 euros à 5,30 euros.

En outre, la fixation du minimum de perception à 128 euros avait été décidée sur la base d'un taux normal de droit de consommation de 62 % pour les cigarettes. Le minimum de perception actuel de perception apparaît en tout état de cause trop bas, dès lors que le taux normal s'établit aujourd'hui à 64 %. Le maintien du minimum de perception à ce niveau avait pu être justifié par le moratoire sur la fiscalité du tabac annoncé dans le cadre du contrat d'avenir pour les buralistes mis en place en décembre 2003, mais l'évolution proposée par l'Assemblée nationale apparaît aujourd'hui bienvenue.

2. La possibilité de moduler le montant du minimum de perception en fonction du prix de vente au détail (article 9 B)

a) Le dispositif proposé

Adopté à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, avec l'avis favorable du gouvernement, **l'article 9 B** tend à compléter l'article 575 du code général des impôts, afin

d'offrir au gouvernement la possibilité de **moduler le montant du minimum de perception en fonction du prix de vente au détail**. Cette possibilité n'est offerte que **pour les cigarettes et les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes**.

L'article 9 B prévoit ainsi que le montant des minima de perception prévu à l'article 575 A – et relevé par l'article 9 C analysé ci-dessus – peut être relevé, par arrêté du ministre chargé du budget :

- pour les **cigarettes**, lorsque le prix de vente au détail homologué est inférieur à **95 %** du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix. Dans ce cas, le minimum de perception ne peut excéder le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée, soit actuellement **169,60 euros pour 1.000 euros** ;

- pour les **tabacs fine coupe** destinés à rouler les cigarettes, lorsque le prix de vente au détail homologué est inférieur à **97 %** du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix. Dans ce cas, l'augmentation du minimum de perception ne peut dépasser 25 % du montant du minimum de perception fixé par l'article 575 A du code général des impôts. **Elle ne saurait donc être supérieure à 21,25 euros pour 1.000 grammes**, compte tenu des dispositions de l'article 9 C du présent projet de loi de financement, fixant à soit 85 euros le montant de ce minimum de perception.

b) Une « mesure de sécurité », qui tient compte de la fragilité de la législation actuelle au regard du droit communautaire

Cette mesure apparaît comme une mesure de « sécurité », qui tient compte de la fragilité de la législation applicable, et en particulier de l'interdiction de vendre des produits du tabac en dessous d'un certain prix.

L'article 572 du code général des impôts, qui prévoit l'homologation des prix de vente, dispose en effet que le prix de détail des cigarettes, exprimé aux 1.000 unités, ne peut être homologué s'il est inférieur à celui obtenu en appliquant, au prix moyen de ces produits, un pourcentage fixé par décret. Par ailleurs, l'article L. 3511-3 du code de la santé publique dispose en effet que *« la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, des produits du tabac ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 ainsi que toute distribution gratuite ou vente d'un produit du tabac à un prix de nature promotionnelle contraire aux objectifs de santé publique sont interdites »*.

Ce principe de prix minimum apparaît contraire à la liberté des prix prévue par le droit communautaire, et, d'après les éléments recueillis par votre rapporteur pour avis, la Commission européenne a d'ailleurs engagé une procédure en manquement contre la France pour ce motif.

3. L'instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac (article 9 bis)

A l'initiative de notre collègue député Jean-Marie Le Guen, soutenu par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté, contre l'avis du gouvernement, un nouvel **article 9 bis**.

Celui-ci prévoit d'instaurer une taxe de 0,22 % assise sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac, dont le produit est versé aux régimes obligatoires d'assurance maladie. Il est précisé que le chiffre d'affaires pris en compte est celui « *défini aux articles 575 et suivants du code général des impôts* », mais ceux-ci se rapportent au droit de consommation sur les tabacs, et non au chiffre d'affaires des fabricants.

Cet article apparaît inopportun à plusieurs titres :

- d'une part, d'après les informations recueillies auprès du ministère de l'économie, des finances et de l'emploi, la notion de fabricants revêtant un caractère territorial, **seuls les fabricants français** – essentiellement Altadis – **seraient assujettis à cette taxe**. Les autres producteurs de tabac ne pourraient en effet être considérés comme fabricant leurs produits en France et échapperaient donc à la taxation. Or il paraît curieux de vouloir pénaliser l'industrie française par rapport aux industries étrangères ;

- dans sa rédaction actuelle, le dispositif présente de **nombreuses lacunes qui le rendent difficile, sinon impossible, à mettre en œuvre** : la notion de chiffre d'affaires est en l'espèce floue (prendrait-on en considération uniquement le chiffre d'affaires lié à la fabrication de tabacs ?) et les éléments nécessaires à la taxation (assiette claire, fait générateur, modalités de recouvrement...) font défaut ;

- enfin, **il n'apparaît pas conforme au droit communautaire**, et notamment à l'article 3 paragraphe 2 de la directive 92/12/CEE du Conseil, du 25 février 1992, relative au régime général, à la détention, à la circulation et aux contrôles des produits soumis à accise, qui dispose que les tabacs manufacturés « *peuvent faire l'objet d'autres impositions indirectes poursuivant des finalités spécifiques, à condition que ces impositions respectent les règles de taxation applicables pour les besoins des accises ou de la taxe sur la valeur ajoutée pour la détermination de la base d'imposition, le calcul, l'exigibilité et le contrôle de l'impôt* ». Or une finalité exclusivement budgétaire n'est pas considérée comme une finalité spécifique au regard du droit communautaire.

Lors des débats à l'Assemblée nationale, notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait part, à titre personnel, de réserves similaires, tandis que le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, M. Eric Woerth, a indiqué que cette taxe « *ne frapperait que le chiffre d'affaires hors taxes des seuls fabricants concernés et ne rapporterait que 5 millions d'euros. Nous sommes donc défavorables à cette mesure touchant un secteur déjà lourdement taxé et largement réglementé* ».

Pour ces motifs, votre rapporteur pour avis vous propose de **supprimer cet article.**

B. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RETRAITES

1. La modification des prélèvements obligatoires applicables en cas de préretraites et de mise à la retraite d'office (article 10)

a) L'assujettissement des allocations de préretraites au taux normal de la CSG sur les revenus d'activité

Les allocations de préretraite font aujourd'hui l'objet d'un traitement particulier au regard de l'assujettissement à la CSG :

- d'une part, de manière générale, en application du 2° du II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, elles sont assujetties à la CSG au **taux de 6,6 %**, soit le même taux que celui retenu pour les pensions de retraite ou d'invalidité, et non au taux de 7,5 % comme le sont les revenus d'activité. Le taux est abaissé à **3,8 %** lorsque les personnes sont imposables au titre de la taxe d'habitation mais de l'impôt sur le revenu ;

- d'autre part, dans certains cas, en application du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité, les allocations de préretraite peuvent, comme les allocations de chômage, être **exclus de l'assiette** de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement. Il en va ainsi lorsque le montant des revenus de l'année n – 2 n'excède pas les seuils déterminés par l'article 1417 du code général des impôts pour l'imposition à la taxe foncière et la taxe d'habitation. En outre, il est précisé que la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance.

Les I et II de l'article 10 du présent projet de loi **suppriment ces deux dispositifs dérogatoires à compter du 11 octobre 2007**, date de présentation du présent projet de loi de financement en conseil des ministres. A compter de cette date, les allocations ou avantages perçus par les salariés bénéficiant d'une préretraite ou d'une cessation anticipée d'activité seront soumis au droit commun de la CSG sur les revenus d'activité, et donc au taux de 7,5 %.

D'après les estimations du gouvernement, ce relèvement du taux de CSG devrait entraîner **7 à 8 millions d'euros de recettes supplémentaires.**

b) Une contribution sur les avantages de préretraites d'entreprise majorée et affectée à la CNAVTS

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale institue, à la charge des employeurs et **au profit du Fonds de solidarité vieillesse**, une **contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée**

d'activité versés, sous quelque forme que ce soit, à d'anciens salariés directement par l'employeur, ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'un accord collectif, de toute autre stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Le taux de cette contribution est actuellement fixé à **24,15 %**, en application d'un mécanisme prévu par le II de l'article L. 137-10 précité.

Le **III** de l'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie ce dispositif de deux manières, **à compter du 11 octobre 2007** :

- d'une part, il **affecte** le produit de cette contribution à la **Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)**, et non plus au FSV, qui devrait connaître une amélioration de sa situation, même s'il conserve des déficits cumulés importants ;

- d'autre part, il porte le taux de cette contribution à **50 %**, qui fait donc plus que doubler.

Par coordination, le **VI** abroge, pour les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité acquis à compter du 11 octobre 2007, les III et IV de l'article 17 de la loi portant réforme des retraites¹, qui précisaient l'entrée en vigueur de ce dispositif de contribution sur les avantages de préretraites d'entreprise, ainsi que des dispositions transitoires.

De même, le **1° du X** abroge le 9° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoyait l'affectation de cette contribution au FSV, tandis que le **2° du X** inclut cette contribution dans la liste des recettes de la CNAVTS.

D'après les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, **cette mesure rapporterait 80 millions d'euros en 2008.**

c) Un renforcement des informations relatives au nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité

Les **IV et V** de l'article 10 du présent projet de loi de financement proposent d'introduire deux nouveaux articles (respectivement L. 320-4 et L. 1221-18) au sein du code du travail, afin de renforcer les informations à la disposition de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) s'agissant du nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité. Le nombre de préretraites accordées par les entreprises est en effet très mal connu aujourd'hui, en raison de l'absence d'obligation déclarative.

Ainsi, tout employeur de personnel salarié ou assimilé sera tenu d'adresser à l'URSSAF dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le **nombre de salariés** partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente,

¹ Loi n° 2003-775 du 21 août 2003.

leur **âge** et le **montant de l'avantage** qui leur est alloué. Cette déclaration suivra un modèle fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'emploi.

A défaut de production d'un tel document dans les délais prescrits, l'employeur devra acquitter une **pénalité** dont le montant sera égal à **300 fois le taux horaire du minimum garanti**. Cette pénalité sera recouvrée par l'URSSAF dont relève l'employeur et son produit, affecté à la CNAVTS.

Il est toutefois précisé que cette obligation de déclaration ne s'appliquera 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.

Ces dispositions s'appliqueront aux **avantages versés à compter du 11 octobre 2007**, étant entendu que le nouvel article L. 1221-18 entrera en vigueur au même moment que la partie législative de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail.

d) L'instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite

Le VIII de l'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'insérer au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 137-12, afin de créer une **contribution sur les indemnités de mise à la retraite**.

Cette contribution serait à la charge de l'employeur et son produit serait affecté à la CNAVTS. Elle porterait sur les indemnités versées, à compter du **11 octobre 2007**, en cas de mise à la retraite d'un salarié **à l'initiative de l'employeur**.

Son taux serait fixé **25 %** pour les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008, puis serait porté à **50 % à compter du 1^{er} janvier 2009**.

Il est, en outre, précisé que les articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent à cette contribution : celle-ci serait donc recouvrée par les URSSAF et les différends nés de l'assujettissement à cette taxe relèveraient du contentieux général de la sécurité sociale.

Par coordination, le **2° du X** inclut cette contribution dans la liste des recettes de la CNAVTS, à compter du 11 octobre 2007.

D'après les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, **l'instauration de cette contribution rapporterait 300 millions d'euros en 2008**.

e) La suppression du régime transitoire de mise à la retraite avant 65 ans

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement tendant à supprimer les trois dernières phrases du deuxième alinéa et le troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail.

Il convient de rappeler que l'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a fixé au 1^{er} janvier 2010 le terme des effets des accords de branche dérogatoires relatifs à la mise à la retraite d'office avant l'âge de 65 ans. Cependant, elle a introduit, à la suite d'un amendement du gouvernement aux conclusions de la commission mixte paritaire, un régime transitoire spécifique aux entreprises partie à ces accords, en cas de départ négocié avec l'employeur entre le 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} janvier 2014.

Les indemnités versées dans ce cadre sont soumises à un régime social particulier, calé :

- s'agissant de l'impôt sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale, sur celui des indemnités de licenciement (exonération soit en totalité lorsque le montant de l'indemnité versée correspond à celui de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement, soit à hauteur de deux fois le montant de la rémunération annuelle précédant la rupture du contrat de travail ou à 50 % du montant de l'indemnité, dans la limite de six fois le plafond de la sécurité sociale) ;

- et, s'agissant des contributions de sécurité sociale, sur le droit commun des indemnités de départ volontaire (assujettissement au premier euro à la CSG et à la CRDS).

Par ailleurs, ce régime n'est applicable que **dans certaines branches professionnelles** (branches ayant conclu un accord dérogatoire de mise à la retraite postérieurement à la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 et antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

Ces dispositions devaient avoir un coût estimé à **300 millions d'euros** par an à partir de 2010.

Votre rapporteur pour avis, compte tenu de la position qu'il avait adoptée l'an dernier lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, est **favorable aux modifications apportées par l'Assemblée nationale**. En effet, ces dispositions, qui avaient été conçues pour ne s'appliquer que dans un nombre limité de branches professionnelles ayant conclu un accord collectif de mise à la retraite d'office avant le 22 décembre 2006, n'apparaissent plus justifiées dès lors que les indemnités auxquelles il donne lieu obéissent au même régime d'imposition fiscale et sociale que les indemnités de départ volontaire à la retraite. La suppression de cette période transitoire met également fin à l'inégalité de traitement entre les branches

professionnelles. Enfin, ces dispositions n'apparaissent pas cohérentes avec les autres mesures législatives visant à accroître le taux d'activité des seniors.

2. L'assouplissement des règles applicables au personnel navigant commercial du transport aérien exerçant en qualité de personnel de cabine (article 10 bis)

L'article L. 421-9 du code de l'aviation civile dispose que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section A (commandement et conduite des aéronefs) 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.

Par ailleurs, il prévoit que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section D (services complémentaires de bord) ne peut exercer aucune activité en qualité de personnel de cabine dans le transport aérien public au-delà d'un âge fixé, par décret, à 55 ans. Toutefois, que le contrat de travail du navigant n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol ou refus de l'intéressé d'accepter l'emploi qui lui est offert.

Les quatre catégories de personnel navigant définies par l'article L. 421-1 du code de l'aviation civile

En application de l'article L. 421-1 du code de l'aviation civile, la qualité de navigant professionnel de l'aéronautique civile est attribuée aux personnes exerçant de façon habituelle et principale, soit pour leur propre compte, soit pour le compte d'autrui, dans un but lucratif ou contre rémunération :

- le commandement et la conduite des aéronefs (section A) ;
- le service à bord des moteurs, machines et instruments divers nécessaires à la navigation de l'aéronef (section B) ;
- le service à bord des autres matériels montés sur aéronefs, et notamment les appareils photographiques et météorologiques, les appareils destinés au travail agricole et les appareils destinés à la manoeuvre des parachutes (section C) ;
- les services complémentaires de bord comprennent, notamment, le personnel navigant commercial du transport aérien (section D).

Adopté à l'initiative de notre collègue député Jacques Myard contre l'avis du gouvernement, qui partageait son approche mais souhaitait attendre la fin des négociations sur l'emploi des seniors menées au sein de l'entreprise Air France, l'article 10 bis tend à supprimer les dispositions plafonnant à 55 ans l'âge auquel le personnel navigant peut exercer une activité en qualité de personnel de cabine dans le transport aérien public.

Notre collègue député Jacques Myard a indiqué, lors des débats à l'Assemblée nationale, que « *passé cet âge, ces personnels, qui ont été très nombreux à s'en plaindre, se trouvent « débarqués » puisqu'on leur propose alors un travail au sol qui ne peut leur convenir. Ils sont donc mis d'office à la*

retraite sans avoir les trimestres de cotisation nécessaires – surtout les femmes –, alors qu'ils souhaitent généralement continuer à travailler quelques années. Aussi, monsieur le ministre, il faut revenir sur cette disposition par trop brutale qui, bien qu'elle ne soit pas à proprement parler une mise à la retraite automatique à cinquante-cinq ans, produit les mêmes effets puisque, je le répète, on « débarque » ces personnels après qu'ils ont refusé un emploi qui ne leur convient pas ; la procédure est simple. Cela est d'autant plus injuste que les pilotes, conformément à une recommandation de l'OACI – l'organisation de l'aviation civile internationale –, peuvent travailler jusqu'à l'âge de soixante ans ».

Votre rapporteur partage cette analyse et observe que cet article s'inscrit pleinement dans les démarches actuelles du gouvernement tendant à développer l'emploi des seniors. Il estime, par ailleurs, qu'il n'y a pas lieu d'opérer de telles discriminations en raison de l'âge, dès lors qu'aucune condition liée à la sécurité des passagers ne le requiert.

3. La modification des droits à pension des fonctionnaires exerçant un mandat parlementaire (article 9A)

Adopté à l'initiative de notre collègue député Daniel Garrigue, avec l'avis favorable de la commission et du gouvernement, **l'article 9 A** interdit, à l'avenir, au fonctionnaire détaché pour l'exercice d'un mandat parlementaire d'acquérir, pendant la durée de son mandat, des droits à pensions dans son régime d'origine.

Par mesure de coordination, il supprime le dernier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, qui dispose que les droits à une pension de retraite du fonctionnaire élu au Parlement continuent à courir comme si son traitement lui était effectivement payé, sous réserve du versement des retenues pour pension.

Ces dispositions entreraient en vigueur à compter du prochain renouvellement intégral de l'Assemblée nationale pour les députés et à compter du prochain renouvellement triennal du Sénat pour les sénateurs.

C. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX « NICHES SOCIALES »

1. La révision du mode de calcul des allègements généraux de cotisations sociales patronales (article 9 D)

Adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Dominique Tian, contre l'avis de la commission mais avec l'avis favorable du gouvernement qui a levé le gage, **l'article 9 D** du présent projet de loi de financement modifie le mode de calcul de la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale, dite « réduction Fillon ». Il **revient**

sur une disposition adoptée par le Sénat à l'initiative du gouvernement dans le cadre de l'examen du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat en juillet dernier, en **excluant la prise en compte de la rémunération des temps de pause, d'habillement et de déshabillage** versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007.

Evolution des modalités de calcul de la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale (III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale)

| Mode de calcul en vigueur avant la loi TEPA | Mode de calcul en vigueur depuis la loi TEPA | Nouveau mode de calcul proposé par l'article 9 C |
|---|---|---|
| Il est fonction de la rémunération horaire du salarié concerné calculée en divisant la rémunération mensuelle par le nombre d'heures rémunérées au cours du mois considéré. | Il est fonction du rapport entre le salaire minimum de croissance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et la rémunération mensuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural. | Il est fonction du rapport entre le salaire minimum de croissance calculé pour un mois sur la base de la durée légale du travail et la rémunération mensuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1, hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 212-5 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural, et hors rémunération des temps de pause, d'habillement et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007. |

Lors des débats à l'Assemblée nationale, notre collègue député Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a indiqué que « *les allègements de charges sociales sur les bas salaires représentent 21 milliards d'euros. Lors de la discussion sur le TEPA, il y eu une reprise de 800 millions d'euros sur l'allègement de charges sociales, ce qui a entraîné, pour les entreprises qui bénéficient de l'allègement des charges, une surcharge de masse salariale de 1 point* ».

La somme de 800 millions d'euros apparaît exagérée. Le gouvernement avait avancé, lors de l'examen du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, un impact du dispositif de 500 millions d'euros. D'après les données transmises à votre rapporteur pour avis, les économies résultant du dispositif adopté dans le cadre de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ont été revues à la hausse de 100 millions d'euros par rapport aux estimations initiales, pour atteindre **600 millions d'euros**, qui se décomposent ainsi :

- 400 millions d'euros au titre des indemnités compensatrices de congés payés ;

- 200 millions d'euros au titre des temps de pause, de déshabillage et d'habillage (contre une estimation initiale de 100 millions d'euros).

Votre rapporteur pour avis s'étonne que le gouvernement ait donné un avis favorable à cet amendement présenté par notre collègue Dominique Tian, dès lors que l'amendement présenté au Sénat par le gouvernement au cours de l'examen du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat visait à prendre en compte les temps de pause, comme l'avait alors expressément indiqué Mme Christine Lagarde, ministre de l'économie, des finances et de l'emploi.

Extrait des débats du Sénat sur le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (amendement n° 277 présenté par le gouvernement)

Mme Christine Lagarde, ministre. « Cet amendement reprend la mesure de neutralisation des heures supplémentaires dans le calcul de l'allègement général.

« L'accomplissement d'heures supplémentaires n'entraînera plus une diminution du taux de l'allègement sur les bas salaires en application de la mesure dite « Fillon », qui permet donc de diminuer les cotisations sociales sur les salaires les plus bas et présente en soi un caractère dégressif.

« La rédaction que nous vous proposons est plus explicite puisqu'elle exclut directement la rémunération des heures supplémentaires du calcul du taux de l'allègement général.

« Cet amendement a également pour mérite de simplifier le mode de calcul puisqu'il dépendra dorénavant de la rémunération mensuelle et non plus des heures rémunérées. La rémunération mensuelle est une référence plus simple, connue de tous, compréhensible puisque c'est celle qui figure en bas du bulletin de salaire.

« Prendre une référence mensuelle permet de mettre fin pour l'avenir à toutes les difficultés et les incertitudes juridiques qui tiennent à la conversion en heures rémunérées de multiples temps particuliers, tels les temps de pause, et des indemnités compensatrices de congés payés.

« Cet amendement permet aussi de limiter un effet d'aubaine apparu depuis plusieurs mois et qui est concentré sur un petit nombre de secteurs. **Cet effet d'aubaine engendre un surcoût estimé à plus de 500 millions d'euros en année pleine** pour les finances publiques.

« Ne serait-ce que cette seule considération me paraît de nature à vous convaincre, mesdames, messieurs les sénateurs, **qu'il convient, dans un souci de gestion rigoureuse de l'argent public, d'adopter cet amendement** ».

Dès lors que l'article 9 C ne vise que la rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage, **sa portée est plus restreinte que le droit antérieur à la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.** Ainsi, l'effet d'aubaine lié aux indemnités compensatrices de congés payés demeure supprimé.

Pour autant, **le coût de cet article pour les finances publiques est important, puisqu'il s'élève à 200 millions d'euros.** D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, la grande distribution serait le premier bénéficiaire de ce dispositif.

En outre, si le gouvernement entend assurer en 2008 une compensation intégrale des allègements généraux de cotisations sociales patronales, il devrait nécessiter une **modification de l'article 29 du projet de loi de finances pour 2008**, qui prévoit une adaptation du panier de recettes fiscales affectées à la sécurité sociale afin de compenser ces exonérations. Or, tel ne semble pas être la volonté du gouvernement, si l'on se reporte aux modifications apportées aux tableaux d'équilibre. Il convient donc que les débats au Sénat permettent d'éclaircir ce point.

En tout état de cause, **ce dispositif n'apparaît pas cohérent avec la position qu'avait adoptée le gouvernement au mois de juillet 2007**, ni avec celles du Sénat. Comme l'a rappelé notre collègue Alain Vasselle lors de l'examen de l'amendement présenté par le gouvernement à l'article 1^{er} du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, *« le Gouvernement propose le retour à l'assiette de calcul de l'exonération « Fillon » sur les bas salaires en vigueur à l'origine, assiette qui ne tenait compte que des heures effectuées pour la détermination du montant de l'allègement. L'amendement voté, sur l'initiative de M. Bernard Accoyer, aujourd'hui président de l'Assemblée nationale, à l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avait substitué à l'assiette des heures effectives une assiette des heures rémunérées, plus large. Nous nous étions laissé convaincre à l'époque, mais la commission des affaires sociales avait émis les plus grandes réserves sur cet élargissement de l'assiette, qui englobait dès lors, comme vous l'avez rappelé, madame la ministre, les temps de pause ou d'habillage ainsi que les congés payés. Elle avait déjà souligné alors le caractère coûteux de cette mesure pour les finances sociales »*.

Dès lors, à titre conservatoire, votre rapporteur pour avis vous proposera de supprimer cet article.

2. La conversion du repos compensateur en majoration salariale (article 16 *ter*)

L'article 16 *ter* du présent projet de loi de financement résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par notre collègue député Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sous-amendé par le gouvernement.

Cet article met en place une **expérimentation d'une durée de deux ans**, à compter 1^{er} janvier 2008, afin de permettre au salarié, en accord avec son employeur, de décider de **convertir en majoration salariale, à due concurrence, le repos compensateur de remplacement** qui lui serait applicable en application du II de l'article L. 212-5 du code du travail.

Ces dispositions prévoient aujourd'hui qu'une convention ou un accord collectif étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut prévoir le remplacement de tout ou partie du paiement des heures supplémentaires, ainsi que des majorations prévues ci-dessus, par un repos

compensateur équivalent. Cet article se comprend donc comme la **possibilité de déroger aux stipulations des accords collectifs**.

La conversion ainsi mise au en place à titre expérimental pourrait être **totale ou partielle**.

Le **taux de la majoration salariale** dont il bénéficierait alors ne pourrait, en tout état de cause, être inférieur à celui qui lui serait applicable en cas de réalisation des heures supplémentaires. En application du I de l'article L. 212-5 du code du travail, les heures supplémentaires donnent lieu à une majoration de salaire dont le taux est fixé par une convention ou un accord de branche étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement, sans qu'il puisse être inférieur à 10 %. A défaut de convention ou d'accord, chacune des huit premières heures supplémentaires donne lieu à une majoration de 25 % et les heures suivantes à une majoration de 50 %.

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé le champ d'application de ce dispositif et prévu que cette expérimentation fasse l'objet d'un **bilan avant le 31 décembre 2009**.

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, M. Eric Woerth, a précisé, lors des débats à l'Assemblée nationale, que cet article n'entraînait **pas de pertes de recettes pour la sécurité sociale**, ces repos compensateurs ne donnant pas lieu à cotisations.

3. L'instauration d'une contribution patronale et d'une contribution salariale additionnelle sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites (article 9 E)

a) Existe-t-il des niches fiscales ou sociales s'appliquant aux stock-options et aux distributions d'actions gratuites ?

(1) Les stock-options

Le régime juridique des attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions est déterminé par les articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce.

Les plans d'options sur titres peuvent être attribués par des sociétés par actions (sociétés anonymes ou sociétés anonymes simplifiées) au profit des salariés et des dirigeants sociaux (président directeur général, directeur général, membres du directoire, gérants) de la société attributrice, des sociétés mères, filiales ou sous-filiales (détention directe ou indirecte de 10 % au moins en capital) ou des sociétés sœurs (avec 50 % de détention directe ou indirecte avec la mère). Les bénéficiaires des options (salariés et mandataires sociaux) ne peuvent détenir plus de 10 % du capital social. Les options sont incessibles.

Le mécanisme de l'attribution repose sur l'autorisation conférée au conseil d'administration ou au directoire par l'assemblée générale extraordinaire des actionnaires statuant sur leur rapport et sur rapport spécial des commissaires aux comptes. **Cette autorisation fixe obligatoirement les**

modalités de détermination du prix de souscription ou d'achat et le délai d'exercice des options. Le prix des options est définitivement fixé à la date d'attribution des options sans que ce prix ne puisse être inférieur, dans les sociétés cotées, à 80 % de la moyenne des 20 derniers cours cotés (options de souscription) ou à 80 % du cours moyen d'achat (options d'achat) et dans les sociétés non cotées à 80 % du prix moyen d'achat pouvant être consenti pour les options d'achat.

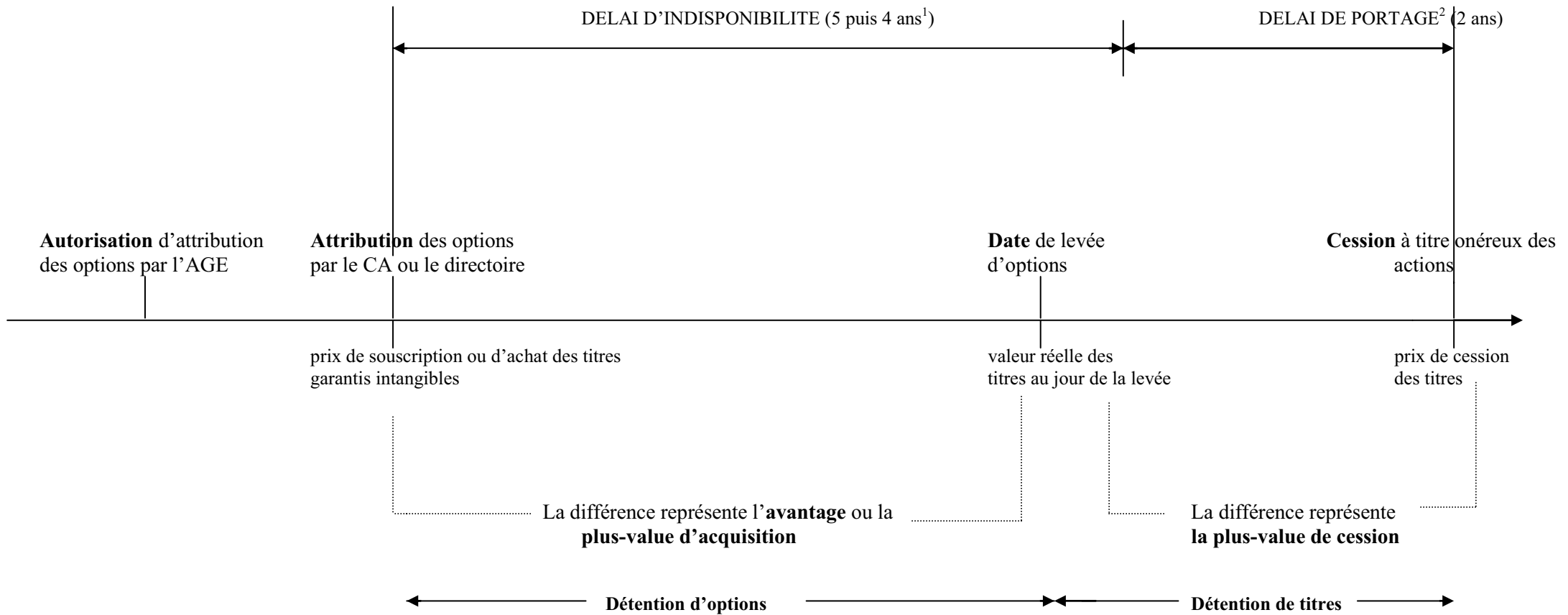
Concrètement, le gain des bénéficiaires des plans d'options sur titre se décompose entre :

- un gain éventuel (le « rabais ») lié à la différence entre le prix de souscription des options et leur valeur à la date de leur distribution. Selon le rapport de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale de septembre 2007, *« le rabais n'est que très exceptionnellement égal à 5 % et est le plus souvent nul, le prix d'exercice étant fixé à la moyenne des cours précédant l'attribution »* ;

- un gain lié à la différence, au moment de la levée de l'option, entre la valeur réelle du titre et le prix de souscription, c'est-à-dire la « plus-value d'acquisition » ou le gain de levée d'option ;

- un gain lié à la différence entre la valeur de cession des titres et leur valeur d'acquisition, c'est-à-dire la « plus-value de cession ».

Etapes chronologiques des stock-options



(1) pour les options attribuées à compter du 27/04/2000

(2) le respect du délai de portage, qui est facultatif, conduit à réduire les taux d'imposition de la plus-value d'acquisition.

Le régime fiscal et social des attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions tient compte des délais d'indisponibilité des options et du délai de portage des titres.

En matière fiscale, le **gain de levée d'option** c'est-à-dire la différence entre la valeur réelle des actions à la date de la levée de l'option et leur prix de souscription ou d'acquisition constitue par nature un complément de salaire imposable, en application du I de l'article 80 *bis* du code général des impôts. La taxation est identique, qu'elle se rapporte à des options consenties par des sociétés françaises ou par des sociétés dont le siège est situé à l'étranger et qui sont mères ou filiales de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire des options exerce son activité.

Le « rabais » fait l'objet de l'imposition suivante : la fraction du rabais excédant 5 % est à ajouter aux traitements et salaires imposables au titre de l'année de levée d'option et le solde du rabais est imposé au titre de l'année de cession, ou le cas échéant de conversion au porteur des titres.

Le gain de levée d'option, hors rabais excédentaire, est imposé en tenant en compte du délai d'indisponibilité de 4 ans.

Si le délai d'indisponibilité « fiscale » de 4 ans a été respecté¹, l'imposition fiscale s'effectue **selon les règles applicables aux plus-values de cession de valeurs mobilières**, en application des articles 150-0 A et suivants du code général des impôts, au taux proportionnel de 30 % pour la fraction du gain au plus égale à 152.500 euros et de 40 % au-delà, ou sur option en traitements et salaires, au titre de l'année de la cession. **Dans l'un et l'autre cas, s'ajoutent 11 % de prélèvements sociaux.**

Les taux de 30 % et de 40 % sont respectivement abaissés à 16 % et 30 % en cas de portage des titres pendant un délai supplémentaire de deux ans suivant le délai d'indisponibilité de 4 ans, en application du 6 de l'article 200 A du code général des impôts. **Dans l'un et l'autre cas, s'ajoutent 11 % de prélèvements sociaux.**

Lorsque le délai d'indisponibilité n'a pas été respecté (cession ou conversion au porteur des titres issus de la levée d'options dans les 4 ans), l'imposition du gain de levée d'option s'effectue selon le régime des traitements et salaires au barème progressif de l'impôt sur le revenu au titre de l'année de la cession ou de la conversion. **Les cotisations sociales salariales¹ et les prélèvements sociaux salariaux (8%) sont alors dus.**

La plus-value de cession, qui correspond à la différence entre le prix de cession et la valeur des titres à la levée des options est imposée selon le régime des plus-values de cession de valeurs mobilières en application des articles 150-0 A et suivants du code général des impôts au taux proportionnel de 16 %, **auquel s'ajoutent 11 % de prélèvements sociaux.**

¹ L'employeur est assujéti de son côté à la part patronale.

Les options sur titres levées dans le cadre d'un plan d'épargne en entreprise (PEE) font l'objet d'un traitement fiscal particulier : la levée des options sur titres au moyen des avoirs indisponibles du PEE permet, moyennant un portage de cinq ans à compter de la levée des options, d'exonérer tant la plus-value de cession que la plus-value d'acquisition, en application du second alinéa de l'article L. 443-6 du code du travail. Seuls restent dus les prélèvements sociaux au titre de produits de placement (11 %).

Le « premier » régime fiscal des options : l'imposition au titre de l'année de la levée de l'option

| Options attribuées avant le 1 ^{er} janvier 1990 | Options attribuées du 1 ^{er} janvier 1990 au 30 juin 1993 | Options attribuées depuis le 1 ^{er} juillet 1993 |
|--|--|--|
| Pas d'imposition du rabais excédentaire | Imposition en traitements et salaires du rabais excédentaire (90 % de la valeur réelle du titre au jour de l'offre – prix de l'offre) | Imposition en traitements et salaires du rabais excédentaire (95 % de la valeur réelle du titre au jour de l'offre – prix de l'offre) |

Le régime fiscal des options attribuées jusqu'au 26 avril 2000

| Options attribuées avant le 20 septembre 1995 | | Options attribuées du 20 septembre 1995 au 26 avril 2000 | | |
|--|---|--|--|---|
| <i>Cession après le délai d'indisponibilité de 5 ans¹</i> | | <i>Cession après le délai d'indisponibilité de 5 ans¹</i> | | |
| <i>Si options levées avant le 1^{er} janvier 1990</i> | | | | |
| Avantage tiré de la levée de l'option | Plus-value de cession | Imposition de la totalité du gain : prix de cession moins prix d'acquisition | Avantage tiré de la levée de l'option | Plus-value de cession |
| Exonération | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 16 % ² | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 16 % ² | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 30 % ² ou option pour une imposition en traitements et salaires sans quotient ² | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 16 % ² |

Le régime fiscal des options attribuées depuis le 27 avril 2000 : régime actuel

| <i>Cession ou conversion au porteur pendant le délai d'indisponibilité de 4 ans (sauf dispense du respect du délai d'indisponibilité)</i> | | <i>Cession après le délai d'indisponibilité de 4 ans (ou en cas de dispense du respect du délai d'indisponibilité)</i> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Avantage tiré de la levée de l'option | Plus-value de cession | Avantage tiré de la levée de l'option | | | | Plus-value de cession |
| | | Avant le délai de portage ³ de 2 ans | | Après le délai de portage ³ de 2 ans | | |
| Imposition selon les règles des traitements et salaires avec quotient + cotisations sociales et prélèvements sociaux au titre des revenus d'activités ⁴ | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 16 % + 11 % de contributions sociales ² | Pour la fraction annuelle ≤ 152.500 euros | Pour la fraction annuelle > 152.500 euros | Pour la fraction annuelle ≤ 152.500 euros | Pour la fraction annuelle > 152.500 euros | Imposition à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 16 % + 11 % de contributions sociales ² |
| | | Imposition au taux forfaitaire de 30 % + 11 % de contributions sociales ² | Imposition au taux forfaitaire de 40 % + 11 % de contributions sociales ² | Imposition au taux forfaitaire de 16 % + 11 % de contributions sociales ² | Imposition au taux forfaitaire de 30 % + 11 % de contributions sociales ² | |
| Ou option pour l'imposition à l'impôt sur le revenu en traitements et salaires sans quotient + 11 % de contributions sociales ² | | | | | | |

¹ Par hypothèse compte tenu de l'ancienneté des options.

² Au titre des revenus du patrimoine (CSG 8,2 %, CRDS 0,5 %, prélèvement social 2 % et contribution additionnelle à ce prélèvement 0,3 %).

³ Décompté à partir de l'expiration du délai d'indisponibilité de 4 ans (sauf en cas de dispense du délai d'indisponibilité).

⁴ CSG (7,5 %) et CRDS (0,5 %) au titre des revenus d'activité et cotisations sociales et patronales de droit commun.

(2) Les distributions d'actions gratuites

Le régime juridique des distributions d'actions gratuites est déterminé par les articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du code de commerce. Ce nouveau dispositif d'incitation à l'actionnariat salarié a été instauré à l'initiative de notre ancien collègue député Edouard Balladur par l'article 83 de la loi de finances pour 2005¹. Il permet aux sociétés d'attribuer à leurs salariés et mandataires sociaux des actions gratuites sous réserve du respect de certaines conditions, et dans la limite de 10 % du capital social.

En particulier, l'article L. 225-197-1 du code de commerce prévoit que l'attribution des actions est définitive au terme d'une période d'acquisition dont la durée minimale, qui ne peut être inférieure à deux ans, est déterminée par l'assemblée générale extraordinaire. S'ajoute à cette durée une durée minimale de conservation des titres par les bénéficiaires, qui ne peut elle-même être inférieure à deux ans.

Dès lors, le régime fiscal des distributions d'actions gratuites s'apparente à celui des stock-options, et l'imposition s'effectue **selon les règles applicables aux plus-values de cession de valeurs mobilières**.

Si le délai de conservation des titres est respecté, la plus-value d'acquisition, égale à la valeur du titre à la date d'acquisition, est imposée, sauf si le bénéficiaire a décidé d'opter pour l'imposition selon le barème progressif de l'impôt sur le revenu, au taux de 30 % (l'imposition s'effectue au moment de la cession). La plus-value de cession, égale à la différence entre le prix de cession et la valeur du titre au jour de l'acquisition, est imposée au taux de 16 %, correspondant au taux forfaitaire fixé au 2 de l'article 200 A du CGI applicable aux plus-values de cessions de valeurs mobilières. **Les deux plus-values sont assujetties aux prélèvements sociaux à hauteur de 11 %.**

Si le délai de conservation des titres n'est pas respecté, l'imposition s'effectue selon le régime des traitements et salaires au barème progressif de l'impôt sur le revenu. **L'ensemble des cotisations sociales est dû tant par l'employeur que par le salarié².**

b) En matière de stock-options ou de distributions d'actions gratuites, le régime applicable est celui des prélèvements sociaux au titre des revenus du patrimoine, plutôt que celui au titre des revenus du travail

Au final, il apparaît que la réalité des prélèvements sociaux pesant sur les stock-options et les distributions gratuites d'actions est la suivante.

¹ Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004.

² En outre, le gain d'acquisition n'est exclu de l'assiette des cotisations de sécurité sociale que si l'entreprise s'acquitte auprès de l'organisme de recouvrement d'une obligation déclarative spécifique destinée à assurer la compensation par l'Etat de la perte d'assiette correspondante pour la Sécurité sociale. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Sauf si la période d'indisponibilité des titres n'est pas respectée, l'employeur ne supporte pas de cotisations sociales sur le montant des options ou des actions gratuites qui est distribué.

S'agissant du salarié, il convient d'opérer une distinction selon que celui-ci respecte la période d'indisponibilité prévue, tant pour les options que pour les distributions d'actions gratuites.

Si la période d'indisponibilité n'est pas respectée, la taxation s'effectue selon le droit commun : barème de l'impôt sur le revenu et assujettissement aux cotisations sociales ainsi qu'aux prélèvements sociaux (CSG et CRDS).

Si la période d'indisponibilité est respectée (elle est au minimum de 4 ans), l'imposition s'effectue selon le régime fiscal des plus-values, tant en matière fiscale (le prélèvement diminue d'autant plus que la période de détention des titres s'allonge) que sociale, puisque les prélèvements fiscaux pesant sur les revenus du patrimoine sont dus, pour un taux global s'établissant aujourd'hui à 11 %.

Dans cette perspective, en ce qui concerne les salariés, il paraît contestable d'évoquer une « niche sociale ». En revanche, il est exact que les stock-options et les distributions d'actions gratuites sont imposées, non pas selon les règles applicables aux traitements et salaires, à l'inverse de ce que propose la Cour des comptes dans son rapport précité qui classe cet avantage dans la catégorie des revenus liés à l'emploi, mais selon les règles applicables aux plus-values et aux revenus de patrimoine. Plusieurs facteurs expliquent cette modalité de taxation : la période d'indisponibilité prévue pour les stock-options, comme pour les actions gratuites, conduit *de facto* à envisager ces modes de complément de salaire comme un élément d'un **dispositif plus large d'épargne salariale**. **Sur un plan économique**, il n'existe aucune différence entre une plus-value d'acquisition, puis de cession, d'une option ou d'une action gratuite, et une plus-value résultant de la cession d'une valeur mobilière.

Par rapport aux autres pays comparables, la France apparaît comme un pays où la taxation globale des stock-options est plutôt élevée. Le cas ci-dessous permet de réaliser une comparaison des différents régimes de taxation. Les hypothèses sont les suivantes, pour une personne au taux marginal supérieur de l'impôt sur le revenu, en prenant en compte l'ensemble des prélèvements fiscaux et sociaux :

- durée du plan : 10 ans ;
- nombre d'options : 500 ;
- valeur de l'action (à l'exercice) : 50 euros (hypothèse d'un prix de cession des titres de 50 euros) ;
- valeur de marché à l'octroi : 40 euros.

Cas d'un redevable recevant 500 options au prix de 40 euros¹

| Pays | Régime | Montant de l'impôt | Modalités d'exonération | Total |
|--|---|--|---|--------------------|
| Allemagne | Absence de régime de faveur | 5.000 x 47,48% (hypothèse où le bénéficiaire atteint la tranche marginale) = 2.374 euros | Exonération de charges sociales dans l'hypothèse où le bénéficiaire excède les plafonds | 2.374 euros |
| Belgique Hypothèse d'application du régime préférentiel de faveur (sous réserve que les options soient exerçables après le 1er janvier de la quatrième année suivant l'octroi) | Détermination de la base imposable : 40 euros (valeur des actions à la date d'octroi) x 10% (taux préférentiel lorsque la durée du plan est de 10 ans) x 500 (nombre d'options) = 2.000 euros | Taux imposition IR : 53,5% (après prise en compte d'un supplément de 7% d'impôts additionnels communaux), soit 2.000 euros x 53,5 % = 1.070 euros | Exonération de charges sociales en l'absence d'un rabais | 1.070 euros |
| Etats-Unis Régime des Incentive Stock Options (conditions pour bénéficier du régime de faveur respectée) | Base taxable du gain d'acquisition égale à 5.000 euros en l'absence de moins-value de cession | Montant de l'impôt sur le gain d'acquisition : 5.000 x 15% = 750 euros (dû au titre de l'année de cession, suivant le régime des plus-values mobilières) | Exonération de charges sociales | 750 euros |
| France | Dans le cadre d'un plan qualifié | Montant de l'impôt dû au titre de l'année de cession : 5.000 x 41% = 2.050 euros (sous réserve d'excéder le seuil annuel de cession et en l'absence d'option pour les taux progressifs d'impôt sur le revenu) | CSG+CRDS+prélèvements additionnels | 2.050 euros |
| Pays Bas | Absence de régime de faveur | 5.000 x 52% = 2.600 euros | Exonération de charges sociales dans l'hypothèse où le bénéficiaire excède les plafonds | 2.600 euros |
| Royaume-Uni | Dans le cadre du régime de faveur (plan approuvé par les autorités fiscales et respect des conditions fiscales) | 0 euro Selon le régime fiscal des gains en capitaux, une déduction des gains réalisés à hauteur des premiers 9.200 £ est pratiquée | Exonération de charges sociale | 0 euro |

Source : commission des finances

¹ Il faut rappeler que les cotisations sociales dans les pays qui pourraient les appliquer sont plafonnées : Pays-Bas : charges de sécurité sociale plafonnées pour tout « salaire » d'un montant supérieur à 30.000 euros. Etats-Unis : charges de sécurité sociale plafonnées pour tout « salaire » d'un montant supérieur à 98.000 euros. Allemagne : charges de sécurité sociale sont plafonnées pour tout « salaire » d'un montant supérieur à 52.800 euros.

c) Le dispositif adopté à l'Assemblée nationale malgré les réserves du gouvernement

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un double dispositif.

D'une part, l'article institue (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale), au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution due par les employeurs sur les options distribuées dans les conditions précitées et sur les actions gratuites.

L'assiette de la contribution est selon l'article, au choix de l'employeur, soit « *la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés* », soit 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Le taux de cette contribution est fixé à 10 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions.

La nouvelle contribution patronale sur les stock-options et les distributions d'actions gratuites a vocation à s'appliquer, dans les mêmes conditions, pour les sociétés dont le siège est situé à l'étranger, et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.

D'autre part, l'article institue (article L. 137-14 du code de la sécurité sociale), au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution « salariale » de 2,5 % assise sur le montant de l'avantage lié au **gain d'acquisition** des stock-options ou des actions gratuites qui fait déjà l'objet de prélèvements sociaux à hauteur de 11 %. Le gain d'acquisition serait ainsi taxé à 13,5 %, contre 11 % précédemment.

Selon l'auteur de l'amendement, la contribution patronale aurait un rendement de 250 millions d'euros et la contribution salariale un rapport de 150 millions d'euros, soit un total de 400 millions d'euros.

Tout en s'en remettant à la sagesse de l'Assemblée nationale, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a souhaité rappeler que « *le détenteur de stock-options est soumis en France à une fiscalité comparable à celle qu'ont instaurée les grandes économies développées. Notre système est même, peut-être, plus contraignant avec le paiement de la CSG et de la CRDS (...), et de l'impôt sur le revenu, qui varie entre 30 % et 40 %, pour représenter une fiscalité totale d'environ 50 %. Le Gouvernement pense qu'aller au-delà n'est pas une bonne idée (...) car la compétitivité du pays serait affaiblie et les entreprises seraient tentées de délocaliser la distribution de leurs stock-options. Le problème est économique, mais relève aussi de la gestion des ressources humaines : trop de travailleurs partent à l'étranger pour bénéficier de dispositifs que la France a décidé de faire disparaître. (...) Ce serait dommage pour l'économie française. (...) Accroître cette fiscalité serait dangereux pour notre économie et je suis donc réservé sur cette idée. Pour ce qui est, des cotisations*

patronales, les stock-options devraient y être soumises, et il n'est pas normal que ce ne soit pas le cas. Ces cotisations doivent être mises en place pour contribuer au financement de la protection sociale ».

d) Que penser d'une augmentation des prélèvements sociaux, et notamment de ceux applicables aux stock-options et aux actions gratuites ?

Le présent article, qui constitue un facteur d'accroissement du niveau global des prélèvements obligatoires, certes pour des motifs de solidarité, doit être envisagé sous différents angles.

La première question posée est d'ordre constitutionnel. S'agissant de la contribution salariale, le dispositif adopté par l'Assemblée nationale conduit à introduire, au sein de la catégorie des revenus du patrimoine, imposés aux prélèvements sociaux à hauteur de 11 %, un **traitement particulier pour les stock-options et les actions gratuites qui seraient elles taxées à 13,5 %**. Au regard du principe d'égalité devant l'impôt, on peut se demander pour quel motif d'intérêt général il apparaît nécessaire de déroger au principe d'égalité, alors que la réalisation d'une plus-value liée aux stock-options et aux actions gratuites est en tout point semblable, d'un point de vue économique et financier, à la réalisation d'une plus-value sur une valeur mobilière, dont le taux d'imposition est fixé à 11 %. Au sein de l'épargne salariale, il y aurait par ailleurs distorsion fiscale entre les options et actions gratuites, d'une part, et les autres véhicules d'épargne salariale, d'autre part.

Sur un plan économique, deuxièmement, il convient de se demander quel impact aura la mesure, qui peut paraître à première vue limitée, en termes d'attractivité de notre territoire, qu'il s'agisse de la localisation de sièges sociaux, mais aussi d'ingénierie juridique, consistant à créer des structures de portage des contrats de travail des cadres dirigeants hors de France, ou, le cas échéant, de choix de résidence fiscale. En outre, peut-on imaginer que la taxation des stock-options ou des distributions d'actions gratuites ne conduise à susciter un effet d'éviction au profit d'autres dispositifs d'épargne salariale ?

Sous un angle financier, troisièmement, on peut souhaiter examiner quel sera l'impact réel de la création de la contribution patronale : celui-ci ne conduira-t-il pas les entreprises à ajuster à due concurrence le volume de distribution des stock-options et des actions gratuites, afin de maintenir le coût de leurs plans d'épargne salariale inchangés, ce qui limiterait d'autant l'intérêt budgétaire de la mesure¹ ? L'estimation du rendement de la mesure par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale est selon toute vraisemblance considérablement surévaluée.

¹ C'est aussi de ce point de vue que l'on peut nuancer l'analyse de la Cour des comptes selon laquelle la taxation des stocks options aux cotisations sociales pourrait avoir un rendement de 3 milliards d'euros, puisqu'elle estime que l'ajustement des entreprises à cette nouvelle taxation réduirait au final le rendement à 2 milliards d'euros.

Quatrièmement, s'agissant du point de vue fiscal, une vision consolidée s'impose, qui conduit à constater que les stock-options et les actions gratuites font l'objet d'un régime de taxation en matière d'impôt sur le revenu déjà significatif, voire élevé par rapport à nos partenaires¹, ce qui n'implique pas nécessairement un accroissement de la fiscalité sociale : le contribuable perçoit, lui, le poids fiscal global, et non le rapport relatif entre prélèvements au profit de l'Etat et prélèvements au profit de la sécurité sociale. Par ailleurs, il convient de remarquer que l'on crée un nouveau prélèvement social sans ouverture de droit à prestation.

Enfin, cinquièmement, sur un plan technique, plusieurs « malfaçons » doivent être relevées en ce qui concerne l'introduction d'une contribution « salariale ». Tout d'abord, la contribution ne saurait être « salariale » dans la mesure où le bénéfice lié aux gains d'acquisition, et *a fortiori* aux plus-values de cession, est dans la plupart des cas, et de plus en plus, réalisé lorsque la personne n'est plus salariée de l'entreprise, à supposer qu'elle l'ait déjà été, puisque les stock-options s'appliquent également à des mandataires sociaux non salariés². Ensuite, la création de cette nouvelle contribution conduit, dans la rédaction proposée, à un prélèvement par les URSSAF, alors que les 11 % de prélèvements sociaux sont prélevés par la direction générale des impôts, ce qui paraît peu efficient. En outre, la date d'entrée en vigueur, le 16 octobre 2007, applicable aux levées d'options et aux actions gratuites cédées, n'est pas en cohérence avec les autres dates d'application des mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle conduirait enfin à une taxation rétroactive des options distribuées par les entreprises.

Votre commission estime donc indispensable, à ce stade, que d'utiles compléments d'information puissent être apportés en séance publique. C'est l'objet de l'amendement qu'elle vous propose.

4. Les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire de la CSG des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (article 11)

L'article 11 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à modifier les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire de la CSG sur les revenus professionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non salariés agricoles (FFIPSA) ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.

¹ Cf le tableau précédent.

² Il faut rappeler que l'article 62 de la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social prévoit que les options ou actions gratuites attribuées par le conseil d'administration ou le conseil de surveillance aux mandataires sociaux ne peuvent être levées, avant la cessation de leurs fonctions.

a) Le droit actuel

Dans ce cas de figure, en application du II de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, une assiette forfaitaire provisoire est fixée pour la première année au titre de laquelle la contribution est due. Cette assiette est déterminée de la manière suivante, en opérant une **distinction en fonction de l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise agricole** :

- lorsque **son importance peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation**, cette assiette forfaitaire est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2.028 fois le montant du salaire minimum de croissance (SMIC), sans que l'assiette puisse être inférieure à 800 fois le montant du SMIC ou supérieure à 2.028 fois le montant du SMIC. Il est précisé que, pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui débudent simultanément deux activités agricoles non salariées dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, s'ajoute à l'assiette ainsi présentée, au titre de la seconde activité, un montant de 800 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que le montant total de l'assiette puisse être supérieur à 2.028 fois le SMIC ;

- lorsque **son importance ne peut pas être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation**, cette assiette forfaitaire est égale à 1.000 fois le montant du salaire minimum de croissance.

Le SMIC pris en considération est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due, de même que l'importance de l'exploitation ainsi que la valeur de la surface minimum d'installation sont appréciées au 1^{er} janvier de cette même année.

Cette assiette forfaitaire provisoire fait ensuite l'objet d'une **régularisation** sur la base des revenus professionnels afférents à la première année, lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

b) Le dispositif proposé

Le I de l'article 11 du présent projet de loi de financement apporte plusieurs modifications à ce dispositif :

- il **unifie et simplifie** ces modalités de calcul : l'assiette forfaitaire provisoire sera ainsi égale à 600 fois le montant du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due ;

- par coordination avec cette réforme, il modifie ensuite la rédaction du dispositif applicable aux redevables acquittant la **cotisation de solidarité** : lorsque leurs revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution sera désormais calculée sur une assiette forfaitaire provisoire égale à 100 fois le montant du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due¹.

¹ Le quatrième alinéa du VII de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale opérait une distinction en fonction de l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise agricole. Lorsqu'elle

Dans les deux cas, on observe donc une simplification bienvenue et un abaissement de l'assiette forfaitaire provisoire. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, près de la moitié des nouveaux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (environ 8.500) payent une contribution supérieure, parfois dans des proportions importantes (jusqu'à 1.000 euros), à celle due au moment de la régularisation lorsque les revenus sont connus, ce qui conduit alors les caisses de mutualité sociale agricole à procéder à des remboursements de contributions.

c) Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres financiers généraux, tendant à :

- modifier les modalités de recouvrement de la CSG afin de prendre en compte les adaptations apportées au principe de l'annualité des cotisations sociales : d'après les explications fournies par notre collègue député Yves Bur, ce principe serait ainsi maintenu lors de la cessation d'activité sauf en cas de décès ;

- rétablir l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux par des groupements professionnels agricoles. Notre collègue député Yves Bur indiquait, en effet, que cette disposition, tant qu'elle figurait dans le code de l'action sociale et des familles, était applicable au régime agricole, mais ne l'est plus depuis qu'elle a été intégrée dans le code de la sécurité sociale.

5. L'exonération en faveur des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (article 11 bis)

En application de l'article L. 731-13 du code rural, les **jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole** bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.

Sauf dérogation déterminée par décret, le bénéfice de cette exonération est réservé aux chefs d'exploitation ou d'entreprise « *âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles* ». Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont alors redevables sont déterminés par décret.

pouvait être appréciée en pourcentage de la surface minimum, cette assiette forfaitaire était égale au produit de ce pourcentage par 30 % de 2.028 fois le montant du SMIC. Dans le cas contraire, elle était égale à 150 fois le montant du SMIC.

Le deuxième alinéa de l'article L. 731-13 précité encadre toutefois la durée d'application de cette exonération. Il dispose ainsi qu'elle est **applicable pendant les cinq années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient des prestations d'assurance maladie du régime des personnes non salariées agricoles.**

A l'initiative de notre collègue député Patrick Verchère, avec l'accord de la commission et du gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié ce régime.

Aux termes de **l'article 11 bis** du présent projet de loi de financement, cette exonération deviendrait « *applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues* ».

L'article 11 bis instaure également une possibilité de suspension du bénéfice de cette exonération, **en cas de cessation temporaire d'activité** avant la fin de la période d'exonération. Dans ce cas, le droit à l'exonération est **rétabli à la reprise d'activité, pour la durée d'exonération restant à courir**, à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret.

Notre collègue député Patrick Verchère a indiqué, lors de l'examen de son amendement, que celui-ci avait pour but, d'une part, « *de ne pas pénaliser les jeunes chefs d'exploitation qui peuvent être amenés, en raison de difficultés passagères, à interrompre temporairement leur activité agricole* », d'autre part, « *de lever une ambiguïté qui pouvait conduire à ne pas appliquer l'exonération la première année où des cotisations sont dues, lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est affilié dès le 1^{er} janvier de l'année d'installation* ».

Votre rapporteur pour avis souhaite que le gouvernement précise, lors de l'examen de cet article 11 bis par le Sénat, le coût de ce dispositif d'exonération en faveur des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aucune donnée ne figurant dans l'annexe 5 au présent projet de loi de financement, ainsi que le coût de cette nouvelle disposition, qui paraît légitime.

6. La suppression du dispositif d'exonérations ciblées en faveur des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale (article 12)

Dans sa rédaction initiale, l'article 12 du présent projet de loi de financement avait pour objet d'abroger les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, et, à travers eux, de supprimer le dispositif d'exonération de charges sociales spécifique institué au profit des organismes d'intérêt général¹ ayant leur siège en zone de revitalisation rurale (ZRR).

On rappellera que ce dispositif spécifique :

- bénéficie à l'ensemble des salariés, sans limitation, et non pas aux nouvelles embauches, contrairement au dispositif de droit commun applicable en ZRR ;

- consiste en une franchise de cotisations quel que soit le niveau de salaire, et non pas limitée à 1,5 SMIC, et s'applique donc sans dégressivité en fonction de la rémunération ;

- n'est assorti d'aucune condition de durée, alors que pour les autres employeurs en ZRR, elle est limitée à un an ;

- est cumulable avec d'autres aides, sauf interdictions prévues par les textes qui les instituent.

L'exposé des motifs du présent projet de loi justifiait cette suppression en indiquant que **« ce dispositif ne répond que faiblement à son objet, qui est d'inciter à la création d'emplois en milieu rural. Il s'applique par ailleurs à l'ensemble des salariés des organismes concernés et non aux seules nouvelles embauches comme le régime de droit commun. Son coût (environ 185 millions d'euros par an) est disproportionné par rapport aux avantages attendus »**.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a rappelé devant l'Assemblée nationale que *« le coût de la mesure – et on ne peut pas y être totalement insensible, nous en avons d'ailleurs discuté pendant des heures – s'élève à 185 millions d'euros, pour un impact très faible sur l'emploi. Elle est, de plus, extrêmement diluée et les*

¹ L'article 200 du code général des impôts, auquel ces articles se réfèrent, concerne, en particulier, les fondations ou associations reconnues d'utilité publique, les œuvres ou d'organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel, ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises, des établissements d'enseignement supérieur ou d'enseignement artistique, publics ou privés, à but non lucratif, agréés par le ministre chargé du budget, ainsi que par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, ou par le ministre chargé de la culture, d'associations culturelles et de bienfaisance autorisées à recevoir des dons et legs, des établissements publics des cultes reconnus d'Alsace-Moselle.

effets d'aubaine sont nombreux ». Selon des données fournies lors des débats à l'Assemblée nationale par notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et l'équilibre général, seuls 2.000 nouveaux emplois ont été créés grâce à ce dispositif, sur les 28.000 emplois concernés.

Les articles en cause

Article 15

I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés dans les zones de revitalisation rurale mentionnées à l'article 1465 A du code général des impôts par des organismes visés au I de l'article 200 du même code qui ont leur siège social dans ces mêmes zones susvisées sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail ainsi que du versement de transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 50 %.

II. - Les pertes de recettes pour les collectivités territoriales sont compensées par un relèvement de la dotation globale de fonctionnement.

III. - La perte de recettes pour l'Etat est compensée, à due concurrence, par une augmentation des droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

IV. - Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du même code.

Article 16

Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés dans les zones de revitalisation rurale mentionnées à l'article 1465 A du code général des impôts par des organismes visés au I de l'article 200 du même code qui ont leur siège social dans les zones susmentionnées sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail ainsi que du versement de transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 50 %.

Toutefois, afin de prendre en compte les difficultés qu'aurait représenté une suppression pure et simple de ces dispositions, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi de financement pour les recettes et l'équilibre général, et avec l'avis favorable du gouvernement, un dispositif transitoire.

D'une part, le I de l'article 12 **abroge, à compter du 1^{er} novembre 2007, les articles 15 et 16** de la loi précitée relative au développement des territoires ruraux sont abrogés, mais précise que **les dispositions de ces articles continuent à s'appliquer aux contrats de travail conclus avant cette date** et jusqu'au terme de ceux-ci.

D'autre part, le **II de l'article 12** fixe le régime applicable à compter du 1^{er} novembre 2007, en prévoyant que **les nouvelles embauches** auxquelles procéderont ces organismes d'intérêt général seront éligibles au dispositif

d'exonération en ZRR qui était jusqu'alors réservé aux entreprises. Ce dispositif, régi par les articles L. 322-13 du code du travail et L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale, est **nettement plus restrictif**, puisqu'il s'applique, pour une **durée limitée à 12 mois**, aux seules nouvelles embauches n'ayant pas pour effet de porter l'effectif total de l'organisme à plus de **50 salariés**, et dès lors que l'employeur n'a procédé à aucun licenciement au cours des 12 mois précédant l'embauche.

Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale assouplit toutefois ce dernier point : en cohérence avec d'autres dispositifs d'exonération et afin de ne pas pénaliser injustement les employeurs de bonne foi, il précise que la condition de non-licenciement à laquelle est subordonné le bénéfice de l'exonération ne porte que sur les seuls cas de **licenciement pour motif économique**.

En outre, le droit commun s'appliquant, **le bénéfice de cette exonération ne pourra être cumulé**, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

Enfin, le II de cet article prévoit également la remise au Parlement, avant le 30 juin 2009, d'une **évaluation du dispositif** prévu par les articles 15 et 16 de la loi précitée relative au développement des territoires ruraux, tel qu'il continue de s'appliquer aux contrats en cours.

Votre rapporteur pour avis rappelle que votre commission des finances avait fait part de ses réserves et demandé la suppression de cette disposition¹ lors de l'examen du projet de loi en faveur du développement des territoires ruraux. Il considère toutefois que la disposition adoptée par l'Assemblée nationale, fruit d'un compromis, permet de mettre fin, pour l'avenir, à ce dispositif dérogatoire et qu'il en permettra le réexamen sur la base d'éléments objectifs d'évaluation.

Il note, toutefois, que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale nécessite une adaptation du montant des compensations versées par l'Etat, déterminé par l'article 17 du présent projet de loi de financement.

¹ *Se reporter sur ce point au commentaire de notre collègue Joël Bourdin sur l'article 1^{er} terdecies du projet de loi relatif au développement des territoires ruraux, rapport pour avis n° 264 (2003-2004).*

7. L'affiliation au régime général de personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion (article 13)

L'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale dispose que sont **affiliés obligatoirement aux assurances sociales du régime général**, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.

Le I de l'article 13 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que ces dispositions bénéficient également aux **personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion**, dès lors qu'elles bénéficient d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale. Il institue donc une **affiliation dérogatoire de ces personnes au régime général**, dans un souci de promotion de leur insertion sociale.

Un décret devrait préciser les modalités d'application de ces dispositions, notamment la liste des activités éligibles, la durée maximale de l'affiliation, ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il devrait également fixer le montant des revenus tirés de l'activité visée, en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation au régime général de sécurité sociale.

Alors que le texte initial prévoyait que ces dispositions s'appliqueraient pour une durée de cinq ans, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2013, l'Assemblée nationale a réduit leur durée d'application, qui prendrait **fin le 31 décembre 2009**.

Votre rapporteur pour avis partage l'analyse de l'Assemblée nationale, dès lors que le contenu du dispositif reste vague et que ses conséquences apparaissent incertaines.

8. L'extension du statut de collaborateur occasionnel du service public aux personnes travaillant occasionnellement pour une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale (article 13 bis)

L'article 13 bis du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, avec l'avis favorable du gouvernement, qui a levé le gage.

L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale impose l'affiliation au régime général des **collaborateurs occasionnels du service public**. Sont

ainsi concernées les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, ou encore d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice.

Le I de l'article 13 bis étend cette obligation d'affiliation aux personnes qui exercent à titre occasionnel une activité, rémunérée sous les mêmes conditions, pour le compte d'une **autorité publique indépendante, dotée de la personnalité morale**.

L'exposé des motifs de l'amendement présenté par notre collègue député Yves Bur précise que les médecins et vétérinaires préleveurs qui réalisent des contrôles antidopage étaient rattachées au régime général quand elles intervenaient à la suite d'un ordre de mission délivré par le ministère des sports, ce qui n'est plus le cas depuis que la compétence pour diligenter les contrôles a été transférée à l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD), dotée du statut d'autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale.

Le II de cet article précise que sont inclus dans le champ des collaborateurs occasionnels du service public :

- les personnes qui réalisent, à titre occasionnel, les contrôles diligentés par l'AFLD ou demandés par les fédérations à cette agence ;
- ainsi que celles qui participent aux travaux du comité de médecins placé auprès de l'AFLD.

9. La suppression des exonérations de cotisations accidents du travail – maladies professionnelles (article 14)

L'article 14 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend :

- d'une part, à **supprimer les exonérations spécifiques de cotisations accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP)** dont bénéficiaient jusqu'à présent un certain nombre d'employeurs ;

Les employeurs bénéficiant d'une exonération spécifique de cotisations AT-MP

Les employeurs bénéficiant d'une exonération spécifique de cotisations AT-MP sont ceux bénéficiant, par ailleurs, d'une exonération de cotisations sociales au titre :

- des créations d'emplois dans les zones de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones de revitalisation rurale (ZRR) ;

- de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE) pour les douze premiers mois de leur nouvelle activité ;

- de la rémunération, directe ou par le biais d'une structure agréée, d'une aide à domicile destinée aux personnes âgées ou dépendantes ou d'un particulier les accueillant, ou au titre de la rémunération d'une aide à domicile, employée par les associations ou entreprises habilitées, pour remplacer les salariés agricoles absents ;

- des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté accueillies dans les centres d'hébergement agréés, comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

- du dispositif en faveur de certains employeurs des départements d'outre-mer et de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

- des embauches réalisées en contrat d'accompagnement dans l'emploi ;

- des embauches réalisées en contrat d'accès à l'emploi dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

- des embauches sous contrat de travail à durée indéterminée (CDI), du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008, par les groupements d'employeurs agricoles (ou des transformations de contrats à durée déterminée en CDI) ;

- des salariés employés par un établissement implanté en zone franche urbaine, par des organismes d'intérêt général ayant leur siège en ZRR ou par un établissement d'une entreprise exerçant une activité industrielle, commerciale ou artisanale qui s'implante, entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2011, dans un bassin d'emploi à redynamiser ;

- des salariés des jeunes entreprises innovantes de moins de 250 salariés créées avant le 31 décembre 2013.

- d'autre part, à poser un principe d'**absence d'exonération de ces cotisations**, en proscrivant les exonérations totales de cotisations patronales. Le 4^o du I de l'article 14 du présent projet de loi de financement complète, en effet, la définition des cotisations patronales AT-MP posée par l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale, en posant le principe qu'elles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, des exonérations totales de cotisations AT-MP demeureront toutefois, au titre des allègements ciblés de cotisations sociales, en faveur des arbitres et des juges sportifs, ainsi que des stagiaires.

Avec l'avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, six amendements de nature rédactionnelle ou de coordination.

Les mesures proposées par l'article 14 paraissent fondées, dès lors que l'objectif de ces cotisations consiste à responsabiliser les entreprises, en les incitant à renforcer la prévention. Elles s'inscrivent, en ce sens, dans la ligne de l'article 143 de la loi de finances pour 2007, qui a mis fin, à compter du 1^{er} janvier 2007, à l'exonération qui s'attachait jusqu'alors aux contrats d'apprentissage et de qualification. Ces exonérations ciblées faisant l'objet d'une compensation, **cet article devrait permettre à l'Etat de réaliser une économie de 150 millions d'euros en 2008.**

10. Une meilleure information sur le rescrit social dans le domaine agricole (article 16 bis)

L'article L. 725-24 du code rural pose, notamment, les principes du rescrit social dont peuvent bénéficier les cotisants affiliés auprès d'une caisse de mutualité sociale agricole (MSA).

Il dispose, ainsi, qu'un cotisant affilié auprès d'une **nouvelle caisse** de mutualité sociale agricole, à la suite d'un changement de lieu d'exploitation, peut se prévaloir d'une **précédente décision explicite prise par la caisse dont il relevait auparavant**, tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.

En outre, lorsque la caisse de mutualité sociale agricole entend modifier **pour l'avenir** sa décision, elle est tenue d'en **informer le cotisant**.

Adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, et avec l'avis favorable du gouvernement, **l'article 16 bis** prévoit que le décret en Conseil d'Etat qui définit les modalités d'application de l'article L. 725-24 du code rural devra notamment préciser « *les modalités de publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement* ».

Cet article vise ainsi à renforcer la sécurité juridique et la transparence, ce que votre rapporteur pour avis approuve. Il relève, à cet égard, que l'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale est bien plus précis que ne l'est l'article L. 725-24 du code rural.

D. L'AMÉNAGEMENT DE L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITÉ À LA CHARGE DES SOCIÉTÉS (ARTICLE 15)

L'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté sans modification par l'Assemblée nationale, aménage l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, définie par l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale.

La contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)

Ses principales caractéristiques

La C3S a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non-salariés.

D'après les dispositions de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, elle est acquittée par les sociétés commerciales au régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et agricoles afin de compenser les pertes de recettes subies par ces régimes du fait du développement de l'exercice sous forme sociale des professions artisanales et commerciales.

Elle a fait l'objet d'une réforme en 1995 destinée à augmenter son rendement (loi n° 95-885 du 4 août 1995 portant loi de finances rectificative pour 1995) : extension du champ de recouvrement, de l'assiette et augmentation du taux. L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale avait également modifié les dispositions relatives à la C3S, afin de sécuriser l'assujettissement des institutions financières et de prévoir l'assujettissement des mutuelles et des institutions de prévoyance, qui n'y étaient pas soumises jusqu'alors. L'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a également inclus, dans le champ des assujettis à la C3S, les organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle.

Son taux est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés redevables. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 760.000 euros.

Son recouvrement est assuré par le régime sociale des indépendants (RSI).

La répartition de son produit

En application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, le produit de la C3S est affecté au RSI, au prorata et dans la limite des déficits comptables résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune de ses branches.

Le cas échéant, le solde du produit de la C3S était jusqu'en 1998 réparti entre les autres régimes de non-salariés déficitaires, parmi lesquels le BAPSA. Aujourd'hui, ce solde est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) (loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel).

Ces montants de répartition sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

1. L'assujettissement de l'ensemble des personnes morales publiques, au titre de leurs activités concurrentielles

Le 1° de cet article tend à modifier le 4° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, afin d'**assujettir à la C3S l'ensemble des personnes morales de droit public**, alors qu'elles n'y étaient jusqu'alors assujetties que dans la mesure où elles étaient assujetties à la TVA en application de l'article 256 B du code général des impôts. Cet assujettissement ne vaudra toutefois que pour les **activités concurrentielles**, conformément à l'assiette de la C3S définie par l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale (chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculée hors taxes sur les chiffre d'affaires et taxes assimilées).

L'exposé des motifs du présent projet de loi indique que **la référence actuelle à l'assujettissement à la TVA en application de l'article 256 B du code général des impôts ne permet pas d'assujettir l'ensemble des organismes publics exerçant une activité concurrentielle.**

En effet, l'article 256 B du code général des impôts auquel se réfère aujourd'hui le 4° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale exonère de TVA les personnes morales de droit public pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions de concurrence. En outre, il ne les assujettit à la TVA pour des opérations limitativement énumérées¹. Ainsi, d'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, la Caisse des dépôts et consignations n'est pas assujettie à la TVA, tandis que d'autres personnes morales sont assujetties à la TVA en application d'autres dispositions du code général des impôts.

2. L'assujettissement des sociétés européennes et des sociétés coopératives européennes

Le 2° de l'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'assujettir à la C3S les **sociétés européennes**, au sens de l'article L. 229-1 du code du commerce et les **sociétés coopératives européennes**, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil, du 22 juillet 2003, relatif au statut de la société coopérative européenne. Le 3° apporte une modification de coordination avec cet ajout. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, il s'agirait de mesures préventives destinées à éviter tout contentieux sur le sujet.

E. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR DU MÉDICAMENT (ARTICLE 9)

L'article 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte plusieurs dispositions distinctes relatives au secteur du médicament.

¹ L'article 256 B dispose ainsi que ces personnes morales sont assujetties, en tout état de cause, pour les opérations suivantes : livraisons de biens neufs fabriqués en vue de la vente ; distribution de gaz , d'électricité et d'énergie thermique ; opérations des économats et établissements similaires ; transports de biens, à l'exception de ceux effectués par la Poste ; transports de personnes ; opérations des organismes d'intervention agricoles portant sur les produits agricoles et effectuées en application des règlements portant organisation commune du marché de ces produits ; organisation d'expositions à caractère commercial ; prestations de services portuaires et aéroportuaires ; entreposage de biens meubles ; organisation de voyages et de séjours touristiques ; diffusion ou redistribution de programmes de radiodiffusion ou de télévision ; télécommunications ; fourniture d'eau dans les communes d'au moins 3.000 habitants ou par les établissements publics de coopération intercommunale dont le champ d'action s'exerce sur un territoire d'au moins 3.000 habitants.

On rappellera que six taxes spécifiques concernent le secteur du médicament, dont cinq les laboratoires pharmaceutiques. L'impact de ces taxes est très significatif, puisqu'il représentait en 2006, dans le cas des industriels, 55 % de la charge liée à l'impôt sur les sociétés.

Les taxes perçues au profit des organismes de sécurité sociale

(en millions d'euros)

| Libellé de la taxe | Débiteur | Base légale | Rendement | | | |
|--|-------------|----------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | | | 2004 | 2005 | 2006* | 2007* |
| Contribution grossistes répartiteurs | Grossistes | CSS, art. L. 138-1 et suivants | 349 | 356 | 370 | 324 |
| Contribution à la charge des laboratoires non conventionnés (dite ONDAM) | Industriels | CSS, art. L. 138-10 et suivants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Contribution sur les dépenses de publicité | Industriels | CSS art. L. 245-1 et suivants | 185 | 226 | 230 | 235 |
| Contribution sur le chiffre d'affaires (à/c de 2004) | Industriels | CSS, art. L. 245-6 et suivants | 102 | 125 | 368 | 210 |
| Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux | Industriels | CSS, art. L. 245-5-1 et suivants | 2 | 4 | 6 | 6 |
| Contribution annuelle sur les ventes directes | Industriels | CSS, art. L. 245-6-1 | - | - | - | - |
| Total | | | 638 | 711 | 974* | 825* |

CSS : code de la sécurité sociale ; CSP : code de la santé publique

(*) Prévisions

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'emploi

Sur la période 2004-2006, on constate une hausse des contributions spécifiques affectant les industriels. En 2005 et 2006, ces sommes représentent environ 30 % et 49 % du montant total de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle.

La variation du produit de ces taxes est moins due aux évolutions structurelles qu'à des évolutions conjoncturelles. En effet, **trois modifications législatives sont intervenues au cours de cette période** :

- en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, un alourdissement des contributions pesant sur les industries pharmaceutiques par la modification du régime de taxation des dépenses de promotion des médicaments (effets 2004) et l'instauration d'une contribution exceptionnelle égale à 0,525 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les laboratoires pharmaceutiques en 2004 (acompte en 2004 et solde en 2005) ;

- en loi relative à l'assurance maladie, une augmentation des taux de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments (effets à compter de 2005), à laquelle s'ajoute la pérennisation et l'aménagement de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires (taux de 0,6 % et effets en 2005) ;

- en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, l'application d'un taux exceptionnel pour le calcul de la contribution sur le chiffre d'affaires (1,76 % alors que ce taux s'élevait à 0,6 % en 2005).

Une nouvelle modification est intervenue lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, avec la fixation à 1 % d'un taux exceptionnel pour le calcul de la contribution sur le chiffre d'affaires. En outre a été instauré, par la loi du 26 février 2007 portant diverses mesures d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament, un **abattement** de la contribution calculé en fonction de l'effort de recherche et de développement mené par les industriels, pour un coût estimé à 50 millions d'euros.

La taxe sur le chiffre d'affaires supportée par les grossistes-répartiteurs connaît une tendance à la baisse, seule la **contribution exceptionnelle** dite de « régulation », prévue par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, faisant progresser le rendement de cette taxe en 2006.

1. Le transfert des taxes pharmaceutiques et des pénalités aux URSSAF

Cet article transfère, tout d'abord, le recouvrement de certaines remises et pénalités, aujourd'hui assuré par l'ACOSS, aux URSSAF désignées par le directeur de l'ACOSS (1° à 4° du I). Ceci vise à recentrer l'ACOSS sur sa mission de tête de réseau des URSSAF. Quatre remises ou pénalités sont ainsi concernées :

- la remise demandée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) aux laboratoires exploitant un ou plusieurs médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation ;

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

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

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

Ces mesures n'appellent pas de remarques particulières.

2. La rectification de certaines incohérences rédactionnelles

L'article 9 du présent projet de loi de financement procède, ensuite, à différentes rectifications.

D'une part, il modifie la rédaction de l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que le produit de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments est réparti entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Haute autorité de santé (HAS), qui n'était pas visée jusqu'à présent, alors que l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale dispose qu'elle reçoit 10 % du produit de cette taxe.

D'autre part, il prévoit (b du 8° du I) de corriger une incohérence rédactionnelle relevée par la Cour des comptes à l'article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale, qui harmonise la définition des dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution, en visant uniquement les titres I^{er} et III de la liste des médicaments remboursables.

Ces modifications n'appellent pas de remarques.

3. Une meilleure prise en compte de la situation des entreprises pour le paiement des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et de promotion des dispositifs médicaux

L'article 9 propose ensuite plusieurs modifications destinées à améliorer la prise en compte de la situation des entreprises, au regard du paiement des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et de promotion des dispositifs médicaux.

Trois mesures sont ainsi proposées :

- l'aménagement des règles d'assujettissement et de calcul des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et de promotion des dispositifs médicaux, qui seraient assises sur les charges comptabilisées au cours « *du ou des exercices clos depuis la dernière échéance* », et non plus sur les charges comptabilisées au cours du seul dernier exercice clos. En effet, la rédaction actuelle des articles L. 245-2, ne prend pas en compte le fait que l'entreprise peut être conduite à clôturer plusieurs exercices comptables entre deux échéances de versement de la contribution, puisque seules les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos sont intégrées pour le calcul de ces contributions ;

- la possibilité de moduler l'abattement forfaitaire de 50.000 euros sur le montant de la contribution due, selon des modalités qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de la durée de l'exercice ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution, lorsque celle-ci est différente de 12 mois ;

- la possibilité, pour des « *entreprises appartenant à un groupe* » de faire bénéficier à d'autres filiales du groupe la part des abattements de 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des spécialités génériques et des médicaments orphelins, qu'elles n'ont pas pu utiliser parce que leurs dépenses de promotion sont supérieures à l'assiette de la contribution. Les modalités de ce dispositif seront également fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ceci vise à prendre en compte le cas de certaines filiales de groupes pharmaceutiques qui se sont spécialisées dans l'une ou l'autre de ces catégories de médicaments, et qui voient souvent le montant des abattements excéder les dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces mesures, qui vont dans le sens d'une meilleure prise en compte de la situation des entreprises pharmaceutiques.

4. La réduction des marges des grossistes-répartiteurs

Initialement, le II de l'article 9 proposait d'instaurer une contribution exceptionnelle due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques. Cette contribution, qui devait être assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2008 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste de spécialités pharmaceutiques remboursables, aurait dû rapporter 50 millions d'euros.

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a toutefois supprimé cette contribution, qui serait remplacée par une réduction, pour un montant global équivalent, des marges des grossistes-répartiteurs. Le gouvernement a indiqué que cette mesure d'ordre réglementaire devrait produire des économies dès le 1^{er} janvier 2008 et se traduire par une baisse des prix de vente des produits de santé qui bénéficiera aux assurés.

On rappellera que, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale (rapport de septembre 2006), en 2005, en moyenne, **71 % du prix public hors taxes (PPHT) des médicaments revenaient aux industriels, 23 % aux pharmaciens et 6 % aux grossistes**. En considérant le prix public TTC et en incluant **les marges arrière** – estimées par le HCAAM à 300 millions d'euros –, la répartition est sensiblement modifiée : 66 % pour les industriels, 25 % pour les pharmaciens, **3 % pour les grossistes** et 6 % pour l'Etat.

D'après les informations transmises à votre rapporteur pour avis, la réduction des marges des grossistes devrait, en partie, être répercutée sur les marges des pharmaciens.

5. Le maintien à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques

Le III de l'article 9 maintient à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

On rappellera que la contribution est due par les entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou des spécialités inscrites sur une liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Elle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.

Le taux de la contribution est fixé à 0,6 %. A titre exceptionnel, ce taux a été fixé à 1,76 % pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006 et à 1 % pour 2007.

Le texte initial prévoyait de fixer le taux de cette contribution à 1 % mais l'Assemblée nationale a décidé, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de **maintenir à ce taux de 1 % un caractère exceptionnel.**

Votre rapporteur pour avis considère que les variations de cette taxe au cours des années passées ont eu un effet négatif en terme d'attractivité de la France auprès des entreprises du médicament. Il est donc réservé sur la nécessité de maintenir un « taux normal » et de fixer tous les ans un taux exceptionnel.

6. La suppression d'un abattement existant

Le III *bis* de l'article 9 du présent projet de loi de financement abroge, ensuite, l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, qui instaurait un abattement sur la contribution des laboratoires assise sur leur chiffre d'affaires.

En application de l'article L. 245-6-1 précité, cet abattement de contribution est égal à la somme :

- d'une part égale à 1,2 % des dépenses de recherche exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution sur le chiffre d'affaires est due ;

- d'une autre part égale à 40 % de la différence entre ces dépenses et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix à

la consommation hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes. Cette part est appelée « part en accroissement ».

Le coût de cette dépense fiscale est évalué par l'exposé des motifs à **50 millions d'euros** en année pleine. Le gouvernement justifie cette abrogation par la réforme du crédit d'impôt recherche prévue en projet de loi de finances pour 2008, qui devrait bénéficier aux laboratoires pharmaceutiques à hauteur de 500 millions d'euros, selon l'exposé des motifs du présent projet de loi.

Le crédit d'impôt recherche et les entreprises du médicament

Le dispositif actuel

Le dispositif du crédit d'impôt recherche a été fortement amélioré ces dernières années, notamment par les lois de finances pour 2004 et pour 2006. Grâce à ces deux lois de finances, toutes les entreprises qui exposent des dépenses de recherche, et non plus seulement celles qui exposent des dépenses de recherche en augmentation, peuvent bénéficier du crédit d'impôt. Ce dernier est égal à la somme :

- d'une « part en accroissement », égale à 40 % de la différence entre les dépenses de recherche exposées au cours de l'année et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes ;
- et d'une « part en volume » égale à 10 % des dépenses exposées au cours de l'année.

En outre, le montant du plafond du crédit d'impôt recherche a été fortement augmenté depuis 2004 passant de 6,1 millions d'euros par entreprise et par an à 8 millions d'euros puis 10 millions d'euros. Il vient d'être porté à 16 millions d'euros pour les dépenses de recherche exposées à compter du 1^{er} janvier 2007.

Enfin, de nouvelles dépenses éligibles au dispositif ont été introduites comme les frais de défense des brevets (qui ne sont plus plafonnées à compter du 1^{er} janvier 2006) et les dépenses de veille technologiques (limitées à 60.000 euros par an).

D'après les données communiquées à votre rapporteur spécial par le ministère de l'économie, des finances et de l'emploi, les entreprises du secteur « pharmacie, parfumerie et entretien » représentaient 3,2 % des déclarants en 2004, 9,42 % des dépenses de R&D déclarées et 7,9 % du CIR. Ces données sont toutefois à prendre avec précaution, les sociétés mères de groupes étant recensées dans la catégorie « conseil et assistance aux entreprises », quelle que soit leur activité.

Les principaux traits de la réforme proposée en projet de loi de finances

La réforme proposée par l'article 39 du projet de loi de finances pour 2008 consiste à supprimer la part en accroissement et à augmenter corrélativement le taux du crédit d'impôt afin de rendre ce dispositif plus simple, plus efficace et plus attractif. Par ailleurs, afin d'étendre l'assiette du crédit d'impôt à 100 % des dépenses de recherche engagées par les entreprises, le plafond de 16 millions d'euros est supprimé. Ainsi, le taux du crédit d'impôt est porté à 30 % jusqu'à 100 millions d'euros de dépenses de recherche et 5 % au-delà. Une majoration du taux du crédit d'impôt (50 %) est également prévue pour les entreprises qui bénéficient pour la première fois du crédit d'impôt et pour celles qui n'en ont pas bénéficié depuis 5 ans.

Votre rapporteur pour avis comprend l'argumentation du gouvernement tendant à rapprocher l'avantage futur lié à la refonte du crédit d'impôt recherche avec l'abattement actuel. Il observe, toutefois, que la nouvelle formule du crédit d'impôt recherche, si elle devait être adoptée en l'état par le Parlement, bénéficierait aux dépenses de recherche exposées à compter du 1^{er} janvier 2008, en application du V de l'article 39 précité. Or, les dépenses de recherche prises en compte dans l'abattement sont celles exposées au titre de l'année 2007.

Une abrogation sans autre précision du dispositif soulève donc un problème de lisibilité et de stabilité fiscale pour les entreprises, qui ont nécessairement intégré cet abattement dans leur plan annuel de développement. En outre, on observera que cet abattement est très récent, puisqu'il a été institué, dans le cadre des mesures négociées par le conseil stratégique des industries de santé, par la loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.

Dans un souci de « lisibilité fiscale », votre rapporteur pour avis vous proposera donc d'abroger cet article à compter des dépenses de recherche supportées depuis le 1^{er} janvier 2008.

7. La fixation à 1,4 % de la clause de sauvegarde sur le chiffre d'affaires

Enfin, le IV de l'article 9 fixe à 1,4 %, pour 2008, le « taux K » qui est défini dans l'encadré ci-après. Les industriels rencontrés par votre rapporteur pour avis lors de ses auditions préparatoires à l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ont relativisé la portée de ce chiffre, estimant que, s'il l'on prenait en compte l'effet des franchises et du déremboursement de certains médicaments à compter du 1^{er} janvier 2008, le taux K réel avoisinait les 3,2 % en 2008, soit un chiffre proche de l'ONDAM.

Le « taux K »

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une clause permanente de sauvegarde applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables sauf à celles ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (article L. 138-10 du code de la sécurité sociale). Cette clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution par ces entreprises lorsque leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France au titre des spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de l'année en cours et des années précédentes. Ce taux est appelé « taux K ». Les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé, qui s'acquittent du paiement de remises conventionnelles, sont exonérées du paiement de cette contribution.

A l'origine, le taux de la contribution variait en fonction du dépassement du taux de progression de l'ONDAM. Le montant global calculé était ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères :

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

Au titre de l'année 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. Cet article tirait donc les conséquences du nouveau mode de calcul de l'ONDAM. Retenir l'évolution entre l'objectif de 1999 et l'objectif de 2000 aurait élevé le seuil de déclenchement à 4,5 % au lieu de 2,5 %. Mais le gouvernement de l'époque avait ainsi accentué le caractère arbitraire de cette contribution en retenant le taux de 2 % qui n'avait plus aucun lien avec l'ONDAM.

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a remplacé le mécanisme existant par un mécanisme de récupération linéaire en fixant un barème de taxation dont chaque taux (50 %, 60 % et 70 %) s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires par rapport au taux de l'objectif K (respectivement inférieur à 0,5 %, compris entre 0,5 et 1 % et supérieur à 1 %). En outre, pour le seuil de déclenchement de la contribution, il a substitué au taux de progression de l'ONDAM un taux de progression fixé à 3 % pour 2001.

L'article 23 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a défini un taux K spécifique fixé à 3 % pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002, soit le même taux que celui fixé l'année précédente par la loi de financement de la sécurité sociale. Le taux K a été fixé à 4 % en 2003 et à 3 % en 2004. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fixé le taux K applicable en 2005, 2006 et 2007 à 1 %.

La fixation du « taux K » revêt, dans ce cadre, une réelle importance, en influant sur la négociation des remises conventionnelles entre le CEPS et l'industrie pharmaceutique.

Source : commission des finances

F. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES

1. Les nouvelles dérogations apportées au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales (article 16)

Le tableau qui précède, relatif au coût global des exonérations de cotisations sociales, intègre notamment de nouvelles mesures d'exonération de cotisations sociales non compensées.

L'article 16 du présent projet de loi de financement propose, en effet, de **faire déroger, à compter du 1^{er} janvier 2007, cinq dispositifs au principe de compensation** des exonérations de charges prévu par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale :

- l'exonération des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les **arbitres et juges sportifs** lorsque leur montant n'excède pas, pour une année civile, 14,5 % du plafond de la sécurité sociale. Le coût de ce dispositif est évalué à 23 millions d'euros en 2007 et à 35 millions d'euros en 2008 ;

- l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, sous certaines conditions et limites, de l'avantage résultant de **l'attribution gratuite d'actions aux salariés et mandataires sociaux**. La perte de recettes serait évaluée à 33 millions d'euros pour 2008 ;

- la perte de recettes résultant du **transfert, du régime général (ou agricole) au régime de la fonction publique, des maîtres et documentalistes** liés à l'Etat par agrément ou par qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés sous contrat. Cette mesure **s'apparente davantage à un changement de périmètre qu'à une exonération** ;

- l'exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales dont bénéficient l'aide financière du comité d'entreprise et l'aide financière de l'entreprise versées en faveur des salariés dans le cadre des chèques emploi-service universels (CESU) préfinancés, en vue d'aider au financement de services à la personne, de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes dépendantes, dans la limite de 1.830 euros par an et par salarié. La perte de recettes est évaluée, pour le régime général, à 25 millions d'euros en 2007 et à 30 millions d'euros en 2008 ;

- l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des sommes allouées au titre du **supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet**. Le coût de ce dispositif n'est pas évalué.

L'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et avec l'avis favorable du gouvernement, a toutefois **supprimé les dérogations proposées**

au titre de l'attribution gratuite d'actions aux salariés et mandataires sociaux et au titre du supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet.

Notre collègue député Yves Bur justifiait cette suppression par le fait que les attributions gratuites d'actions, comme le supplément d'intéressement, le supplément de réserve spéciale de participation et l'intéressement de projet, qui ne présentent pas de caractère aléatoire, doivent être traités comme des revenus d'activité, leur exonération de cotisations devant lors être compensée par l'Etat. Cette position est conforme avec la démarche adoptée par votre commission dans le cadre de l'article 9 E.

La commission a adopté une position de principe sur ce dernier article, en estimant que les attributions d'actions gratuites se rattachaient à l'épargne et non aux salaires, et souhaite obtenir, en séance publique, des compléments d'information de la part du gouvernement.

Il en va de même pour le supplément d'intéressement. Il est prévu aujourd'hui que ces sommes ne doivent se substituer à aucun des éléments de rémunération antérieurs donnant lieu à cotisations, ce qui justifie qu'elles puissent être exclues du champ de la compensation des pertes de recettes subies par la sécurité sociale. En outre, les services du ministère de l'économie, des finances et de l'emploi ont indiqué à votre rapporteur pour avis que le calcul de la compensation serait très difficile à mettre en œuvre, en l'absence de données sur le supplément d'intéressement versé par les entreprises.

Dès lors, par cohérence, il est proposé de **rétablir l'article 16 dans sa version initiale**, afin de ne pas compenser à la sécurité sociale ces « pertes de recettes », qu'il n'y a pas lieu de considérer comme des niches sociales sur salaires.

2. L'approbation du montant de la compensation des exonérations ciblées (article 17)

a) Les données d'exécution relatives aux exercices 2006 et 2007 amènent à douter de la crédibilité du montant prévu (3,04 milliards d'euros)

L'article 17 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale porte approbation du montant correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale : celui-ci est fixé à 3 milliards d'euros pour 2008. L'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe plus précisément ce montant des compensations budgétaires versées par l'Etat à **3.045 millions d'euros**, soit un montant en augmentation apparente par rapport à 2007, puisque l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fixait à 2,9 milliards d'euros le montant de la compensation pour cet exercice.

On doit toutefois observer que **le montant approuvé en loi de financement s'est révélé insuffisant pour faire face aux besoins au cours des années 2006 et 2007**. Les données de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement font ainsi ressortir que :

- la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, au titre de la compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales, s'est **accrue de près d'un milliard d'euros** au cours de l'exercice 2006. Cette dette a toutefois été apurée le 5 octobre 2007, dans le cadre du remboursement de 5,079 milliards d'euros opéré par le biais de la Caisse de la dette publique, précédemment mentionné ;

- **les crédits inscrits en loi de finances pour 2007, soit 2,9 milliards d'euros, se sont révélés très nettement insuffisants** pour faire face aux besoins, puisque, selon les termes de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement, *« compte tenu des prévisions des régimes, les insuffisances budgétaires sur 2007 devraient atteindre 1,1 milliard d'euros »*.

D'après l'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le montant de la compensation proposé par l'article 17 tient compte des prévisions du gouvernement sur l'évolution des différents dispositifs et intègre l'impact financier de certaines mesures, qui devraient se traduire par une économie de 511 millions d'euros.

Les mesures tendant à réduire le coût des exonérations ciblées

D'après l'annexe 5 au présent projet de loi de financement, l'évolution prévue du coût des exonérations ciblées intègre cinq mesures figurant en projet de loi de finances ou en projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 :

- l'intégration progressive des exonérations prestataires agréés de services à la personne intervenant auprès de publics non fragiles dans les allègements généraux (- 20 millions d'euros) ;

- les modifications des exonérations ZRR et ZRU visant à introduire un barème dégressif (- 16 millions d'euros) ;

- la suppression de l'exonération spécifique aux contrats de professionnalisation et rattachement aux allègements généraux (- 140 millions d'euros) ;

- la suppression des exonérations sur les cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (- 150 millions d'euros sur les exonérations ciblées compensées) ;

- la suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en ZRR (- 185 millions d'euros). Cette disposition n'a pas été adoptée en l'état par l'Assemblée nationale et l'économie devrait donc être très sensiblement inférieure.

Ces cinq mesures devraient donc permettre de réaliser une économie de 511 millions d'euros.

Source : à partir des données de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Votre rapporteur pour avis s'étonne des prévisions d'évolution spontanée du coût de certains dispositifs, qui permettent, *in fine*, de ramener le coût prévisionnel des exonérations ciblées de 4.066 millions d'euros en 2007 à 3.045 millions d'euros en 2008. Compte tenu des données relatives à l'exécution des années passées ou en cours, **on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une sous-budgétisation**, destinée à assurer le respect de la norme de dépense.

En outre, il souhaite savoir si le gouvernement entend, dans le cadre du **projet de loi de finances rectificative** pour 2007 qui sera examiné par le Parlement d'ici la fin de l'année 2007, prendre en charge les insuffisances constatées au titre de cet exercice, soit 1,1 milliard d'euros.

Enfin, il convient de relever que le montant fixé par l'article 17 n'est plus pertinent compte tenu des mesures adoptées par l'Assemblée nationale à l'article 12, qui conduisent à majorer ce montant d'environ 150 à 185 millions d'euros, suivant les estimations retenues par le ministère de l'économie, des finances et de l'emploi.

Ces modifications ayant reçu l'approbation du gouvernement, qui a toutefois omis d'apporter les modifications de coordination qui s'imposaient à cet article, votre rapporteur pour avis vous proposera de fixer le montant de la compensation à 3,2 milliards d'euros. Il appartiendra, par ailleurs, au gouvernement d'en tirer les conséquences lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2008.

b) Le montant retenu par l'article 17 ne couvre qu'une partie des exonérations de cotisations sociales

On observera, en outre, que le montant pris en compte par l'article 17 du présent projet de loi de financement ne couvre qu'une très faible partie des exonérations de cotisations sociales faisant l'objet d'une compensation. En effet, **deux types d'exonérations donnant lieu à compensation ne sont pas pris en compte** dans ce montant : les exonérations générales de cotisations sociales patronales, compensées depuis 2006 par le produit de taxes affectées, et les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, complémentaires ou choisies, compensées selon les mêmes modalités par l'article 28 du projet de loi de finances pour 2008.

Le tableau qui suit retrace le coût global des exonérations de cotisations sociales :

Coût global des exonérations de cotisations sociales

(en millions d'euros)

| | | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|--|---------------|---------------|---------------|
| Mesures compensées | exonérations à vocation générale <i>(hors heures supplémentaires)</i> | 19 490 | 21 532 | 22 721 |
| | exonérations des heures supplémentaires et complémentaires | | 273 | 4 125 |
| | exonérations ciblées | 3 415 | 4 066 | 3 045 |
| | Total mesures compensées | 22 905 | 25 871 | 29 891 |
| Mesures non compensées | Total mesures non compensées | 2 699 | 2 808 | 2 465 |
| Coût total des exonérations de cotisations sociales | | 25 604 | 28 679 | 32 356 |

Source: à partir des données de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

On peut donc s'interroger sur la **pertinence du périmètre pris en compte** par l'article 17 du présent projet de loi de financement. La loi de financement pour 2006 faisait ainsi référence à l'ensemble des exonérations compensées, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ne portait, comme le projet de loi actuel, que sur les exonérations ciblées.

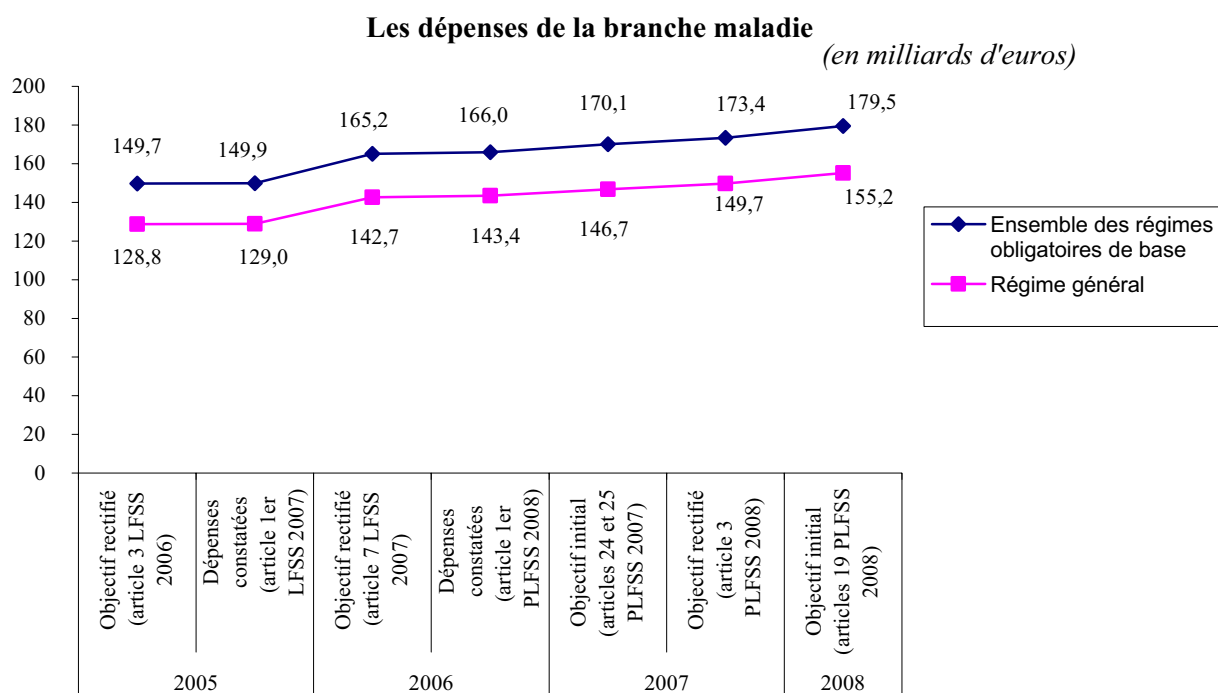
On retiendra toutefois du tableau qui précède la très forte croissance des dispositifs généraux d'exonération de cotisations sociales (réduction générale et exonérations sur les heures supplémentaires), alors que, selon les estimations présentées par le gouvernement, le coût des exonérations ciblées et celui des exonérations non compensées devraient décroître.

II. LA BRANCHE MALADIE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2008

1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 49)

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie entre 2005 et 2008, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'une part, pour le seul régime général d'autre part. Il montre que les réalisations de dépenses se sont révélées supérieures aux objectifs fixés ainsi que la croissance continue des dépenses de la branche maladie sur cette période.



Source : commission des finances

S'agissant des objectifs de dépenses fixés par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- l'article 49, dans sa rédaction initiale, fixait l'objectif de la branche maladie pour 2008 à **179,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**. L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative du gouvernement, portant l'objectif de la branche maladie à **179,5 milliards**, afin de tenir compte d'un amendement adopté à l'article 9 du présent projet de loi de financement supprimant la

contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires des grossistes-répartiteurs et des laboratoires et prévoyant de la remplacer par une baisse des marges. D'après le gouvernement, cette mesure devrait produire des économies dès le 1^{er} janvier 2008. L'objectif de la branche maladie est ainsi en progression de + 8,1 % par rapport aux dépenses constatées en 2006 et de + 3,6 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007 ;

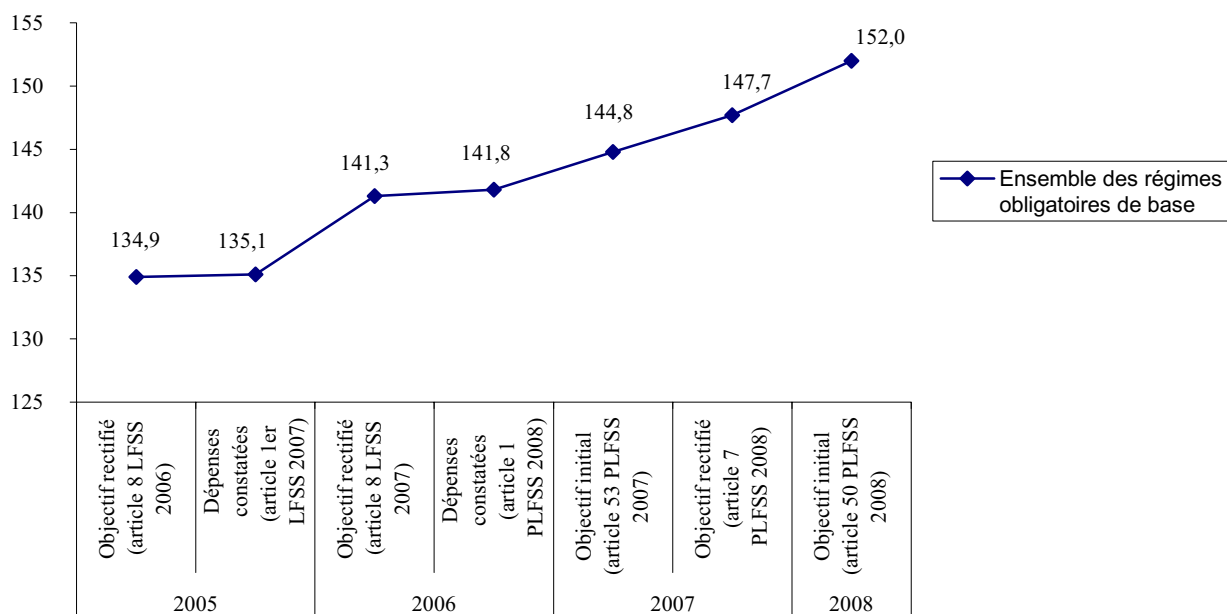
- **l'article 49** fixe également l'objectif de la branche maladie pour 2008 à **155,2 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de + 8,2 % par rapport aux dépenses constatées en 2006 et de + 3 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007.

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (article 50)

Le graphique suivant montre la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre les dépenses constatées pour 2005 et les dépenses prévues pour 2008 par le présent projet de loi de financement.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2007, en 2006, **les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à**

141,8 milliards d'euros, soit une progression de 3,1 % par rapport à 2005. Ce taux d'évolution est le plus bas qui ait été constaté depuis 1997.

L'objectif fixé pour 2007, soit 144,8 milliards d'euros, serait dépassé de 2,9 milliards d'euros. Ce dépassement résulte :

- d'une part, de la révision à la hausse des dépenses 2006, qui, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de juillet 2007, « *a rendu d'emblée très difficile la réalisation de l'ONDAM 2007, déjà très ambitieux* » ;

- d'autre part, de la croissance des dépenses maladie (+ 4,2 %), en nette augmentation par rapport à 2006, année qui avait été marquée par la croissance la plus modérée des dépenses d'assurance maladie (+ 3,1 %).

La reprise de la croissance des dépenses d'assurance maladie serait ainsi essentiellement due à la croissance de soins de ville, qui avait connu un net infléchissement entre 2004 et 2006. D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2007, cette tendance tiendrait à deux éléments :

- **l'épuisement de l'effet des mesures qui avaient contribué au ralentissement de la progression de la consommation des soins de ville :** mesures relatives aux indemnités journalières, plan médicament, participation forfaitaire de un euro, mise en place du parcours de soins ;

- **l'accélération des dépenses de soins de ville depuis un an :** selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, sur les huit premiers mois de 2007, les remboursements de soins de ville du régime général ont augmenté de 5,1 % par rapport à la période correspondante de 2006. Parmi les principaux postes de dépenses, figurent les dépenses de médicaments (+ 4,1 %), les honoraires médicaux (+ 3,8 %) et les indemnités journalières (+ 5,6 %). Sur l'ensemble de l'année 2007, la consommation de soins de ville serait en augmentation de 4,1 %.

Le sous-objectif « soins de ville » qui figurait dans la loi de financement pour 2007 serait ainsi dépassé de 2,8 milliards d'euros.

Quant aux dépenses des établissements de santé publics et privés, elles augmenteraient de 3,6 % en 2007. L'ONDAM hospitalier, fixé à 65,6 milliards d'euros en loi de financement pour 2007 serait ainsi respecté.

L'article 50 du présent projet de loi de financement propose de fixer l'ONDAM pour 2008 à 152 milliards d'euros¹, soit une progression de dépenses de 2,8 % des dépenses à champ constant.

¹ L'article 50 initial du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixait un ONDAM pour 2008 de 152,1 milliards d'euros. L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative du gouvernement, rapportant l'ONDAM pour 2008 à 152 milliards d'euros, afin de tenir compte d'un amendement précédemment adopté diminuant l'objectif de dépenses de soins de ville de 100 millions d'euros.

Dès lors pour l'année 2008, l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ses sous-objectifs sont fixés comme suit.

Fixation de l'ONDAM et de ses sous-objectifs en 2007 et 2008

(en milliards d'euros)

| | Objectifs de dépenses fixés pour 2007 | Objectifs de dépenses rectifiés pour 2007 | Objectifs de dépenses fixés pour 2007 revues en tenant compte du nouveau périmètre de l'ONDAM | Objectifs de dépenses fixés pour 2008 (article 50 PLFSS 2008) | Evolution (4) / (1) | Evolution (4) / (3) |
|--|---------------------------------------|---|---|---|---------------------|---------------------|
| | (article 99 LFSS 2007) | (article 7 PLFSS 2008) | | | % | % |
| | 1 | 2 | | 3 | 4 | |
| Dépenses de soins de ville | 66,7 | 69,4 | 69,3 | 70,6 ^a | 5,8 | 1,9 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 47,5 | 47,4 | 47,4 | 48,9 | 2,9 | 3,2 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | 18,3 | 18,2 | 18,2 | 18,8 | 2,7 | 3,3 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 4,7 | 4,8 | 5 | 5,4 | 14,9 | 8 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et service pour personnes handicapées | 7 | 7 | 7 | 7,4 | 5,7 | 5,7 |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 28,6 | 0 |
| Total | 144,8^b | 147,7 | 147,9 | 152 | 4,9 | 2,8 |

^a Ce sous-objectif était fixé à 70,7 milliards d'euros pour 2008 dans le projet de loi de financement initialement présenté par le gouvernement.

^b En raison des arrondis approximatifs pratiqués par la loi de financement de la sécurité sociale qui fixe le montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie en milliards d'euros, et non pas en millions d'euros, le total de l'ONDAM pour 2007 (144,8 milliards d'euros) fixé par l'article 99 de la LFSS 2007 ne correspond pas à la somme des sous-objectifs en milliards d'euros (144,9 milliards d'euros).

Source : article 50 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, après examen à l'Assemblée nationale

L'annexe 7 du présent projet de loi de financement précise que **l'ONDAM 2008 tient compte :**

- du **dépassement prévu de l'ONDAM pour l'année 2007 ;**

- de **l'impact pour 2007 et 2008 des mesures de redressement proposées** par le gouvernement le 4 juillet 2007 à la suite du déclenchement de la procédure d'alerte, qui devraient permettre 417 millions d'euros d'économies en 2007 et 1,15 milliard d'euros de rendement en « année pleine » ;

- **de l'effet des mesures proposées** dans le cadre du présent projet de loi de financement.

L'annexe 9 du présent projet de loi de financement détaille ces mesures qui doivent permettre de contenir la progression des dépenses d'assurance maladie pour 2007, entraînant des **économies de 1,9 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes de base** et de près de 1,6 milliard d'euros pour le régime général.

**Impact des mesures nouvelles 2008 sur les comptes 2008
du régime général de l'assurance maladie**

(en millions d'euros)

| Mesures d'économie nettes sur les dépenses d'assurance maladie (intégrées à l'ONDAM 2008) | 1.644 |
|--|--------------|
| Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux | 723 |
| Maîtrise médicalisée | 543 |
| Mesures structurantes proposées par l'UNCAM | 86 |
| Calcul des indemnités journalières | 60 |
| Plan médicaments | 120 |
| Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis | 26 |
| Dispositif d'entente préalable | 43 |
| Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD | 43 |

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Votre rapporteur pour avis note ainsi que l'ONDAM 2008 est :

- **plus réaliste** que celui fixé pour 2007, dans la mesure où il représente une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 2,8 %, ou 3,4 % si l'on intègre l'effet des franchises (soit une moindre dépense de 850 millions d'euros), contre 2,5 % en 2006 ;

- **plus équilibré**, dans la mesure où l'objectif de dépenses « soins de ville » est fixé à 1,9 %, ou 3,1 % si l'on intègre l'effet des franchises, soit un objectif de dépenses proche de l'ONDAM « hospitalier », fixé à 3,2 %.

B. LE RENFORCEMENT DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

1. Le renforcement de la procédure d'alerte (article 25)

L'article 25 du présent projet de loi de financement vise à renforcer la procédure d'alerte instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹, en permettant :

- d'une part, une **meilleure articulation de la politique conventionnelle de négociation tarifaire et la réalisation de l'ONDAM** en cours d'année ;

- d'autre part, en **associant les organismes d'assurance complémentaire** et en renforçant **la coordination des trois caisses nationales d'assurance maladie au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)**.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Il est chargé **d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement (ONDAM)**.

Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à **un seuil, fixé par décret, de 0,75 % de l'ONDAM**. Le risque est alors notifié au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des **mesures de redressement**. Le comité rend un **avis sur l'impact financier de ces mesures** et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

La procédure d'alerte a été **déclenchée pour la première fois le 29 mai 2007**, l'évolution des dépenses de santé laissant craindre alors un dépassement de 2,6 milliards d'euros de l'ONDAM 2007.

a) Une meilleure articulation de la politique conventionnelle de négociation tarifaire et de la réalisation de l'ONDAM

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale prévoit que **les tarifs des honoraires**, des rémunérations et des frais accessoires dus aux professionnels de santé, par les assurés sociaux, sont **fixés par voie conventionnelle entre l'UNCAM et les représentants des professionnels concernés**.

En vertu de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, ces conventions sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et sont **réputées approuvées si ces derniers n'ont pas fait connaître aux signataires**, dans un délai de vingt-et-un jours, qu'ils s'opposent à leur approbation.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le I de l'article 25 du présent projet de loi de financement vise à introduire un nouvel article L. 162-14-1-1 dans le code de sécurité sociale prévoyant un **délaï de six mois avant l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation des tarifs**, des honoraires ou des frais accessoires des professionnels de santé. Sont concernées les conventions signées entre, d'une part, l'UNCAM et, d'autre part, les représentants des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, ainsi que des directeurs des entreprises de transports sanitaires.

Le nouvel article L. 162-14-1-1, qu'il est proposé d'introduire dans le code de la sécurité sociale, prévoit, par ailleurs, **la suspension automatique de l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation tarifaire en cas de déclenchement de la procédure d'alerte**. L'entrée en vigueur des conventions tarifaires est alors reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante, sauf si un nouvel accord conventionnel propose une date plus précoce compatible avec la situation financière de l'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, trois amendements à cet article :

- le premier, avec l'avis favorable du gouvernement, qui prévoit que l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire **ne pourra être suspendue que si le risque sérieux de dépassement de l'ONDAM est dû à l'évolution des dépenses de soins de ville**. D'après les données recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère chargé de la santé, la portée de cet amendement serait limitée dès lors que le dépassement de l'ONDAM a, jusqu'à présent, toujours été dû à l'évolution des dépenses de soins de ville ;

- un deuxième, avec l'avis de sagesse du gouvernement, qui prévoit **la consultation des partenaires conventionnels avant la suspension de l'entrée en vigueur des mesures de revalorisations tarifaires** ;

- un troisième, avec l'avis favorable du gouvernement, qui vise à soumettre, pour avis, à l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (UNOCAM), toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions qui visent à mieux prévenir les risques, ou à éviter l'aggravation, du dépassement de l'objectif de dépenses d'assurance maladie et ainsi éviter que ne se reproduise la situation du mois de juillet 2007. Alors que la procédure d'alerte venait d'être déclenchée, le 29 mai 2007, et que les caisses nationales d'assurance maladie et le gouvernement présentaient

plusieurs mesures de redressement, entrant en vigueur, le 1^{er} juillet 2007, l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, prévoyant notamment la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes à 22 euros.

De façon générale, votre rapporteur pour avis estime important le renforcement de la procédure d'alerte, mécanisme nécessaire si l'on veut donner un sens à la notion de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie et rendre plus crédible l'objectif de dépenses voté chaque année par le Parlement.

b) Une association des organismes complémentaires à la procédure d'alerte et une meilleure coordination des caisses nationales d'assurance maladie

Le II de l'article 25 du présent projet de loi de financement prévoit, par ailleurs, qu'en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM, **le comité d'alerte doit désormais également alerter l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (UNOCAM) et lui notifier** tout risque de dépassement de l'objectif de dépense, comme il le fait déjà s'agissant du Parlement, du gouvernement et des caisses nationales d'assurance maladie. **L'UNOCAM proposera**, comme les caisses d'assurance maladie, **des mesures de redressement**.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces mesures qui tendent à mieux associer, à la maîtrise des dépenses de santé, les organismes d'assurance complémentaire, acteurs importants de la couverture de celles-ci.

Le II de l'article 25 du présent projet de loi de financement prévoit enfin que les **mesures de redressement** présentées par les caisses d'assurance maladie sont **transmises au comité d'alerte par l'UNCAM**, le but recherché étant une **meilleure coordination des trois caisses nationales d'assurance maladie** au sein de l'UNCAM.

2. L'extension de la mise sous accord préalable à l'ensemble des prescriptions médicales (article 26)

L'article 26 du présent projet de loi de financement propose **d'étendre à l'ensemble des prescriptions, y compris de transports en ambulance, la procédure de mise sous accord préalable**, prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et limitée aujourd'hui aux prescriptions d'arrêts de travail et de transport.

**La procédure de mise sous accord préalable
(article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)**

Cette procédure permet au **directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner la couverture des frais de transports ou le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical**, pour une durée maximale de **six mois**, dès lors que ses services constatent :

- le non-respect par le médecin des conditions prévues par les 2° et 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;

- un **nombre ou une durée de prescriptions d'arrêts de travail prescrits par le médecin et ouvrant droit au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- un **nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM.

Il est cependant prévu que, en **cas d'urgence** attestée par le médecin prescripteur, **l'accord préalable** de l'organisme débiteur des prestations n'est **pas requis** pour la prise en charge des frais de transport.

En outre, afin de garantir les droits de la défense et de s'assurer du bien-fondé de cette décision, il est prévu que la décision du directeur de la caisse intervient uniquement, d'une part, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et, d'autre part, après avis de la commission composée et constituée au sein de l'organisme local d'assurance maladie, prévue par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale inséré par l'article 13 du présent projet de loi, qui précise que des professionnels de santé prennent part à cette commission dès lors que la pénalité est prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé.

L'article 26 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit ainsi que le directeur de la caisse locale d'assurance maladie pourra déclencher cette procédure, dès lors que ses services constatent :

- un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées au sein du ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;

- un nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations, supérieur aux données moyennes constatées au sein du ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

Il est cependant prévu qu'en **cas d'urgence** attestée par le médecin prescripteur, **l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis** pour la prise en charge des frais induits par les prescriptions.

L'article 26 du présent projet de loi de financement étend enfin le dispositif de **sanctions financières** prévu à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, en cas d'« **obstacle volontaire à la procédure d'accord préalable** ». Selon l'exposé des motifs de cet article, il s'agit de sanctionner les médecins invoquant de façon systématique l'urgence pour ce soustraire à cette procédure.

Votre rapporteur pour avis est favorable à l'extension de cette procédure qui, selon les données recueillies auprès du ministère chargé de la santé, a permis, **en 2006, une économie de 23,1 millions d'euros**, ainsi qu'une **diminution des prescriptions des professionnels concernés**.

3. La subordination du remboursement des frais de transports effectués par les entreprises de taxi à la signature d'une convention avec l'organisme d'assurance maladie compétent (article 27)

L'article 27 du présent projet de loi de financement vise à **subordonner le remboursement des frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi à la signature d'une convention entre la dite entreprise et l'organisme local d'assurance maladie**.

Actuellement, seules les entreprises de transports sanitaires doivent conclure une convention nationale avec les organismes d'assurance maladie, l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale ne prévoyant, s'agissant des entreprises de taxi, que la possibilité de conclure des conventions fixant les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais.

Les conventions conclues entre les entreprises de taxi et l'organisme local d'assurance maladie devront être conformes à une **convention-type** établie par décision du directeur général de l'UNCAM. Elles **fixeront les tarifs** des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut bénéficier du **tiers-payant**.

Ces dispositions n'entreront en vigueur qu'après un délai de six mois à compter de la date de publication de la loi, date à laquelle les conventions en cours, conclues sur le fondement de l'article L. 322-5 du code de sécurité sociale, prendront fin.

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements, à l'initiative du gouvernement :

- un premier propose que la convention-type établie par l'UNCAM fasse l'objet d'une concertation avec les organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur ;

- le second vise à donner aux conventions une durée maximale de cinq ans.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure. D'après les données recueillies auprès du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, **les dépenses d'assurance maladie liées au remboursement de frais de transport** représentent un volume global de **2,2 milliards d'euros**, dont environ 30 % correspondent à des transports effectués par des entreprises de taxi. Sur dix ans, ce poste de dépenses a crû à un rythme de 8 % environ.

4. L'extension du dispositif de pénalités financières aux transporteurs sanitaires (article 34)

L'article 34 du présent projet de loi **étend aux fournisseurs et prestataires de service, le dispositif de pénalités financières**, instauré par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie¹, en cas d'abus ou de fraude. Jusqu'à présent, ce dispositif ne concernait que les professionnels, les établissements de santé et les assurés.

D'après le gouvernement, l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale ainsi modifié permettrait d'appliquer le dispositif aux **transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs et prestataires de service**.

Le dispositif actuel de pénalités financières prévu à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale

Le directeur de la caisse locale d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre **des professionnels de santé, des établissements et des assurés**.

Cette pénalité pourra être prononcée dans deux cas :

- dès lors que les personnes ou établissements visés **ne respectent pas les règles fixées par le code de la sécurité sociale** et que la violation de ces dispositions a conduit à un remboursement ou une prise en charge indus, ou à une demande de remboursement ou de prise en charge de l'assurance maladie ;

- en cas de **refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel** les éléments issus de chaque acte ou consultation.

Cette pénalité ne peut être prononcée qu'après avoir reçu l'avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de la caisse locale. Il est précisé que, lorsqu'une sanction envisagée concerne un professionnel de santé, un représentant de la même profession doit participer à cette commission.

Le texte prévoit que **le montant** de la pénalité est déterminé en fonction de la **gravité des faits**, dans la limite de **deux fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale**. En cas de récidive, le montant de la pénalité est doublé.

Afin de garantir les **droits de la défense**, l'organisme d'assurance maladie est tenu de notifier à la personne concernée le montant de la sanction envisagée ainsi que les faits qui lui sont reprochés, afin de lui permettre de présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois, au terme duquel la sanction peut, le cas échéant, être prononcée par le directeur de la caisse. La mesure prononcée doit être motivée pour les mêmes raisons de garantie des droits de la défense.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, sous-amendé par le gouvernement, tendant à modifier l'article L. 6313-1 du code de la santé publique relatif aux amendes encourues en cas de transports réalisés avec des véhicules non agréés. Aujourd'hui fixé à

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 sur l'assurance maladie.

3.750 euros, **le montant de l'amende est porté à 8.000 euros**, soit trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Ces dispositions devraient donc être de nature à renforcer la lutte contre les abus et les fraudes de l'ensemble des acteurs et pallier les insuffisances du système actuel.

5. La désignation d'un médecin traitant par les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (article 35 *ter*)

L'Assemblée nationale a introduit un article 35 *ter*, à l'initiative de nos collègues députés Dominique Boyer et Dominique Tian, sous-amendé par le gouvernement, visant à **subordonner la prise en charge des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) à la désignation par ces derniers d'un médecin traitant.**

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette disposition qui tend à inciter les assurés à respecter le parcours de soins.

C. LA RATIONALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

1. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (articles 30 et 31)

a) Convention collective et contrats individuels (article 30)

Le I de l'article 30 du présent projet de loi de financement propose l'introduction d'un nouvel article L. 162-12-21 dans le code de la sécurité sociale, visant à **permettre aux médecins, qui le souhaitent, de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques, en sus des engagements collectifs** fixés dans la convention nationale passée entre l'UNCAM et les représentants de médecins.

Ces contrats, conclus directement entre le médecin conventionné et la caisse primaire d'assurance maladie de son ressort, pourront comprendre des engagements portant sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins, le contrôle médical, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

En contrepartie, les médecins concernés bénéficieront d'une **rémunération complémentaire**, qui pourra être liée à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat. Votre rapporteur pour avis note que si l'article L. 162-12-21, qu'il est proposé d'introduire dans le code de la sécurité sociale, prévoit la **possibilité** de lier les contreparties financières à l'atteinte des objectifs fixés, l'exposé des motifs de l'article 30 du présent projet de financement indique que « *ces médecins pourront bénéficier en contrepartie*

*d'une rémunération complémentaire **sous réserve que** les objectifs prévus dans le contrat soient atteints ».*

Formellement, ces engagements devront être conformes à **un contrat-type** élaboré par l'UNCAM, qui sera **transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité**, qui pourront s'y opposer dans un délai fixé par décret. Les ministres concernés pourront **suspendre l'application de ces contrats** pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

Le II de l'article 30 du présent projet de loi **modifie, quant à lui, sur deux points, le champ de la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les représentants de médecins libéraux :**

- d'une part, il précise que les engagements de maîtrise médicalisée des médecins peuvent comporter celui d'**une prescription plus importante au sein du répertoire des génériques** ;

- d'autre part, il propose que **les objectifs fixés en matière de prescription soient exprimés en volume** et non plus en montant, afin d'éviter que les engagements souscrits soient atteints grâce à une baisse de prix des médicaments, qui ne dépendent pas de l'action des médecins.

L'Assemblée nationale a été adopté trois amendements, avec avis favorable du gouvernement :

- le premier, à l'initiative de nos collègues députés Jacqueline Fraysse et Roland Muzeau, étend aux centres de santé la possibilité de signer des contrats avec les caisses primaires d'assurance maladie. Ces structures assurent aujourd'hui des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ;

- le deuxième, à l'initiative de notre collègue député Jean-Marie Le Guen, prévoit que l'UNOCAM est saisie pour avis sur le contrat-type élaboré par l'UNCAM ;

- le troisième, à l'initiative, de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoit, de la même manière, que les organisations syndicales signataires de la convention nationale sont saisies pour avis sur le contrat-type élaboré par l'UNCAM.

Si votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui vont dans le sens d'une **amélioration de la maîtrise médicalisée**, il s'interroge, néanmoins sur **l'efficacité de ces nouveaux contrats individuels** :

- d'une part, des **contrats individuels similaires ont déjà été mis en place et n'ont pas eu de résultats probants**¹. La Cour des comptes, dans son

¹ Contrats portant sur la formation continue, le respect des recommandations de bonne pratique, la permanence de soins ou la prévention.

rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, notait ainsi que le taux d'adhésion à ce type de contrat était globalement faible, que les engagements pris, dans ce cadre, paraissaient avoir peu d'impact sur les pratiques individuelles, et se bornaient, la plupart du temps, à entériner des pratiques existantes ;

- d'autre part, si comme l'indique la rédaction de l'article 30 du présent projet de loi de financement, **les contreparties financières accordées aux médecins concernés ne sont pas obligatoirement liées à l'atteinte des objectifs fixés**, on peut douter de la pleine efficacité de ces contrats.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis vous proposera **deux amendements à l'article 30** du présent projet de loi de financement :

- le premier, de nature rédactionnelle, précise que ces contrats doivent comporter des engagements individuels, qui, eux, peuvent en revanche porter sur différents domaines ;

- le second prévoit de **lier les contreparties financières, dont pourront bénéficier les professionnels de santé qui signent ces contrats, à l'atteinte des objectifs initialement fixés.**

b) L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (article 31)

L'**article 31** du présent projet de loi de financement vise à introduire **deux expérimentations** : l'une portant sur les modes de rémunération des personnels de santé, l'autre sur le financement de la permanence des soins.

(1) L'expérimentation de modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte

La rémunération des professionnels libéraux reste, en France, principalement fondée sur le **paiement à l'acte** des prestations. **Quelques éléments de rémunération forfaitaire** ont certes été introduits, mais ne représentent qu'une part mineure des honoraires des médecins (indemnités versées dans le cadre de la permanence de soins, forfait annuel rémunérant le médecin traitant pour la prise en charge des personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD), par exemple).

Le **I de l'article 31** introduit ainsi la **possibilité d'expérimenter**, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de **nouveaux modes de rémunérations** des professionnels de santé et des modes de financement des centres de santé.

Selon le gouvernement, cette mesure viserait, d'une part, à **répondre aux aspirations des professionnels de santé** en termes de qualité de travail et qualité de vie. D'autre part, elle **semble mieux correspondre à la nature du suivi de certaines maladies**, comme les maladies chroniques.

Le **I de l'article 31** prévoit que les nouveaux modes de rémunération expérimentés **compléteront ou se substitueront au paiement à l'acte**. Lors

du débat à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a précisé que ces nouveaux modes de rémunération pourront être : *« la capitation, le forfait par pathologie, le paiement à l'acte, les incitations aux résultats individuels s'agissant des médicaments ou de l'indemnité journalière et enfin, pourquoi pas, une partie de salariat »*.

Les expérimentations seront **conduites par les missions régionales de santé**, qui passeront des **conventions** avec les professionnels de santé volontaires. Les modalités techniques de leur mise en œuvre sont renvoyées au décret. **Les dépenses induites**, mises à la charge des régimes obligatoires de base, seront **prises en compte dans l'ONDAM**. Les mutuelles et institutions de prévoyance seront, si elles le souhaitent, associées à ces expérimentations. Les missions régionales de santé procéderont, avec les organismes d'assurance maladie, à une **évaluation annuelle** de ces expérimentations, afin notamment d'apprécier le nombre de professionnels de santé et de centres de santé participant à l'expérimentation, les défenses induites et la qualité des soins dispensés dans ce cadre.

Les missions régionales de santé

« Une mission régionale de santé, constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie, est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

« 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

« 2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

« 3° Le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télé médecine ;

« 4° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect. »

Source : article 162-47 du code de la sécurité sociale

Deux amendements, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles,

familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, avec l'avis favorable du gouvernement, ont été adoptés à l'Assemblée nationale :

- le premier prévoit que l'UNCAM, les syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés et l'UNOCAM, sont consultés sur le décret définissant les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ;

- le second étend la mesure aux réseaux de professionnels de santé pouvant être constitués en vertu de l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale.

(2) L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération de la permanence de soins

Le **II de l'article 31** du présent projet de loi de financement propose un second type d'expérimentation, portant sur la rémunération des médecins participant à la permanence de soin. Il est proposé d'offrir aux **missions régionales de santé**, à compter du 1^{er} janvier 2008 et à titre expérimental, la **possibilité de fixer le montant et les modalités de ce type de rémunération**.

Définie comme une « *mission de service public* » à l'article L. 6314-1 du code de santé publique, la permanence des soins repose la base du **volontariat**. Les médecins y participant sont **rémunérés**, comme le prévoit l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, selon des modalités fixées par les conventions médicales passées entre l'UNCAM et les représentants des professionnels de santé.

La rémunération forfaitaire des médecins participant à la permanence de soins

- Le financement de la régulation

« *L'assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :*

- *versement de 3 centimes, soit **60 euros de l'heure, au médecin libéral régulateur** pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins ;*

- *prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;*

- *prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation. »*

- Les majorations spécifiques des actes réalisés dans ce cadre

« *Ainsi, lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence [...] intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins [...], il bénéficie de majorations spécifiques » :*

- une « **majoration spécifique de nuit 20 heures – 0 heure / 6 heures-8 heures** » : 46 euros pour une visite et 42,50 euros pour une consultation ;

- une « **majoration spécifique de milieu de nuit 0 heure – 6 heures** » : 55 euros pour une visite et 51,50 euros pour une consultation ;

- une « **majoration spécifique de dimanche et jours fériés** » : 30 euros pour une visite et 26,50 euros pour une consultation.

- La rémunération de l'astreinte

*« Les **médecins de permanence** remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :*

- de 50 € pour la période de 20 heures à 0 heure ;*
- de 100 € pour la période de 0 heure à 8 heures ;*
- et de 150 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures.*

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150 € par période de 12 heures. »

Source : avenant 4 de la convention médicale du 12 janvier 2005

Selon l'exposé des motifs de l'article 31, cette mesure vise deux **objectifs** : laisser plus de **marges de décisions à l'échelon local** pour tenir compte des spécificités territoriales et **faciliter la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé**.

A cette fin, le **II de l'article 31** du présent projet de loi de financement prévoit que **les missions régionales de santé se verront déléguer les crédits nécessaires, pour la mise en œuvre de cette expérimentation, par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**, fonds chargé de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence de soins. Le fonds précisera les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixeront les montants de la rémunération des médecins. Il est à noter que l'article L. 221-1-1 du code de sécurité sociale relatif au FIQCS prévoit que le fonds peut confier des aides déconcentrées aux missions régionales de santé selon des modalités fixées par décret.

Une **évaluation annuelle** de ces expérimentations sera réalisée par les missions régionales de santé et seront transmises au FIQCS.

L'Assemblée nationale, a adopté un amendement, présenté par notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, avec l'avis favorable du gouvernement, visant à ce que les syndicats représentant les médecins émettent un avis sur les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.

Le **III de l'article 31** du présent projet de loi de financement procède aux modifications rédactionnelles induites par le I et le II de cet article. Ces dernières tendent à compléter en conséquence les compétences des missions régionales de santé.

(3) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui s'inscrivent dans une **démarche de responsabilisation financière des prescripteurs et d'efficacité des prescriptions de soins**.

A cet égard, votre rapporteur pour avis rappelle les pistes intéressantes développées dans le rapport de l'inspection générale des finances de mars 2003 relatif aux expériences étrangères en matière de régulation et d'organisation de la médecine de ville¹. Ce rapport soulignait ainsi que dans **la plupart des pays, où le paiement à l'acte était largement développé, avaient été mis en place des mécanismes de régulation**, en vue de réduire les actes médicaux inutiles.

Votre rapporteur pour avis note que l'inspection générale des finances recommandait, notamment et sous certaines conditions, la mise en œuvre, en France, d'un système de « **droits de tirage** » de paiement (« *praxisbudget* »). Ce mode de rémunération a, en effet, permis un infléchissement du volume d'actes réalisés en Allemagne. Sans préjuger du bien-fondé et de la transposabilité de cette mesure, votre rapporteur pour avis estime toutefois que la mise en place d'un tel dispositif gagnerait à être étudiée.

Le « praxisbudget »

Le praxisbudget consiste à attribuer à un médecin un « droit de tirage », exprimé en points de nomenclature, pour tout patient vu au moins une fois au cours d'un trimestre. Toute personne qui consulte pour la première fois un médecin au cours d'un trimestre est considérée comme un « cas » pour ce médecin. Il est indifférent que la personne ait ou non déjà consulté le médecin au cours de trimestres précédents. Par ailleurs, si la même personne consulte plusieurs fois son médecin au cours du trimestre, elle ne représente qu'un seul cas.

Le droit de tirage attribué au médecin correspond au coût moyen de traitement d'un patient sur une période de trois mois. Les droits de tirage acquis par le médecin pour chaque patient sont fongibles : un médecin qui aurait 100 patients ouvrant droit chacun à 800 points de nomenclature disposerait ainsi d'un droit de tirage global de 80.000 points sur le trimestre considéré.

Concrètement, **le tiers-payeur** – en Allemagne il s'agit de l'union régionale de médecins, gestionnaire d'une enveloppe d'honoraires déléguée par les caisses d'assurance-maladie – paye les factures présentées par le médecin jusqu'au point où le montant remboursé, exprimé en points de nomenclature, atteint le total des droits de tirage correspondant à la clientèle du médecin. Dans l'exemple choisi, le médecin sera donc remboursé pour toutes les factures émises au cours du trimestre jusqu'à un plafond de 80.000 points. Le point est affecté d'une valeur monétaire. La multiplication du nombre de points par le facteur de conversion monétaire permet d'obtenir la rémunération du médecin exprimée en euros.

¹ *Inspection générale des finances, rapport d'enquête n° 2002-M-023-02 sur la régulation et l'organisation de la médecine en ville : les enseignements des expériences étrangères, établi par MM. Bertrand Cozzarolo, Eric Jalon et Guillaume Sarlat sous la supervision de M. Bruno Durieux, mars 2003.*

Pour les actes réalisés au-delà de ce plafond, le médecin n'est pas rémunéré. Inversement, si le total de facturation du médecin est inférieur 80.000 points, le praticien ne percevra que le montant correspondant à son volume d'activité effectif.

Source : Inspection générale des finances, rapport d'enquête n° 2002-M-023-02 sur la régulation et l'organisation de la médecine en ville : les enseignements des expériences étrangères, établi par MM. Bertrand Cozzarolo, Eric Jalon et Guillaume Sarlat sous la supervision de M. Bruno Durieux, mars 2003

De façon plus générale, votre rapporteur pour avis note **qu'il serait souhaitable que le Parlement soit destinataire des résultats de l'évaluation des expérimentations** menées dans ce cadre. **Votre rapporteur pour avis vous proposera un amendement en ce sens.**

2. Les mesures relatives à la démographie médicale (articles 32, 32 bis et 33)

D'après les données de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, **la France se situe**, en termes de densité, avec **340 médecins pour 100.000 habitants en 2004, au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE** (289 médecins pour 100.000 habitants) **et de la moyenne de l'Union européenne** (326 habitants pour 100.000 habitants).

Cependant, la France se caractérise par de **fortes disparités territoriales**. Ainsi, si, au niveau national, on compte 100 omnipraticiens pour 100.000 habitants, ils ne sont plus que 75 pour 100.000 habitants en Seine-Saint-Denis, contre 136 dans les Pyrénées orientales. S'agissant des spécialistes libéraux, si la moyenne nationale est de 88 spécialistes pour 100.000 habitants, leur densité n'est plus que de 34 en Lozère, mais de 244 à Paris.

Le présent projet de loi de financement prévoit ainsi diverses mesures devant permettre d'améliorer la répartition géographique des infirmiers (article 32), des professionnels de santé (article 32 bis) et des médecins (article 33).

a) Les mesures relatives aux infirmiers (article 32)

L'article 32 du présent projet de loi **offre aux partenaires conventionnels** (organismes d'assurance maladie et représentants des infirmiers) **la possibilité de définir de nouveaux instruments permettant de remédier à l'inégale répartition de l'offre de soin infirmier sur le territoire national.**

L'article 32 fait suite au protocole d'accord, signé le 22 juin 2007 entre les syndicats d'infirmiers et l'UNCAM, accord dans lequel les partenaires conventionnels exprimaient leur souhait « *de rééquilibrer la répartition géographique des infirmiers et infirmières libéraux* » en instaurant « *une régulation des nouvelles installations sous convention sur le territoire* ».

Dans ce protocole d'accord, les partenaires conventionnels faisaient appel au gouvernement, afin que ce dernier prenne les mesures législatives et réglementaires leur permettant d'agir en ce sens.

Dans sa première version, le **1^o du I de l'article 32** modifiait en conséquence l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et les organismes d'assurance maladie, en ajoutant que **ces conventions déterminent « les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la zone d'exercice »**, c'est-à-dire de la démographie médicale.

Suite à l'adoption d'un **amendement, déposé à l'initiative du gouvernement** lors du débat à l'Assemblée nationale, le nouvel article 32 du présent projet de loi prévoit désormais que **les conventions nationales fixent les conditions à remplir par les infirmiers pour être conventionnés, « notamment celles relatives à la zone d'exercice »**.

Le nouvel article 32 ouvre, par ailleurs, la possibilité aux partenaires conventionnels de fixer des « **mesures d'adaptation, notamment, incitatives** » en fonction de l'offre de soin de la zone d'exercice. Ces modalités seront définies après une large concertation avec les organisations les plus représentatives d'étudiants et de jeunes infirmiers.

Lors du débat à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a rappelé que « **les mesures autoritaires ou coercitives sont exclues et les mesures d'incitation sont privilégiées. Il n'y aura pas de remise en cause de la liberté d'installation, pas plus que de déconventionnement.** [...] *Les amendements proposés permettent d'engager sans tabou le processus des Etats généraux de l'organisation de la santé qui prévoit la participation des jeunes professionnels [...]. Cette concertation sera préalable à toute négociation conventionnelle sur la régulation de la démographie* ».

Le **4^o du I de l'article 32** du présent projet de loi de financement **pose les conditions de détermination des « zones d'exercice »**, prévues au 1^o du I du présent article. Leur définition est confiée **aux missions régionales de santé**, qui sont aujourd'hui chargées de fixer les orientations définissant les zones rurales et urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé.

Les missions régionales de santé détermineront ces zones en fonction de **critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures de transports**. Pour les médecins, des zones différenciées seront définies pour les généralistes et les spécialistes, et, le cas échéant, en fonction qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2. La délimitation de ces zones sera soumise à l'approbation du directeur de l'UNCAM et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis des représentants des professionnels de santé concernés, ces zones feront l'objet d'un **classement**, par les missions régionales de santé, en fonction de la densité des professionnels. Cette classification sera révisée tous les cinq ans.

Le II de l'article 32 du présent projet de loi de financement a, quant à lui, pour objectif d'améliorer **l'articulation de l'offre de soin infirmier entre les domaines ambulatoires et médico-sociaux**. Il propose ainsi que les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, établis par le préfet de région, garantissent une **meilleure articulation de l'offre de soins sanitaire et de l'offre médico-sociale** au niveau régional, en tenant compte, non seulement, comme c'est le cas aujourd'hui, des établissements de santé qui accueillent notamment les personnes âgées et handicapées, mais aussi « *de la densité en infirmiers* » dans les zones d'exercice définies par les missions régionales de santé.

b) Les mesures relatives aux autres professionnels de santé (article 32 bis)

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un nouvel article 32 bis, visant à transposer, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux, les dispositions introduites par l'article 32 du présent projet de loi de financement.

Il est ainsi prévu que les conventions nationales passées entre les organismes d'assurance maladie et les représentants de ces professionnels de santé fixent des « **mesures d'adaptation, notamment incitatives** » en fonction de l'offre de soin de la zone d'exercice définie par les missions régionales de santé. Ces modalités seront définies après une large concertation avec les organisations les plus représentatives d'étudiants et de jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

c) Les mesures relatives aux médecins (article 33)

L'article 33 du présent projet de loi de financement est le **parallèle des dispositions introduites par l'article 32 et 32 bis**.

Dans sa première mouture, l'article 33 prévoyait, comme l'article 32 initial, que les conventions médicales, signées entre l'UNCAM et les représentants des médecins généralistes et spécialistes, déterminaient « **les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la zone d'exercice** », définie par les missions régionales de santé.

Comme pour l'article 32 du présent projet de loi de financement, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du gouvernement, un **amendement revenant sur cette formulation. L'article 33 ainsi modifié prévoit désormais** que les conventions nationales fixent des « **mesures d'adaptation, notamment incitatives** » en fonction de l'offre de soin de la zone d'exercice. Ces modalités seront définies **après une large concertation** avec l'UNCAM et les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés.

L'exposé des motifs de l'amendement déposé par le gouvernement précise que « *l'objectif est d'inviter à une négociation globale sur l'évolution de l'organisation de l'offre de soins et de l'implantation des médecins sur le territoire* », faisant ainsi référence à l'annonce de la tenue d'**Etats généraux** sur l'offre de soins et la démographie médicale, dès la fin du mois d'octobre 2008.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis **accueille favorablement ces dispositions** qui offrent la possibilité de définir de nouveaux instruments permettant de **remédier à l'inégale répartition des professionnels de santé et de réduire les inégalités ainsi induites dans l'accès aux soins**. Votre rapporteur pour avis relève néanmoins que les **modifications adoptées par l'Assemblée nationale à l'initiative du gouvernement réduisent la portée du dispositif initial**.

Votre rapporteur pour avis tient également à souligner la nécessité :

- d'une **meilleure connaissance de la répartition et des effectifs des professionnels de santé**, préalablement à la mise en œuvre de toute nouvelle mesure. Comme l'indique la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 : « *Cette absence de données fiables, cohérentes et partagées est préjudiciable à la définition d'une politique sur les effectifs libéraux* ». Particulièrement, doit être recherchée une **meilleure articulation des instances aujourd'hui chargées des questions de démographie médicale**, particulièrement entre l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), les missions régionales de santé, le comité de démographie médicale, l'observatoire conventionnel de la démographie médicale ;

- d'une **évaluation de l'impact et de la cohérence des mesures incitatives déjà en mises en place**. Dans une étude de juin 2006 sur les mesures nationales, régionales et locales de régulation de la répartition géographique des professionnels de santé, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) notait ainsi qu' « *en France les nombreuses mesures décidées ou négociées à l'échelon national jouent principalement sur les leviers financiers [...]. Elles sont, pour partie, récentes et globalement peu suivies et peu évaluées* »¹.

¹ IRDES, « *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature internationale et des mesures adaptées en France* », juin 2006.

Exemples d'aides financières incitatives à l'installation des médecins libéraux

- Majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) ;
- Aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé prévues (loi n° 2005-157 du 22 février 2005 relative au développement des territoires ruraux de 2005) ;
- Dispositifs d'exonération fiscale, notamment en zone déficitaire, en zone franche urbaine (ZFU) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) ;
- Dispositif de dérogation au parcours de soins pour les consultations auprès d'un médecin généraliste s'installant en zone déficitaire (Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2006) ;
- Contrats de bonne pratique introduits en 2006 par l'assurance maladie.

Source : d'après le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2007

3. Les mesures visant à favoriser la restructuration du réseau officinal (article 39)

L'article 39 du présent projet de loi de financement tend à **favoriser le transfert ou le regroupement d'officines de pharmacie afin de permettre une restructuration du réseau officinal caractérisé aujourd'hui par une forte densité.**

Selon les données du ministère chargé de la santé, la France compte une officine pour 2.500 habitants, ce qui est une des plus fortes densités d'Europe, puisque la moyenne européenne est d'une officine pour 3.300 personnes, l'Allemagne en comptant même une pour 4.000 habitants.

Aux termes de l'article L. 5125-4 du code la santé publique, toute création, transfert et regroupement d'officines est soumis à l'octroi d'une **licence délivrée par le préfet de département**, selon des critères démographiques répertoriés dans le tableau suivant. **Les demandes de regroupement sont prioritaires par rapport aux demandes de transfert et aux demandes de création. Les demandes de transfert bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de création.**

Les créations, les transferts et les regroupements d'officines ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet d'assurer un service de garde satisfaisant.

Les critères requis pour toute création ou transfert d'officines*

| | Créations d'officines | Transferts d'officines |
|---|--|--|
| Communes dont la population est égale ou supérieure à 30.000 habitants | Une création d'officine n'est possible que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3.000. Ne peut être délivré dans ce cas qu'une licence par tranche entière de 3.000 habitants. | La commune d'origine comporte un nombre d'habitants par pharmacie égal ou inférieur à 3.000. |
| Communes dont la population est égale ou supérieure à 2.500 habitants et inférieure à 30.000 habitants | Une création d'officine n'est possible que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2.500. Ne peut être délivré dans ce cas qu'une licence par tranche entière de 2.500 habitants. | La commune d'origine comporte un nombre d'habitants par pharmacie égal ou inférieur à 2.500. |
| Communes dont la population est inférieure à 2.500 habitants | Aucune création n'est possible lorsque la commune dispose déjà d'au moins une officine ou lorsqu'elle ne dispose d'aucune officine mais que la population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune. | La commune d'origine comporte moins de 2.500 habitants. |

**Des dispositions particulières sont prévues s'agissant des départements de Guyane, Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin, ainsi qu'en ce qui concerne les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles ou les zones de redynamisation urbaine.*

Source : articles L. 5125-11 à L. 5125-14 du code de la santé publique

a) Les modalités d'autorisation de création d'une officine

Le **I de l'article 39** du présent projet de loi de financement vise à :

- prévoir que tout transfert ou regroupement d'officines ne peuvent être accordés que s'ils n'ont **pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments** de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine ;

- ajouter à la condition de fourniture d'un service de garde, celle de fournir un **service de garde et d'urgence** satisfaisant ;

- **subordonner la création d'une officine, dans les communes dépourvues d'officine ou situées dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles ou les zones de redynamisation urbaine, à l'absence de transfert ou regroupement.** Il est précisé que la création d'officine doit remplir les critères démographiques mentionnés à l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, depuis au moins deux ans à compter de la publication des résultats du recensement général.

Le **VIII de l'article 39** du présent projet de loi de financement propose, quant à lui, de revenir sur les critères démographiques conditionnant la création d'une officine. Il pose **deux principes s'appliquant désormais uniformément à l'ensemble des communes, quel que soit leur nombre d'habitants** :

- d'une part, l'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue ne peut être autorisée par le préfet que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2.500 ;

- d'autre part, dans les communes pourvues d'au moins une officine, une nouvelle licence ne peut être accordée que par tranche de 3.500 habitants, relevant ainsi les seuils actuellement en vigueur (3.000 habitants pour les communes de plus de 30.000 habitants et 2.500 habitants pour les communes dont la population est comprise entre 30.000 et 2.500 habitants).

Le **IX de l'article 39** du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 5125-13, relatif aux critères spécifiques appliqués aux communes des départements de Guyane, de Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, afin de tenir compte des nouveaux seuils prévus par le VIII de l'article 39 du présent projet de loi de financement.

b) Les modalités d'autorisation de transfert d'officines

Le **X de l'article 39** du présent projet de loi de financement modifie les modalités d'autorisation de transfert des officines. Pour être autorisé, un transfert d'officine doit remplir **trois conditions** :

- la commune d'origine, si elle n'a qu'une pharmacie, comporte moins de 2.500 habitants ou, dans le cas contraire – d'un nombre d'habitants par pharmacie inférieur à 3.500 ;

- la commune d'accueil respecte les critères démographiques conditionnant la création d'une officine ;

- le transfert ne compromet pas l'approvisionnement nécessaire en médicament de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à clarifier la rédaction des VIII et X de l'article 39 du présent projet de loi de financement. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, cet amendement est uniquement de portée rédactionnelle.

Il propose de réécrire l'article L. 5125-11 du code de la santé publique comme suit :

- l'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2.500 ;

- l'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2.500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3.500 habitants recensés dans la commune ;

- lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2.500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2.500 habitants, une nouvelle

licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune ;

- dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai.

c) Les modalités d'autorisation de regroupement des officines

Le **XI de l'article 39** du présent projet de loi de financement modifie les modalités d'autorisation de regroupements d'officine :

- d'une part, il prévoit que les regroupements d'officines pourront être réalisés entre plusieurs officines pouvant être situées sur plusieurs communes, alors qu'aujourd'hui les regroupements ne peuvent avoir lieu qu'entre officines situées dans une même commune ;

- d'autre part, il pose **le principe selon lequel, à la suite d'un regroupement d'officines, une création d'officine ne peut être autorisée qu'après une période de dix ans** à compter de la notification de l'arrêté de la licence de regroupement.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, **réduisant la durée de cette période de « gel » à 2 ans.**

d) Les autres dispositions prévues par l'article 39

Le **II de l'article 39** du présent projet de loi de financement prévoit qu'en cas de transfert ou de regroupement d'officines d'un département à un autre, la licence est délivrée par décision conjointe des représentants de l'Etat dans les départements concernés, étendant ainsi une disposition jusqu'alors spécifique aux départements de la région d'Ile-de-France.

Le **III de l'article 39** du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 5125-5 du code de la santé publique, afin de tirer les conséquences du dispositif qu'il propose d'introduire à l'article L. 5125-3 du même code (I de l'article 39 du présent projet de loi de financement) : la création d'une officine étant de fait subordonner à l'absence de transfert ou regroupement, il n'y a plus lieu de préciser que les demandes de regroupement bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de création.

Le **IV de l'article 39** du présent projet de loi de financement procède à une modification d'ordre rédactionnel à l'article L. 5125-6 du code de la

santé publique relatif aux compétences du préfet en matière de délivrance des licences.

Le **V de l'article 39** du présent projet de loi de financement a trait aux modalités de cession d'officines :

- d'une part, il ajoute une exception au principe de l'interdiction de cession, transfert ou regroupement d'officine pendant une période de cinq ans suivant la notification de l'arrêté de licence. Aux termes de l'article L. 5125-7 du code de la santé publique, deux exceptions à cette règle sont possibles : le cas de force majeure constaté par le préfet et l'inopposabilité aux personnes physiques ou morales détenant une partie du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de pharmaciens d'officine. Le V de l'article 39 du présent projet de loi de financement étend l'inopposabilité de l'interdiction de cession, de transfert ou de regroupement aux sociétés de participations financières de professions libérales ;

- d'autre part, il redéfinit les modalités de la caducité de la licence d'une officine : désormais, la caducité de la licence n'est plus consécutive à la fermeture de l'officine, mais à la cessation définitive d'activité ;

Le **VI de l'article 39** du présent projet de loi de financement propose d'abroger l'article L. 5125-8 du code de la santé publique, qui restreint la possibilité de créer une officine ou racheter une officine ouverte depuis moins de trois ans, aux seuls pharmaciens de nationalité française, citoyens andorrans ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen titulaires du diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien.

Le **VII de l'article 39** du présent projet de loi de financement tend à préciser que les recensements complémentaires doivent être publiés au Journal officiel pour pouvoir être pris en considération dans le calcul de seuils démographiques conditionnant la création, le transfert ou le regroupement d'officines.

Le **XII de l'article 39** du présent projet de loi de financement précise que le dispositif s'applique aux demandes de création, de transfert ou de regroupements reçues après le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'en 2010, aucune ouverture d'officine par voie de création ne peut être autorisée dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14 du code de la santé publique.

e) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions qui tendent à favoriser le regroupement d'officines et à **optimiser la répartition de celles-ci, tout en préservant les garanties de desserte en médicaments des populations.**

D. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE EFFICIENCE DE L'OFFRE DE SOINS

1. Les avis médico-économiques de la Haute autorité de santé (HAS) (article 29)

L'article 29 du présent projet de loi de financement a pour objet de **permettre à la Haute autorité de santé (HAS) d'émettre, dans le cadre de ses missions, des recommandations et avis médico-économiques** sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

Votre rapporteur pour avis rappelle que la HAS a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹. Il s'agit d'une **autorité publique indépendante à caractère scientifique**, dotée de la personnalité morale, dont les missions sont énumérées à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

Les missions de la HAS

En application de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, la Haute autorité de santé a pour missions :

- de **procéder à l'évaluation périodique du service attendu** des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et **contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement** et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;

- d'élaborer les **guides de bon usage** des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;

- d'établir et mettre en œuvre des **procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation** des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

- d'établir et mettre en œuvre les procédures de **certification des établissements de santé** prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

- de participer au développement de **l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire** de la population par le système de santé ;

- de rendre un **avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs**.

L'article 29 tend donc à compléter l'approche actuelle de la HAS par la prise en compte de considérations d'efficacité médico-économique, celle-ci pouvant être définie comme la méthode consistant à « *comparer pour différentes modalités alternatives les suppléments d'utilité et les surcoûts* »

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

résultants et à retenir la modalité qui présente le meilleur bilan médico-économique »¹.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, il s'agit de privilégier les évaluations des stratégies globales de soins et non l'évaluation médico-économique des produits. **Il ne s'agit donc pas de faire, au niveau de l'appréciation du service médical rendu (SMR) ou de l'amélioration du service médical rendu (ASMR), une évaluation médico-économique systématique qui se substituerait à la négociation du Comité économique des produits de santé (CEPS).**

Votre rapporteur pour avis note que cette mesure **répond ainsi partiellement à une observation de la Cour des comptes**, qui, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004 soulignait que « *ni la commission de la transparence [transférée de l'AFSSAPS à la HAS par la loi précitée du 13 août 2004 sur l'assurance maladie], ni le comité économique des produits de santé (CEPS) dont la mission est de réguler les prix, n'assument actuellement la mission transversale d'analyse médico-économique* ». La Cour des comptes réitère cette remarque dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, tout en précisant que « *selon la CNAMTS, une voie de réforme possible pourrait consister à donner le droit à l'UNCAM, de refuser la prise en charge de certains produits, dont l'efficacité n'est pas suffisamment démontrée par rapport à leur coût* ».

A l'occasion de l'examen de cet article, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du gouvernement, un amendement visant à prévoir que **les logiciels informatiques d'aide à la prescription médicale, certifiés par la HAS, renseignent les prescripteurs, au moment de la consultation, sur le coût des produits** qu'ils ont l'intention de prescrire.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui s'inscrit dans **démarche de responsabilisation financière des prescripteurs et d'efficience des prescriptions de soins.**

2. L'instauration de sanctions en cas de retard ou de non réalisation des études post-AMM des médicaments (article 29 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un nouvel article 29 bis, à l'initiative de notre collègue député Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis de la commission des finances, visant à prévoir que les conventions conclues entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques, qui déterminent notamment les études post-AMM (autorisation de mise sur le marché) à réaliser, doivent également préciser **la sanction applicable en cas de retard ou d'absence de réalisation de ces**

¹ HCAAM, rapport janvier 2004.

études, sanction qui pourront aboutir à une baisse de prix du médicament concerné.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure qui renforce le recours aux études post-AMM, **analyses nécessaires pour poursuivre l'évaluation de la balance bénéfices-risques des médicaments mis sur le marché, identifier les risques qui pourraient apparaître une fois l'autorisation de mise sur le marché accordé et étudier l'impact sur le système de soins de l'utilisation d'un médicament.**

3. L'amélioration de l'information des patients sur les dépassements d'honoraires (article 28)

L'article 28 du présent projet de loi de financement vise à renforcer l'information des patients sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé, en **rendant obligatoire la délivrance au patient d'une information écrite préalable sur la nature et le montant de ces dépassements.**

Dans la rédaction initiale de l'article 28, n'étaient concernés que les actes dont le tarif remboursable dépassait un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, avec avis défavorable du gouvernement, prévoyant que l'obligation d'information **vise les honoraires dépassant le tarif opposable**. Cet amendement renforce également l'obligation d'affichage des tarifs des professionnels de santé, obligation prévue dans l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'affichage intérieur

Le non respect de cette obligation pourra faire l'objet **d'une sanction** financière dont le montant sera égal au dépassement facturé. Cette sanction sera mise en œuvre selon la procédure décrite à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, que l'article 28 du présent projet de loi de financement propose de modifier en conséquence. Ainsi les directeurs des caisses d'assurance maladie pourront prononcer des sanctions financières à l'encontre de professionnels de santé qui méconnaîtront cette obligation d'information du patient, **à condition que le non respect de cette obligation ait conduit à « une charge indue » ou « à exposer les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ».**

L'article 28 du présent projet de loi de financement prévoit enfin que le contrôle exercé par les caisses d'assurance maladie, en vertu de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, avant la liquidation des prestations, - afin notamment de vérifier que les dépenses présentées au remboursement ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou les contrats de bonne pratique -, porte également sur les dépassements d'honoraires.

L'Assemblée nationale a adopté deux autres amendements :

- le premier, à l'initiative de notre collègue député Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis de la commission des finances, prévoit que le praticien autorisé à pratiquer des dépassements communique à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par catégorie d'actes, un état semestriel des dépassements moyens et des dépassements maxima qu'il pratique. D'après le gouvernement, cette obligation serait déjà satisfaite ;

- le second, à l'initiative de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, avec avis favorable du gouvernement, propose **que les dispositions conventionnelles prévoient, selon des modalités qu'il leur reviendra de définir, l'obligation, pour le médecin spécialiste exerçant en secteur 2, de respecter les tarifs opposables sur une part de son activité libérale.**

4. La télétransmission des feuilles de soin (article 31 bis)

L'Assemblée nationale a introduit un article 31 bis, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et avec l'avis favorable du gouvernement, proposant que les partenaires conventionnels tiennent compte, **dans la détermination du montant de la contribution forfaitaire à la charge des professionnels qui n'assurent pas une transmission électronique, des charges de gestion induites** par les professionnels de santé utilisant encore des **feuilles de soins « papier »**.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure qui tend à favoriser le développement de la télétransmission des feuilles de soins et plus généralement **l'informatisation des systèmes de santé.**

5. Le conditionnement des médicaments (article 35 bis)

L'Assemblée nationale a introduit un article 35 bis, avec l'avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, précisant qu'en cas de traitement d'au moins trois mois et de médicaments disponibles en **grand conditionnement**, le pharmacien aura pour obligation de le délivrer sous cette forme.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure, **source d'économies potentielles** pour l'assurance maladie. D'après les données de la commission des comptes dans son rapport de septembre 2007, la France se situerait parmi les pays où le nombre d'unités standardisées par boîte de médicament est la plus faible : 31 unités standardisées par boîte en moyenne, contre 59 en Allemagne et 51 au Royaume-Uni.

6. Le renforcement de l'obligation de déclaration des dispositifs médicaux (article 38)

L'article 38 du présent projet de loi de financement prévoit de **renforcer l'obligation de déclaration des dispositifs médicaux à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)**.

Actuellement, aux termes de l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale, les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain et des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, doivent déclarer, chaque année, à l'AFSSAPS, les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France au titre de ces produits. Cette disposition ne s'applique qu'aux fabricants et distributeurs dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 760.000 euros.

Ces dispositifs médicaux ne sont pris en charge par l'assurance maladie que s'ils sont inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (liste des produits et prestations remboursables (LPPR)), soit sous la forme de description générique, soit sous la forme de marque ou de nom commercial.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **l'obligation de déclaration des ventes auprès de l'AFSSAPS n'est pas appliquée en pratique**. Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation pour les fabricants et distributeurs de produits médicaux de déclarer leur produit sous leur forme générique.

L'article 38 du présent projet de loi de financement renforce ainsi la procédure de déclaration des dispositifs médicaux :

- **il étend l'obligation de déclaration à l'ensemble des fabricants et distributeurs** de dispositifs médicaux, en supprimant la référence au chiffre d'affaire minimal requis ;

- la déclaration ne porte plus sur les volumes vendus et le chiffre d'affaires, mais **concerne désormais l'ensemble des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)** ;

- les fabricants et distributeurs sont tenus de préciser, pour chaque produit ou prestation, **le code qui leur est attribué lors de l'inscription sur la liste**. Ils procèdent, de même, en cas de modification du code du produit antérieurement déclaré. Jusqu'à présent l'obligation de déclaration était limitée à l'inscription initiale ;

- l'article 38 du présent projet de loi de financement prévoit enfin désormais une **pénalité annuelle** à la charge du fabricant ou du distributeur, en cas de non respect de l'obligation de déclaration dans les délais requis. Il est précisé que cette pénalité ne peut être décidée qu'après que le fabricant ou le distributeur ont été mis en mesure de présenter leurs observations. Le montant de la pénalité, fixée par l'AFSSAPS, ne peut être supérieur à 5 % du

chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits considérés. Cette pénalité est reconductible le cas échéant chaque année.

Il est précisé que ces pénalités seront recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) désignées par le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sanitaire (ACOSS). Leur produit sera affecté aux régimes d'assurance maladie.

Les modalités d'application de l'article 37 du présent projet de loi de financement seront précisées par décret en conseil d'Etat.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec l'avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, qui vise à **écarter tout vide juridique** dans le régime de déclaration des produits et prestations remboursables entre l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui supprimera l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction actuelle et la date du 1^{er} janvier 2009, date à partir de laquelle le nouveau dispositif entrera seulement en vigueur. L'article 38 ainsi modifié du présent projet de loi de financement précise que le dispositif entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette disposition, qui, selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, vise à permettre **d'améliorer la connaissance de l'ensemble des dispositifs** médicaux, condition essentielle au suivi de ce poste de dépenses dynamique (+ 7 % en 2006) et à la mise en œuvre d'une **politique de régulation adéquate**.

E. L'ACCÈS AUX SOINS ET LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

1. L'instauration de franchises médicales (article 35)

a) Le dispositif proposé

Le I de l'article 35 du présent projet de loi institue une **franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires**, destinée à **financer** les investissements consacrés à la **lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer**. Selon le gouvernement, cette mesure s'inscrit également dans une **logique de responsabilisation** des assurés et des professionnels de santé.

Selon l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, le mécanisme des franchises permettra une **moindre dépense de 850 millions d'euros**, en année pleine, tous régimes confondus.

(1) Le mécanisme général

Le **1° du I de cet article** vise à **modifier** en conséquence l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale qui fixe **la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations** définies à l'article L. 321-1 du même code.

Le dispositif propose ainsi l'instauration d'une **franchise annuelle** laissée à la charge de l'assuré qui se **combine avec le principe du ticket modérateur** défini au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. Elle s'applique à **trois types de prestations et produits** de santé pris en charge par l'assurance maladie :

- **les médicaments**, à l'exception de ceux délivrés en cours d'hospitalisation, mentionnés à l'article L. 5111-2 (spécialités pharmaceutiques), l'article L. 5121-1 (préparations hospitalière et officinale, spécialités génériques, médicaments immunologiques, médicaments homéopathiques, notamment) et l'article L. 5126-4 du code de santé publique (médicaments que certains établissements de santé, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public) ;

- **les actes effectués, par un auxiliaire médical**, en ville, dans un établissement ou centre de santé, à l'exception des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation. Les auxiliaires médicaux regroupent notamment les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les prothésistes et les diététiciens ;

- **les transports** effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, sauf transports d'urgence (services d'aide médicale d'urgence (SAMU), services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)).

Le montant de ces franchises est **forfaitaire** et peut varier selon les trois catégories de produits ou prestations définies plus haut. Il sera fixé par voie réglementaire. Selon le gouvernement, le montant de la franchise sera de **50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical**, et de **2 euros par transport sanitaire**.

Un **double mécanisme de plafonnement** est prévu :

- d'une part, le montant de la franchise ne pourra excéder un **plafond global annuel**, fixé par décret. Selon les annonces du gouvernement, ce plafond sera fixé à **50 euros par an** ;

- d'autre part, s'agissant des actes effectués par un auxiliaire médical et des transports effectués en véhicule sanitaire, le **montant total journalier de la franchise** ne pourra dépasser un **montant maximum** en cas de succession d'actes au cours d'une même journée.

Les franchises seront **déduites des remboursements effectués** par la caisse d'assurance maladie dont l'assuré relève. S'agissant des assurés

bénéficiant du mécanisme du **tiers-payant**, le 1° du I de l'article 35 du présent projet de loi de financement prévoit que les sommes dues seront **soit versées directement par l'assuré** à l'organisme d'assurance maladie auquel il est rattaché, **soit récupérées** par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. D'après

Les modalités de mise en œuvre de l'article 322.2 du code de la sécurité sociale, que le présent projet de loi de financement propose de modifier, seront fixées par décret.

(2) Les assurés exonérés

Le 2° du I de l'article 35 du présent projet de loi de financement vise à compléter l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale, afin **d'exonérer de la franchise les mineurs et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)**. Sont également exonérées les **femmes enceintes**, pour lesquelles l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que *« l'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret »*. Selon le gouvernement, **15 millions d'assurés** seront ainsi exonérés de la franchise.

En revanche, les 3°, 4° et 5° du I de l'article 35 du présent projet de loi de financement prévoient que **la franchise s'applique** :

- **aux bénéficiaires du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle** ;

- **aux bénéficiaires du livre IV du code de la sécurité sociale relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles** ;

- **aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux** mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Les conditions de prise en charge de la franchise par les organismes d'assurance maladie complémentaire

L'exposé des motifs de l'article 35 du présent projet de loi de financement précise que si *« le gouvernement n'a pas souhaité empêcher les organismes complémentaires d'assurance santé d'inclure dans les contrats qu'ils proposent l'assurance de ce nouveau dispositif de franchise »*, *« il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé »*.

L'article 871-1 du code de la sécurité sociale, en application de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, **conditionne le maintien des avantages sociaux et fiscaux** associés

aux contrats d'assurance maladie complémentaire¹ au **respect de certaines règles de prise en charge** : par exemple, la non prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré appliquée en cas de non-respect du parcours de soins. Il s'agit du mécanisme dit des « contrats responsables ».

En conséquence, **le II de l'article 35** du présent projet de loi de financement procède aux **modifications rédactionnelles** nécessaires afin d'**inclure**, parmi les règles de prise en charge que doivent respecter ces contrats d'assurance maladie complémentaire pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé, **l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de un euro et la franchise**.

Ces dispositions s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à partir du 1^{er} janvier 2008, ainsi qu'aux contrats en cours, à l'exception des contrats passés par des personnes exerçant une activité agricole.

(4) L'entrée en vigueur du dispositif

D'après les données recueillies par votre rapporteur pour avis, **les caisses d'assurance maladie devraient être en mesure d'assurer la gestion de la mise en place des franchises au 1^{er} janvier 2008**, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), le régime social des indépendants (RSI) et la mutuelle sociale agricole (MSA) disposant déjà des moyens techniques de décompte de la participation forfaitaire de un euro au travers de compteurs individuels par patients.

Un report de mise en œuvre est néanmoins prévu, par l'article 35 du présent projet de loi de financement, en ce qui concerne le plafond journalier. Le principe du plafonnement journalier pour les actes paramédicaux et les transports est prévu, dans le projet de loi de financement, selon un décompte par patient, quels que soient les professionnels qui pratiquent ces actes. Toutefois, pour laisser aux caisses le temps de mettre en place ce plafond par assuré, il est prévu, à titre provisoire, pour une durée n'excédant pas un an, que le plafond s'applique pour les actes et transports effectués par un même professionnel.

(5) L'utilisation des financements issus de la mise en œuvre des franchises

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, avec avis favorable du gouvernement, prévoyant que **le gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondants à la franchise ont été utilisés**.

¹ Notamment : exclusion, de l'assiette des cotisations sociales, des contributions des employeurs destinés au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance ; crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale ; déduction du revenu imposable des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires ; exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Si votre rapporteur pour avis comprend la logique de la mesure proposée, qui s'inscrit dans la recherche de nouveaux modes de financement et de responsabilisation des assurés, **il s'interroge néanmoins sur la non prise en compte du revenu** des assurés dans le calcul de la franchise. C'est pourquoi, **votre rapporteur pour avis vous proposera**, afin notamment de permettre un utile débat sur cette question en séance publique, **un amendement** à l'article 35 du présent projet de loi de financement, **prévoyant de faire varier le plafond annuel de la franchise selon un barème progressif** compris entre 50 euros et 200 euros, en fonction des revenus de l'assuré.

Votre rapporteur pour avis s'interroge, par ailleurs, sur **l'articulation de cette mesure, prévoyant la mise en place de franchises, avec d'autres dispositifs existants** (ticket modérateur, participation forfaitaire de un euro, participation de 18 euros pour les actes lourds, forfait hospitalier). Or ces dispositifs présentent des caractéristiques différentes qu'il s'agisse des exonérations prévues, de l'existence ou non de mécanismes de plafonnement, de la possibilité de prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie. **Peut être conviendrait-il de profiter du débat sur les franchises et de la réflexion concomitamment menée sur l'instauration d'un « bouclier sanitaire » pour analyser la cohérence d'ensemble de ces dispositifs.**

**Ticket modérateur, participation forfaitaire de un euro,
participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds, forfait hospitalier**

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale fixe les règles relatives à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations couvertes par l'assurance maladie. Cet article pose ainsi le principe dit du « **ticket modérateur** », c'est-à-dire la part financière qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie. Il s'applique à tous les soins et frais médicaux remboursables (achat de médicaments, consultation médicale par exemple). Son montant varie notamment selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire. Dans certains cas (par exemple, les affections de longue durée), l'assuré en est exonéré.

Le ticket modérateur peut être majoré pour les actes de soins dispensés en dehors du parcours de soins.

Par ailleurs, s'ajoutent au ticket modérateur, trois types de participations forfaitaires :

- **une participation forfaitaire de un euro**, pour chaque consultation prise en charge par l'assurance maladie et réalisée par un médecin, en ville ou en établissement de santé, à l'exclusion des consultations réalisées au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale. Cette participation est plafonnée à 50 euros par an et à 4 euros par jour et par professionnel lorsque plusieurs actes sont réalisés au cours d'une même journée. Cette participation ne peut être prise en charge par les organismes complémentaires de santé. Sont exonérés les mineurs, les femmes enceintes, les bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale de l'Etat ;

- **une participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds** (de plus de 91 euros). Cette participation ne s'applique pas aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), aux femmes enceintes, aux nouveau-nés hospitalisés, aux titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires de la CMUC. Ce forfait peut, dans certains cas, être pris en charge par les organismes complémentaires de santé ;

- **un forfait hospitalier fixé à 16 euros** (ou 12 euros en cas d'hospitalisation en service psychiatrique) à la charge des personnes hospitalisées. Ce forfait peut être pris en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire. En sont exonérées : les enfants et adolescents handicapés âgés de moins de 20 ans, les victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les bénéficiaires de la CMUC et de l'aide médicale d'Etat, les pensionnés de guerre avec un taux d'invalidité supérieur à 85 %, les donateurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique.

2. Les dispositions visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale (article 37)

Le **I de l'article 37** du présent projet de loi de financement vise à permettre une meilleure coordination entre les régimes d'assurance maladie et maternité, en posant le principe selon lequel **les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour le versement des prestations, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuée, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale.**

Le **II de l'article 37** du présent projet de loi de financement vise à préciser que **les assurées relevant du régime des travailleurs non salariés**, lorsqu'elles cessent leur activité professionnelle pour congé de maternité, peuvent bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire, *« pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement »*. Jusqu'à présent la seule obligation leur incombant était de cesser leur activité au minimum trente jours dans un délai compris dans les trente jours précédant la date présumée de l'accouchement et les trente jours qui suivent l'accouchement.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le gouvernement devrait fixer à quatorze jours la durée de ce congé prénatal. L'impact financier de cette mesure serait de 6,21 millions d'euros, ce qui se traduira par une augmentation des cotisations de 0,015 point.

Le **III de l'article 37** du présent projet de loi de financement tend à aligner, sur le régime général, la durée, pendant laquelle les agricultrices peuvent se faire remplacer et bénéficier d'une allocation, en cas, notamment, de naissance prématurée ou d'adoption.

Le **IV de l'article 37** du présent projet de loi de financement prévoit d'étendre aux agricultrices une disposition introduite par la loi n° 2004-1370 de financement de la sécurité sociale pour 2005 en faveur des femmes

salariées, à savoir le bénéfice **d'un congé de maternité en cas de grossesse pathologique liée à l'exposition au diéthylstilbestrol**. Selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, 360 agricultrices seraient concernées.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement à l'initiative du gouvernement étendant cette mesure aux femmes relevant du régime des non salariés, ainsi qu'à celles relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Le **V de l'article 37** du présent projet de loi de financement précise que **les patients atteints d'affections de longue durée, non inscrites sur la liste des affections de longue durée**, pourront être pris en charge selon les modalités fixées par l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, à deux conditions :

- le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

- cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, cette mesure *« consolide les pratiques actuelles du contrôle médical sans modifier les conditions actuelles d'accès des bénéficiaires à ces dispositifs de prise en charge »*.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces dispositions qui **harmonisent les prestations d'assurance maladie** et maternité entre les différents régimes de sécurité sociale, et améliorent les droits des professionnelles indépendantes et des agricultrices en matière de congé maternité.

3. Les IVG médicamenteuses pratiquées en centres de planification (article 46)

L'article 46 du présent projet de loi de financement tend à **autoriser les médecins des centres de planification ou d'éducation familiale à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse**.

En vertu de l'article L. 2212-2 actuel du code de la santé publique, l'IVG **ne peut avoir lieu actuellement que dans un établissement de santé, public ou privé, ou être pratiquée par un médecin, exerçant en ville, si celui-ci a conclu une convention spécifique** avec un établissement de santé.

L'article 46 du présent projet de loi de financement étend ainsi aux centres de planification et d'éducation familiale la possibilité d'effectuer des IVG médicamenteuses en dehors d'un établissement de santé, si ces derniers

concluent une **convention spécifique** avec les établissements de santé concernés et respectent les modalités prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du code de santé publique relatifs à l'information, l'assistance et le conseil des patientes.

Les centres de planification et d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont agréés par le président du conseil général, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique. Ils ne doivent poursuivre aucun but lucratif.

Les centres de planification ou d'éducation familiale ont notamment pour mission :

- **d'informer, conseiller et aider la femme** qui demande une interruption volontaire de grossesse ;

- de **délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs** désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire ;

- d'assurer le **dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle**, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin.

Source : article L. 2311-1 et suivants du code de la santé publique

Le I et le III de l'article 46 du présent projet de loi de financement tirent les conséquences de cette mesure :

- en précisant, d'une part, que le président du conseil général a pour mission d'organiser des activités de planification familiale et d'éducation familiale, ainsi que « *la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse* » ;

- en modifiant, d'autre part, les missions actuelles des centres de planification et d'éducation familiale.

Votre rapporteur pour avis note que cette mesure devrait contribuer à réduire les difficultés d'accès à l'IVG aujourd'hui constatées, notamment s'agissant des femmes les plus vulnérables, davantage susceptibles de se rendre en centre de planification ou d'éducation familiale.

4. Le dépistage et la vaccination contre l'hépatite B en centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (article 47)

L'article 47 du présent projet de loi de financement propose d'insérer un nouvel article L. 3411-4 dans le code de la santé publique prévoyant **la gratuité et l'anonymat du dépistage et de la vaccination contre les hépatites virales** lorsque ces derniers sont effectués dans un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres chargés notamment de l'accueil et de l'information des personnes toxicomanes.

D'après les propos recueillis par votre rapporteur pour avis auprès du ministère de la santé, l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale serait en effet un des principaux facteurs de risque d'infection.

L'article 47 du présent projet de loi de financement précise que les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par l'assurance maladie, sans que ne soient appliquées les dispositions relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, au ticket modérateur et au forfait hospitalier.

Votre rapporteur pour avis note que cette mesure devrait permettre **d'améliorer le dépistage et la couverture vaccinale contre les hépatites virales** des populations les plus à risques, le plus souvent en situation de précarité.

5. L'autorisation pour les personnels infirmiers d'effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale (article 28 bis)

L'article 28 bis, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative du gouvernement, tend à autoriser les personnels de santé infirmiers à effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette disposition qui **simplifie le parcours de soins du patient** - qui n'aura plus à passer par son médecin traitant avant de se faire vacciner-, et qui représente de ce fait une **mesure d'économie** pour l'assurance maladie.

F. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les mesures relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) (article 42)

L'article 42 du présent projet de loi de financement contient, outre des ajustements techniques, deux dispositions importantes portant, d'une part sur les **règles de passage à la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé du secteur public**, d'autre part, sur la **convergence des tarifs du secteur public et du secteur privé**.

Pour mémoire, votre rapporteur pour avis rappelle que la T2A, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹, a instauré un nouveau mode de financement des établissements de santé. Se substituant à la dotation globale de financement pour les établissements

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

publics ou participant au service public hospitalier, et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées, elle vise à harmoniser les modes de financement des secteurs public et privé.

a) La modification des règles de passage à la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé du secteur public

Afin de **tenir compte des effets induits par cette réforme sur les ressources des établissements**, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée prévoyait une **mise en œuvre progressive** de la T2A, selon des modalités différentes dans le secteur public et le secteur privé.

Dans les cliniques privées, la T2A s'applique depuis le 1^{er} mars 2005. Toutefois, l'impact du changement de modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements a conduit à prévoir **un dispositif de transition qui régule dans le temps l'évolution des recettes des établissements**. Ainsi, les tarifs de prestations de chaque établissement sont égaux au tarif national, éventuellement corrigé du **coefficient géographique**, auquel s'appliquent un **coefficient de transition** et, le cas échéant, un **coefficient de haute technicité** propre à l'établissement, que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit de réduire progressivement.

S'agissant **des établissements publics et privés participant au service public hospitalier**, la gestion de la transition destinée à lisser dans le temps l'effet revenu induit par la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne s'est pas faite, jusqu'à présent, **par l'application d'un coefficient correcteur** – solution retenue pour le secteur privé – mais par le **maintien d'une part, décroissante dans le temps, de ressources allouées forfaitairement**, donc indépendamment de l'activité et du niveau des tarifs nationaux. Cette part de ressources est appelée « dotation annuelle complémentaire ». Les prestations d'hospitalisation étaient donc prises en charges par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction tarifaire et d'une dotation annuelle complémentaire correspondant.

La loi de financement précitée prévoyait que la part tarifaire atteindrait 100 % en 2012, et ne pouvait être inférieure à 50 % en 2008. En 2007, les activités MCO des établissements du secteur public sont financées à 50 % selon le mode tarifaire et à 50 % par dotation complémentaire de financement.

Le **3^o du I de l'article 42** du présent projet de loi de financement **modifie les règles de passage à la T2A dans les établissements de santé du secteur public**, en prévoyant d'aligner, dès **2008** (et non plus 2012), le mode de financement des établissements du secteur public sur celui des cliniques privées en **portant à 100 % leur part de financement à l'activité**. La dotation annuelle complémentaire disparaît. Pour tenir compte des effets sur les revenus que cette modification de la montée en charge de l'application de la T2A induit, un **mécanisme de transition**, similaire à celui existant

aujourd'hui dans le secteur privé, est mis en place. Il repose sur l'introduction de deux types de **coefficients correcteurs** :

- un **coefficient lié aux éventuels surcoûts géographiques** supportés par l'établissement ;

- un **coefficient de transition qui vise à lisser l'impact de la réforme**. Ce coefficient ne portera pas sur les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile, ni des activités de prélèvement d'organes ou de tissus.

Pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 29 février 2008, ce coefficient de transition sera déterminé de manière à ce que **les recettes d'assurance maladie que l'établissement reçoit, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à celles qu'il aurait reçues en application de l'ancien système**. La composante tarifaire sera ainsi supérieure à 1 pour les établissements dont les recettes issues de l'ancien dispositif - combinant la tarification à l'activité et la dotation complémentaire - seront supérieures à celles reçues en vertu d'un financement à 100 % à l'activité. Elle sera inférieure à 1 dans le cas contraire. A compter du 1^{er} mars 2008, la valeur de ce coefficient convergera progressivement **vers la valeur 1**, pour atteindre cette valeur au plus tard en 2012, date à laquelle tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs.

Comme ce qui existe déjà dans le secteur privé, la convergence des coefficients de transition est organisée à un **double niveau** :

- au plan national, chaque année, l'Etat arrête le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé ;

- au plan régional, l'Etat fixe les règles de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est précisé que *« le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels le coefficient de transition est inférieur à un, peut excéder le taux régional de convergence »*, à condition que *« la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux régional »*.

Le **3^o de l'article 43** du présent projet de loi de financement introduit diverses autres mesures tirant notamment les conséquences du passage à la « T2A à 100 % » des établissements de santé du secteur public :

- il renvoie, tout d'abord, au règlement les **conditions de répartition, entre les régimes d'assurance maladie**, des sommes versées, aux établissements de santé, en 2007, au titre de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du code de sécurité sociale, du financement des missions d'intérêt général et d'aide à la

contractualisation (MIGAC). Cette mesure transitoire est rendue nécessaire par le report de la mise en place de la facturation directe des soins dispensés par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie, mesure qui reste subordonnée à l'adaptation des systèmes d'information des caisses et des établissements ;

- il prévoit en outre un **système d'avances de trésorerie** de l'assurance maladie aux établissements de santé, afin de compenser le décalage induit par la disparition de la dotation annuelle complémentaire ;

- il précise que **l'état des prévisions de recettes et de dépenses** (EPRD), qui remplace l'ancienne présentation budgétaire des établissements de santé, **tient compte de l'application du coefficient de transition** ;

- il renvoie, enfin, au décret les conditions de la montée en charge de la T2A dans les hôpitaux du service de santé des armées.

Il est également prévu de prolonger jusqu'à 2009 **la dérogation dont bénéficient les établissements de santé de Guyane** : compte tenu de leurs difficultés structurelles, ces établissements continueront de recevoir une dotation annuelle de financement.

b) La convergence des tarifs dans le secteur privé et le secteur public

S'agissant de la convergence des tarifs dans le secteur privé et le secteur public, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait que **l'objectif de convergence devrait être atteint à 50 % en 2008**, « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ».

Le 5° du I de l'article 42 du présent projet de loi de financement propose de **revenir sur l'objectif de convergence tarifaire de 50 % en 2008**, en raison « de **motifs d'ordre méthodologique** »¹. Interrogée sur ce point lors du débat à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que « *pour des raisons techniques objectives, les données scientifiques sur les écarts de coût [entre le secteur public et le secteur privé] ne sont pas disponibles. La référence à l'étape intermédiaire de 2008 doit donc être supprimée. Cela ne signifie pas l'arrêt du processus : le principe d'une convergence achevée en 2012 demeure, et le Gouvernement poursuivra les études économiques en ce sens avec les deux secteurs hospitaliers* ».

Le 5° du I de l'article 42 du présent projet de loi de financement prévoit qu'« **un bilan des travaux sur la mesure de ces écarts est transmis au Parlement avant le 15 octobre 2008** ». D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, un programme d'études, conduit sous la responsabilité de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, et de la mission sur la tarification à l'activité, est en cours. Ces travaux, qui devraient permettre de chiffrer les écarts de coûts, seront disponibles mi-2008.

¹ D'après l'exposé des motifs de l'article.

c) Les autres dispositifs prévus par l'article 42

L'article 42 du présent projet de loi de financement introduit d'autres dispositions d'ordre plus techniques.

Le **1° et le 2° du I de l'article 42** du présent projet de loi de financement prévoit de prolonger, jusqu'au 31 décembre 2008, la période transitoire pendant laquelle les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées, en attendant la mise en place de la facturation directe aux caisses primaires d'assurance maladie, de valoriser l'activité des établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

Le **II de l'article 42** du présent projet de loi de financement tire les conséquences du 1° et du 2° du I précédemment décrits.

Le **III de l'article 42** du présent projet de loi de financement tire les conséquences de la disparition de la dotation annuelle complémentaire en prévoyant à cette même date une modification de la grille tarifaire applicable dans le secteur public.

Les **IV, V et VI de l'article 42** du présent projet de loi de financement précisent certaines dispositions relatives aux **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** :

- la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales ayant transféré aux régions le financement de la formation de certains personnels paramédicaux, le III de l'article 42 du présent projet de loi de financement supprime la disposition législative qui en prévoyait le financement par la dotation de financement des MIGAC ;

- pour s'adapter aux spécificités du régime de comptabilité publique du service de santé des armées et assouplir le versement des forfaits et des dotations MIGAC, le II de l'article 42 du présent projet de loi de financement met fin à l'étalement sur douze mois de ces versements et en renvoie les modalités de mise en œuvre à la voie réglementaire ;

- le III de l'article 42 du présent projet de loi de financement tend, selon l'exposé des motifs, à prévoir qu'un établissement de santé en difficulté financière qui bénéficie d'une aide du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au titre de la dotation MIGAC devra s'engager à prendre les mesures nécessaires au retour à l'équilibre que prévoit son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le VII de l'article 42 du présent projet de loi de financement tend à adapter la réforme aux spécificités de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements à l'initiative du **gouvernement** :

- l'un précisant que la **convergence** intersectorielle devait se faire **vers les tarifs des établissements les plus efficaces** ;

- un second prévoyant que **tout tarif de prestation d'hospitalisation nouvellement créée sera fixé à un niveau identique** pour l'ensemble des établissements, dans la limite des écarts justifiés ;

- un troisième fixant des dispositions particulières afin de tenir compte des spécificités de l'assistance publique – hôpitaux de Paris.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis tient tout d'abord à rappeler son **attachement à l'esprit de la réforme de la tarification à l'activité**, facteur de modernisation et d'efficience. A cet égard, il partage le but de la mesure portant à 100 %, dès 2008, la part du financement à l'activité des établissements du secteur public, à savoir **favoriser les établissements les plus dynamiques et inciter les moins efficaces à se réformer**.

S'agissant de la **suppression de l'objectif de convergence à 50 % des tarifs dans le secteur public et le secteur privé en 2008**, votre rapporteur pour avis note qu'elle avait déjà été proposée par le gouvernement lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. L'objectif de convergence à 50 % en 2008 avait néanmoins été maintenu en raison d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, alors rapporteur pour avis au nom de la commission des finances.

Quant aux motifs de la suppression de cet objectif intermédiaire, - l'absence d'évaluation précise des écarts tarifaires entre le secteur privé et le secteur public -, votre rapporteur pour avis rappelle **qu'il avait souligné ces difficultés d'analyse des coûts, notamment dans les établissements hospitaliers, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹**.

Si votre rapporteur pour avis accueille favorablement l'engagement du gouvernement visant à transmettre au Parlement, avant le 15 octobre 2008, un bilan des travaux sur la mesure des écarts de coûts entre le secteur privé et public, **il estime nécessaire qu'à cette occasion, soit fixé un nouvel objectif de convergence des tarifs public-privé, afin de ne pas perdre de vue l'objectif final de 2012**.

2. Le financement des établissements médico-sociaux (article 45)

L'article 45 du présent projet de loi de financement introduit plusieurs dispositions relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux.

¹ *Rapport pour avis n° 71 (2005-2006).*

a) L'élargissement des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Le 1° du I de l'article 45 du présent projet de loi de financement tend, tout d'abord, à **élargir les missions de la CNSA**, en prévoyant que celle-ci **contribue au financement de l'investissement destiné aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement, ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux.**

Les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA est un établissement public national à caractère administratif. Elle a pour missions :

- de contribuer au **financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

- d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;

- d'assurer un **rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie**, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

- d'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;

- de contribuer à **l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie** des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

- d'assurer un **échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées** mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

- de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;

- de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement **d'actions de recherche** dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;

- d'assurer une **coopération avec les institutions étrangères** ayant le même objet.

Le 2° du I de l'article 45 du présent projet de loi de financement tend à prévoir **qu'une part des crédits reportés** d'un exercice à l'autre, tel que le prévoit l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, est

affectée à la section V du budget de la CNSA, consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes qui n'entrent pas dans les quatre autres sections de son budget.

Le 2° du I de l'article 45 du présent projet de loi de financement prévoit que ces crédits peuvent être utilisés :

- au **financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers**, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux des établissements accueillant des personnes handicapées ou âgées. L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à supprimer la mention aux opérations d'équipement, notion sans définition juridique ;

- pour prendre en charge les **intérêts des emprunts** contractés à cet effet ;

- au financement **d'actions ponctuelles de formation** et de qualification des personnels soignants.

Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits concernés par ce dispositif.

b) La tarification des établissements d'hébergement de personnes non conventionnés

Le II de l'article 45 du présent projet de loi de financement tend à **inciter les établissements d'hébergement à conclure une convention pluriannuelle tripartite**.

L'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 subordonnait en effet l'accueil de personnes dépendantes à la signature d'une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Le II de l'article 45 du présent projet de loi de financement précise ainsi que si l'établissement n'a pas signé de convention tripartite avant le 31 décembre 2007, **les autorités de tarification compétentes procèdent à la tarification des établissements retardataires et fixent par arrêté leurs objectifs à atteindre**.

Le II de l'article 45 du présent projet de loi de financement pose ainsi les principes de tarification de ces établissements applicables à compter du 1^{er} janvier 2008 et jusqu'à ce que la convention tripartite prenne effet :

- des **tarifs journaliers afférents à la dépendance** destinés à compenser la perte d'autonomie des personnes concernées (aide et surveillance pour les actes de la vie quotidienne, surcoûts hôteliers liés à la dépendance, par exemple) dont le montant sera fixé par le président du conseil général ;

- des **tarifs journaliers afférents à l'hébergement**, destinés à couvrir les frais d'hôtellerie et de restauration, les frais d'administration général, par exemple ;

- un **forfait global de soins**. S'agissant des établissements autorisés à dispenser des soins, le montant de ce forfait correspond à celui attribué par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007. S'agissant des établissements non autorisés à dispenser des soins, le montant maximum du forfait sera déterminé sur la base du groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré de l'établissement.

Si la **détermination des tarifs journaliers afférents à la dépendance et à l'hébergement suit les règles de droit commun** des établissements d'hébergement, en revanche, **le mode de calcul du forfait global de soins des établissements qui n'auront pas signé de convention diffèrera** : le tarif journalier de soins est en effet aujourd'hui déterminé par arrêté pris par le préfet, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Le III et le IV de l'article 45 du présent projet de loi de financement tire les conséquences de la mise en place du dispositif précédent.

c) Le statut des logements-foyers

Le **V de l'article 45** du présent projet de loi de financement porte sur les **logements-foyers**, définis par l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, comme étant un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.

S'agissant des logements-foyers bénéficiant, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins, le V de l'article 45 du présent projet de loi de financement précise qu'un **conventionnement partiel** de leur capacité d'accueil, correspondant à l'hébergement de personnes âgées pourra être négocié.

S'agissant des logements-foyers ne bénéficiant pas, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins, le V de l'article 45 du présent projet de loi de financement précise que ces établissements conservent **les montants des forfaits soins qui leur ont été attribués pour 2007**.

Il est prévu que les résidents hébergés dans ces deux catégories d'établissements peuvent continuer à bénéficier du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

d) La programmation pluriannuelle du financement des créations de places dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux

Aux termes de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le montant des dépenses autorisées des établissements et services médico-sociaux relevant du champ de compétence de la CNSA et financées par l'assurance maladie est arrêté chaque année, par arrêté ministériel, sur la base d'objectifs de dépenses.

Le VI de l'article 45 du présent projet de loi de financement confie à **la CNSA la répartition en dotations régionales limitatives le montant annuel de l'ONDAM médico-social, ainsi que les dotations globales fixées par arrêté interministériel.**

Le VII modifie en conséquence l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, visant à préciser que dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les montants et les règles de calcul des tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.

3. L'expérimentation de la tarification à l'activité dans les services de psychiatrie et de soins de suite (article 42 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un nouvel article 42 *bis*, à l'initiative de notre collègue députée Dominique Tian, visant à prévoir que le gouvernement transmet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2009, un **rapport d'étape sur l'avancement de l'expérimentation menée**, à compter du 1^{er} janvier 2007 et pour au plus cinq ans, sur l'application de la tarification à l'activité aux services de psychiatrie et de soins de suite, en vertu de l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Votre rapporteur pour avis approuve cette initiative qui **accroît l'information du Parlement** et permettra d'apprécier les résultats de cette expérimentation.

4. L'expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires (article 43)

L'**article 43** du présent projet de loi de financement vise à autoriser, à titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de **nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports prescrits par les praticiens exerçant en établissements de santé.**

D'après l'exposé des motifs de cet article, un des obstacles à la régulation des dépenses d'assurance maladie liées au remboursement de frais de transport (en progression de 8 % par an depuis 10 ans) réside dans l'incapacité juridique et financière des établissements de santé à organiser matériellement les prestations de transport prescrites par les praticiens exerçant en leur sein. En vertu des articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale, les frais de transports sont actuellement remboursés à l'assuré ou directement au transporteur.

Dans le cadre de l'expérimentation proposée par l'article 43 du présent projet de loi, les frais de transports prescrits dans ce cadre seraient à la **charge des établissements** participant à l'expérimentation, qui se verraient alors attribuer une **dotation globale spécifique**. Selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, cette enveloppe budgétaire leur permettra **d'organiser et de gérer ces prestations de transport**.

L'expérimentation ne pourra concerner que les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier, ainsi que les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour un financement par dotation globale.

Il est prévu qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.

Votre rapporteur pour avis approuve cette disposition qui s'inscrit dans une **démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de transport, poste de dépense « dynamique »** (+ 9,1 % sur les huit premiers mois de l'année 2007, par rapport à la période correspondante en 2006, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale).

5. Les groupements de coordination sanitaire (article 44)

L'article 44 du présent projet de loi de financement vise à **compléter les compétences actuelles des directeurs des agences régionales d'hospitalisation (ARH) en matière d'organisation et de structuration du réseau hospitalier**.

L'article L. 6122-15 du code de la santé publique prévoit que le directeur de l'ARH peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé, en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population, de conclure une **convention de coopération** ; de créer un groupement de coopération sanitaire, un syndicat inter hospitalier ou un groupement d'intérêt public ; de prendre une délibération tendant à la création d'un **nouvel établissement public de santé par fusion** des établissements concernés.

Dans le cas où sa demande ne serait pas suivie d'effet, il est prévu que le directeur de l'ARH prenne « *les mesures appropriées* ».

L'article 44 du présent projet de loi de financement propose de préciser, que, **dans ce cas, le directeur de l'ARH fixe les compétences des établissements concernés qui seront obligatoirement transférées au groupement.** Ces compétences devront être choisies parmi une liste établie par décret en Conseil d'Etat.

Les établissements de santé privés exerçant une activité de soins dans le territoire concerné pourront adhérer au groupement ainsi constitué. Dans le cas où le groupement de coopération sanitaire comprend des établissements du ressort de plusieurs régions, sa création ne peut être décidée que, conjointement, par l'ensemble des directeurs des ARH compétentes.

Tout en soulignant que l'article L. 6122-15 du code de la santé publique **offrait déjà aux directeurs d'ARH la possibilité de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération entre établissements de santé,** votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui s'inscrit dans une **démarche de rationalisation du schéma d'organisation du réseau sanitaire.**

6. La participation des médecins libéraux dans les centres régionaux d'hospitalisation (article 44 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un article 44 *bis*, avec l'avis défavorable du gouvernement, à l'initiative de nos collègues députés Claude Leteurtre et Jean-Luc Prével, visant à autoriser les centres hospitaliers régionaux à créer **une structure médicale, dans laquelle les malades admis à titre payant peuvent faire appel à des médecins libéraux,** cette possibilité étant aujourd'hui limitée aux centres hospitaliers, autres que les centres hospitaliers régionaux.

L'article 44 *bis* précise que, pour chaque discipline ou spécialité, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation détermine la proportion maximale des actes et séjours susceptibles d'être réalisés avec le concours de praticiens libéraux, alors que l'article L. 6146-10 du code de la santé publique limite cette possibilité au tiers des capacités de l'établissement.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui devrait permettre de **palier les difficultés rencontrées par certains centres hospitaliers confrontés à un manque de personnels** notamment pour effectuer les activités de garde.

7. La contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (article 41)

L'article 41 du présent projet de loi de financement tend à modifier les modalités de financement de la Haute autorité de santé (HAS).

La HAS est une autorité administrative indépendante créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle dispose de « l'autonomie financière » et ses ressources sont constituées notamment par :

- des subventions de l'Etat ;
- une **dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie** dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
- une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale ;
- le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;
- des produits divers, des dons et legs ;
- une **contribution financière due par les établissements de santé ainsi que par les groupements, réseaux et installations de chirurgie esthétique à l'occasion de la procédure d'accréditation**. Cette contribution représente, en 2006, 15,7 % des recettes de la HAS.

Les recettes de la HAS en 2006

(en millions d'euros)

| Recettes | Montants |
|---|----------|
| Subvention de l'Etat | 6,11 |
| Dotation des régimes d'assurance maladie | 19,30 |
| Fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale | 20,70 |
| Contribution financière due par les établissements de santé au titre de l'accréditation | 9,47 |
| Redevances de l'industrie | 4,22 |
| Divers | 0,25 |
| Total | 60,05 |

Source : rapport d'activité de la HAS de 2006

Dans sa rédaction initiale, l'article 41 du présent projet de loi de financement visait à :

- **diminuer le montant minimal de la contribution** versée par les établissements de santé au titre de la procédure de certification à 1.000 euros, contre 2.500 euros aujourd'hui ;

- prévoir une **disposition spécifique pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire** dont la durée d'ouverture est inférieure à six mois. Afin d'éviter que ces structures ne supportent une charge trop excessive, le montant de leur contribution au titre de la procédure de certification est fixée forfaitairement au montant minimal de celle-ci, soit 1.000 euros ;

- **tenir compte de la dernière statistique d'activité connue et publiée pour calculer le nombre cumulé de journées d'hospitalisation** et des venues dans l'établissement qui déterminent le montant de la contribution.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement à l'initiative du gouvernement qui remplace l'article 41 initial du présent projet de loi.

Cet amendement supprime la contribution financière due par les établissements de santé à l'occasion de la procédure de certification. Elle est remplacée par une **augmentation de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie**, qui comprendra désormais **deux parts** : l'une au titre de la procédure de certification des établissements de santé, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la HAS.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et de sports a précisé que *« dans un souci de simplification administrative, le gouvernement propose par [cet] amendement de supprimer le recouvrement de la contribution auprès des établissements de santé et de compenser cette suppression par l'augmentation de la dotation de l'assurance maladie. Ce dispositif n'augmente nullement la dotation globale de l'assurance maladie au fonctionnement de la HAS, puisque c'est déjà l'assurance maladie qui finance aujourd'hui cette contribution des établissements, via l'ONDAM hospitalier ».*

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le montant de la part de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre de la procédure de certification des établissements de santé sera calculée de telle sorte que ce montant soit le même que celui qui aurait résulté de l'ancienne procédure.

8. Le financement des heures supplémentaires effectuées par les personnels hospitaliers (article 52 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un article 52 bis, à l'initiative du gouvernement, proposant de **mobiliser le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) pour financer les heures supplémentaires effectuées par les agents de la fonction publique hospitalière, avant le 31 décembre 2007, et qui n'ont pu être ni payées ni récupérés.**

Lors du débat à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a rappelé qu'à compter de 2002, la montée en charge de la réduction du temps de travail dans le secteur public sanitaire et médico-social avait nécessité un recours accru aux heures supplémentaires, en raison de la progressivité des recrutements qui devaient s'étaler sur trois ans. Or, jusqu'en mai 2007, les heures supplémentaires réalisées ne pouvaient être indemnisées ou récupérées que dans la limite de 120 heures par an, soit 10 heures par mois. En pratique, les heures supplémentaires réalisées par les agents de la fonction publique hospitalière n'ont pu être récupérées ni payées, celles-ci excédant les plafonds réglementaires autorisés.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le montant de ces heures supplémentaires non payées ni récupérées s'élève à environ 550 millions d'euros.

9. Les missions et la dotation du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (article 40)

a) Une extension des compétences du fonds

Le 1° du I de l'article 40 du présent projet de loi de financement prévoit d'étendre les compétences du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés FMESPP.

Les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Les missions de ce fonds, définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, ont progressivement été élargies et qu'il participe aujourd'hui au financement :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales ;
- des actions de modernisation sociale ;
- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements de santé engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ;
- des dépenses de fonctionnement et d'investissement liées à la modernisation des établissements de santé publics et privés et des groupements de coopération sanitaire.

Le FMESPP finance par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et les missions régionales ou inter-régionales d'appui à l'investissement et les missions régionales ou inter-régionales d'expertise et d'audit hospitaliers placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

Le 1° du I de l'article 40 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit ainsi que le FMESPP pourra également financer des dépenses d'investissement d'**établissements hospitaliers de coopération transfrontalière** destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. L'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable d gouvernement, un **amendement rédactionnel** de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie.

Il est précisé que ces établissements devront répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

Cette disposition traduit les engagements pris par la France dans le cadre du projet de création de l'**hôpital transfrontalier franco-catalan de Puigcerdá**. D'après l'exposé des motifs, l'hôpital de Puigcerdá, situé en Catalogne et qui dessert la région de Cerdagne française et espagnole, accueille actuellement, en raison de sa localisation, une population française importante, faute de structure en région frontalière française, notamment en obstétrique et en traumatologie.

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

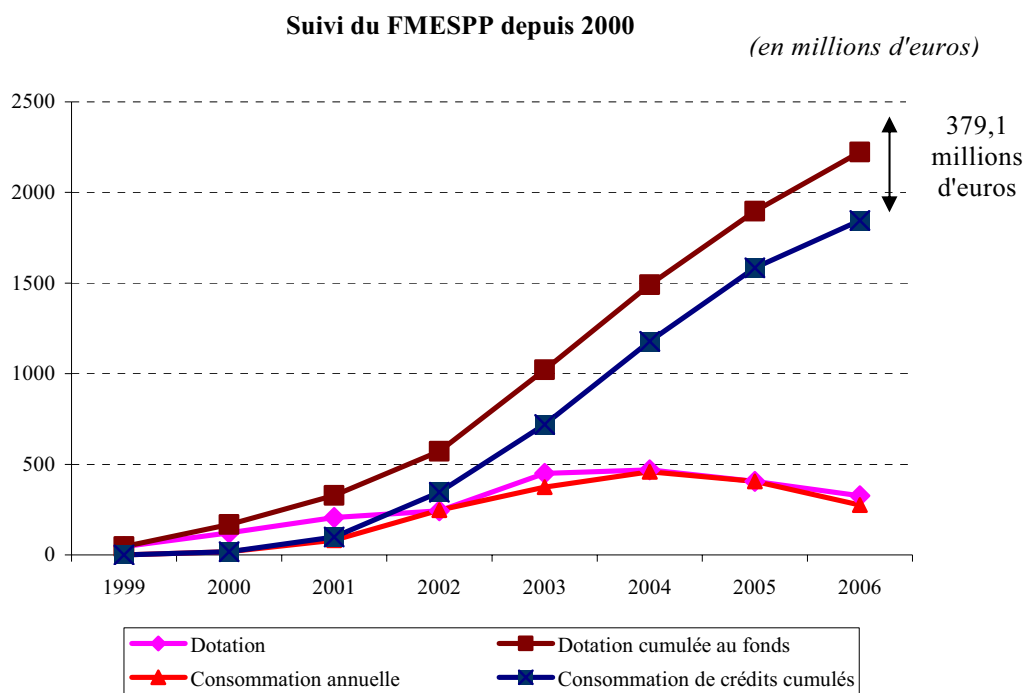
b) La modification des règles d'octroi des subventions

Le 2° du I de l'article 40 du présent projet de loi de financement propose de supprimer le dernier alinéa du IV de l'article de la loi précitée de financement de la sécurité sociale pour 2001, lequel dispose que le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé.

L'exposé des motifs précise que « la disposition dont il est proposé la suppression introduit un formalisme juridique inutile ; les crédits FMESPP étant de nature limitative, il n'y a aucun risque de dépassement de l'enveloppe nationale ou régionale. La nouvelle rédaction permet de procéder aux délégations de crédits en fonction des besoins et non pas en fonction d'une enveloppe régionale préalablement arrêtée sans que le ministre ait connaissance des projets susceptibles d'aboutir ».

c) Un décalage important entre les recettes et les décaissements

Si l'on considère la situation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés sur longue période, on observe un décalage significatif entre les recettes et les décaissements, comme en témoigne le graphique et le tableau suivants.



Suivi du FMESPP depuis 2000

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------------------------|------|-------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Dotation | 45,7 | 121,9 | 205,8 | 244 | 450 | 470 | 405 | 327 | 376 |
| Dotation cumulée au fonds | 45,7 | 167,6 | 327,7 | 571,7 | 1021,7 | 1491,7 | 1896,7 | 2223,7 | 2599,7 |
| Consommation annuelle | 0 | 17,2 | 81,7 | 247,3 | 374,1 | 458,5 | 406,1 | 274,8 | nd |
| Consommation de crédits cumulés | 0 | 17,2 | 98,9 | 346,2 | 720,3 | 1178,8 | 1584,9 | 1844,6 | nd |
| Taux de réalisation annuelle | | | 39,70% | 101,40% | 83,10% | 97,60% | 100,30% | 84% | nd |
| Taux de réalisation cumulée | | | 30,20% | 60,60% | 70,60% | 79,10% | 83,30% | 83% | nd |
| Solde cumulé | | | | | | 312,9 | 311,8 | 379,1 | nd |

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la nécessité d'accorder à ce fonds, comme le prévoit le II de l'article 40 du présent projet de loi de financement, **301 millions d'euros** en 2008 au titre de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Votre rapporteur pour avis souhaite que le gouvernement précise ce point lors de l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale au Sénat.

d) Un financement de missions qui devraient relever du budget de l'Etat

Suivant les observations de la Cour des comptes, le Comité interministériel d'audit des programmes (CIAP) a recommandé, dans son avis du 18 septembre 2007 sur le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » de la mission « Santé », de transférer vers ce programme les crédits destinés au financement de trois missions spécialisées, aujourd'hui rattachées budgétairement à l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France et financées par le FMESPP en application des III *ter* et III *quater* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹. Sont ainsi concernées la **mission tarification à l'activité (MT2A)**, la **mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)** et la **mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)**.

Crédits accordés aux trois missions spécialisées financées par le FMESPP

(en millions d'euros)

| Mission | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MT2A | 5,30 | 3,65 | 3,65 | 3,65 |
| MAINH | 7,72 | 11,69 | 11,70 | 11,68 |
| MEAH | 18,15 | 28,40 | 25,20 | 22,73 |
| Total | 31,17 | 43,74 | 40,55 | 38,06 |

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Votre rapporteur pour avis partage l'analyse de la Cour des comptes et du CIAP. En outre, M. Georges-François Leclerc, directeur de cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué devant la commission des finances du Sénat le 16 octobre 2007, que le ministère entendait suivre les recommandations de la Cour des comptes visant à ne pas

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

rattacher ces structures à l'ARH d'Ile-de-France, mais à une structure nationale. Cette question de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé et du pilotage assuré par l'Etat en ce domaine fera l'objet d'un prochain rapport d'information de votre rapporteur pour avis.

En conséquence, votre rapporteur pour avis vous proposera de supprimer les III *ter* et III *quater* de l'article 40 de la loi de financement pour 2001 et de réduire d'autant les crédits accordés au FMESPP. Compte tenu des règles relatives à la recevabilité financière des amendements dans le cadre de l'application de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), il appartiendra au gouvernement de réinscrire ces crédits sur le programme de « Offre de soins et qualité du système de soins » et de majorer en conséquence les crédits de la mission « Santé ».

G. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

1. La dotation de l'Office national des accidents médicaux (article 51)

L'article 51 du présent projet de loi de financement vise à fixer le montant de la dotation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), pour 2008, à **50 millions d'euros**.

La création de l'ONIAM par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales **d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux.**

Le dispositif opérationnel de l'ONIAM repose sur :

- des **commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux** (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- l'**ONIAM** lui-même, qui présente une offre d'indemnisation, visant la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale.

Les **missions de l'ONIAM ont été élargies** par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui transfère à l'Office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, aujourd'hui effectuée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, aujourd'hui assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui disparaît ;

- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un **Observatoire des risques médicaux**, rattaché à l'ONIAM, chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation .

a) L'évolution des dotations et des missions de l'ONIAM depuis sa création

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

L'ONIAM a ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004 et de 30 millions d'euros en 2005. Pour les années **2006 et 2007, aucune dotation** de l'assurance maladie n'a été versée, étant donné les **importants fonds de roulement** de l'ONIAM, qui se sont élevés à près de 200 millions d'euros en 2004 et 2006.

Budgets et résultats cumulés de l'ONIAM

(en millions d'euros)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007* |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Dotations | 70 | 70 | 30 | 0 | 0 |
| Dépenses | 3,4 | 9,2 | 29,3 | 50,2 | 67,8 |
| Résultat | 66,6 | 60,8 | 0,7 | - 39,9 | - 66,7 |
| Résultat cumulé depuis 2002 | 136,6 | 197,4 | 198,1 | 158,2 | 91,5 |

* *Prévision – après décision modificatrice*

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement

b) La question de la dotation de l'ONIAM pour 2008

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, votre rapporteur pour avis avait souligné l'importance du fonds de roulement de l'ONIAM. Il avait toutefois estimé que la montée en puissance du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux dans les années à venir pouvait se révéler telle qu'une attitude budgétaire précautionneuse semblait alors légitime.

En 2006, les **dépenses de l'ONIAM** se sont élevées à 50,2 millions d'euros, dont 44,7 millions d'euros au titre de l'indemnisation des accidents médicaux. En 2007, elles devraient connaître **une nette augmentation** (+ 35 % par rapport à 2006), en raison de :

- l'augmentation du nombre de dossiers clos par mois, dont les $\frac{3}{4}$ conduisent à l'indemnisation ;

- la croissance du nombre de demandes nouvelles (en moyenne 60 dossiers clos par mois sur le premier semestre 2007 contre 56 en 2006 et 40 en 2005) ;

- l'augmentation du montant des indemnisations versées après contentieux.

Cette augmentation des dépenses a contraint à **des prélèvements sur le fonds de roulement** de l'ONIAM, qui s'élève, fin 2007, à 91,5 millions d'euros.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **les dépenses de l'ONIAM devraient croître en 2008 au même rythme qu'en 2007 et ainsi atteindre 91,5 millions d'euros.**

Dans ces conditions et étant donné la montée en charge de certaines activités de l'ONIAM, votre rapporteur pour avis estime **souhaitable d'attribuer à l'ONIAM d'une dotation de 50 millions d'euros.**

2. La dotation de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (article 52)

L'**article 52** du présent projet de loi de financement vise à fixer le montant de la dotation de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), pour 2008, à **75 millions d'euros.**

a) Le financement des mesures de prévention de risque sanitaires graves avant la création de l'EPRUS

Jusqu'en 2006, le financement des mesures de prévention de risque sanitaires graves était assuré, soit **par le budget de l'Etat**, soit par le biais d'un **fonds de concours** créé par l'Etat¹ et consacré à « *l'achat, [au] stockage et [à] la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature* » .

Depuis 2002, le montant de la **contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie** à ce fonds de concours était **fixé en loi de financement de la sécurité sociale.**

¹ Article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de concours destiné au financement des risques sanitaires (2002-2006)

(en millions d'euros)

| Année | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Montant | 198,18 | 155,4 | 62 | 176 | 175 |

Source : lois de financement de la sécurité sociale

La création d'un établissement public de l'Etat, dénommé fonds de prévention des risques sanitaires (**FOPRIS**) par l'article 97 de la loi n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007, résulte **de la décision du Conseil constitutionnel** sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹ qui avait mis fin, pour l'avenir, à la possibilité d'une contribution de l'assurance maladie, par le biais d'un fonds de concours, au financement du plan gouvernemental de prévention et de lutte contre la pandémie grippale.

L'obligation constitutionnelle de renoncer au recours au fonds de concours

(Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005)

Se saisissant d'office des articles 5 et 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel a relevé que les dispositions de ces articles n'étaient pas conformes à la règle, fixée par l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) selon laquelle les versements aux fonds de concours ont un caractère volontaire.

Le Conseil constitutionnel a, en effet, estimé que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours précité n'entraîne pas dans le cadre des dispositions de l'article 17 de la LOLF et qu'un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figurait pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours.

Toutefois, considérant que l'intérêt général de valeur constitutionnelle qui s'attache à la protection sanitaire de la population justifie que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours, nécessaire en 2005 et 2006 à la mise en oeuvre des actions de prévention en cause, se poursuive jusqu'à la fin de l'année 2006, le Conseil constitutionnel a jugé que la méconnaissance, par les articles 5 et 64 de la loi déferée, des dispositions de la LOLF ne conduisait pas, en l'état, à les déclarer contraires à la Constitution.

Il a cependant validé ces articles sous la réserve que le financement de ces actions soit mis en conformité, à compter de l'année 2007, avec les nouvelles prescriptions organiques qui régissent les procédures comptables particulières d'affectation de recettes. Dès lors, il semble qu'à défaut d'une mise en conformité des modalités de financement du plan gouvernemental avec les dispositions de la LOLF, « la censure serait inévitable lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale »

¹ Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.

Dès lors, se posait la question de savoir quelle serait la solution juridique retenue par le gouvernement pour se mettre en conformité avec les dispositions organiques évoquées par le Conseil constitutionnel. Le gouvernement a opté pour la **création d'un établissement public dédié à ce financement**.

Pour 2007, le FOPRIS a reçu une dotation de **175 millions d'euros de l'assurance maladie** et une **subvention de l'Etat de 179 millions d'euros** (80 millions d'euros par décret d'avance, 34 millions d'euros en loi de finance rectificative, 61,5 millions d'euros en reports de crédits de l'exercice 2006 sur l'exercice 2007, 3,5 millions d'euros d'autres crédits)¹.

b) La création de l'EPRUS

L'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a été 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.

L'EPRUS est un établissement public à caractère administratif qui a pour mission:

- la **gestion administrative et financière de la réserve sanitaire**, sachant que la coordination et la doctrine de recours à la réserve sanitaire relève de la compétence de la direction générale de la santé (DGS) ;

- à la demande du ministre chargé de la santé, **l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires** graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs du fait notamment d'une rupture de commercialisation. Les produits seront cependant la propriété de l'Etat ;

- la mise en place, en son sein, d'un **établissement pharmaceutique chargé de la fabrication et de l'exploitation de produits de santé** nécessaires.

L'EPRUS **succède au FOPRIS, dont les biens, droits et obligations lui sont transférés**². L'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que les **recettes** de l'EPRUS sont constituées par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- le produit des ventes des produits et services ;
- les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;

¹ Source : projet annuel de performances pour 2008 de la mission « Sécurité sanitaire ».

² Article 12 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

- une **contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale**, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

- des **subventions, notamment de l'Etat** ;

- des produits divers, dons et legs ;

- des emprunts.

c) La question de la dotation de l'EPRUS pour 2008

L'article 52 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **75 millions d'euros** le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie pour 2008 au financement de l'EPRUS.

Votre rapporteur pour avis note que le projet de loi de finances pour 2008 prévoit l'inscription d'une **subvention pour charge de service public** au bénéfice de l'EPRUS d'un montant de **75 millions d'euros en autorisations d'engagement** et de **55 millions d'euros en crédits de paiement**.

La subvention totale de l'EPRUS (contribution de l'assurance maladie et subvention de l'Etat) **diminuerait donc de moitié entre 2007 et 2008**, passant de 354 millions d'euros à 150 millions d'euros. Interrogé sur ce point par votre rapporteur pour avis, le ministère chargé de la santé a indiqué que cette diminution de crédits résulterait d'un **report de crédits non consommés** des années précédentes et du fait que les dépenses prévisionnelles pour 2008 seraient essentiellement des **dépenses de renouvellement de stocks** de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires.

H. LA MISE EN PLACE CHAOTIQUE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Certains articles du présent projet de loi de financement de financement témoignent des **difficultés de mise en place du dossier médical personnel (DMP)**, qui devait, selon le calendrier initialement prévu, être généralisé à la mi-2007 et permettre la réalisation d'économies, alors évaluées, pour l'ensemble des mesures de maîtrise médicalisée, à près de 3,5 milliards d'euros à l'horizon 2007.

Votre rapporteur pour avis avait, dans un rapport paru en novembre 2005, dénoncé le **calendrier irréaliste de mise en œuvre du DMP** et mis en évidence certaines **insuffisances des systèmes d'information de santé** : défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des

systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé¹.

Force est de constater que la situation qu'il décrivait à l'époque reste très largement d'actualité, comme le confirment certains travaux récents de la Cour des comptes, qui ont donné lieu, le 16 octobre 2007, à une audition de votre commission des finances sur les suites données à ces observations par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports².

**Un long chemin pour assurer l'interopérabilité des systèmes de santé,
condition essentielle de mise en œuvre du DMP**

► **Les observations de la Cour des comptes sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé (référé n° 46485 du 6 novembre 2006)**

L'enquête transmise par la Cour des comptes à la commission des finances du Sénat, qui avait pour objet d'apprécier si des progrès en matière d'interopérabilité des systèmes d'information en santé avaient été accomplis aux cours des dernières années, notamment en vue de favoriser la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), aboutit aux constats suivants :

- **les conditions nécessaires à l'amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'information ne sont pas encore réunies**, cette situation étant largement imputable à un **défaut de pilotage central** ;

- l'interopérabilité requiert des **choix techniques qui font défaut** : l'absence d'identifiant unique du patient constitue un obstacle majeur à la mise en place du DMP ;

- cette situation résulte en partie d'un **manque de volonté de partager l'information**, ceci n'étant pas suffisamment admis par les acteurs du système de santé, ni dans son principe, ni s'agissant des données à échanger ;

- dans ce cadre, **l'Etat n'a pas su organiser un pilotage efficace** : d'une part, les responsabilités sont éclatées entre de multiples directions ou structures périphériques au ministère de la santé³ et, d'autre part, les maîtrises d'ouvrage de projets comme le DMP ou la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé ne sont pas coordonnées.

La Cour des comptes recommande donc de **renforcer le rôle et les moyens de la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS)** créée au sein du ministère de la santé et des solidarités. Elle souhaite également une **redéfinition des rôles des nombreuses structures existantes**, en vue d'une stricte complémentarité avec les moyens d'une MISS renforcée.

¹ Jean-Jacques Jégou, « Informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux », rapport d'information n° 62 (2005-2006).

² Audition du 16 octobre 2007, qui fera l'objet d'un prochain rapport d'information.

³ Outre la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé, interviennent sur ces domaines ou projets : la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le groupement d'intérêt public carte professionnelle de santé (GIP CPS), le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale, le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), le GIP DMP...

► **Les données actualisées du rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007**

La Cour des comptes a procédé à une actualisation des données du référé transmis à la commission dans le cadre de son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007. Les faits suivants doivent être relevés :

- l'article 25 de la loi du 30 janvier 2007¹ a prévu l'utilisation d'un identifiant unique pour tous les systèmes d'information de santé, mais le **choix du système d'identification** n'a pas encore été concrétisé ;

- **la fiabilité de l'identification des professionnels de santé, condition nécessaire à l'échange d'informations, fait encore défaut.** En effet, la carte professionnel de santé (CPS), qui remplit cette fonction, est **bien diffusée parmi les professionnels de santé libéraux (environ 78 % en moyenne) mais très faiblement dans le secteur hospitalier (4 % toutes catégories confondues et 8 % pour les médecins hospitaliers)**. La Cour des comptes relève que ceci résulte de l'absence fréquente de véritable politique de sécurité au sein des établissements de santé et du caractère mal adapté de la carte actuelle à certains modes de fonctionnement propres à l'hôpital. Le **décret du 15 mai 2007** relatif à la confidentialité des informations médicales impose toutefois, désormais, l'utilisation de la CPS pour tout accès aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique et pour leur transmission par voie électronique ;

- les **travaux de normalisation des échanges** de données n'ont pas encore abouti ;

- **l'atomisation du parc de logiciels** des professionnels de santé constitue un frein au développement de l'interopérabilité des systèmes d'information ;

- **le respect du secret médical ne constitue pas une contrainte pour les systèmes d'information médicaux au sein de l'hôpital mais en est une pour la médecine de ville**, dans la mesure où les échanges d'information ne peuvent y être opérés qu'avec l'autorisation du patient ou son information ;

- les crédits alloués par l'assurance maladie par le biais du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) n'ont **« pas fait progresser de façon significative l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé participant aux réseaux »** ;

- **le trop grand nombre de structures concernées** nuit à l'efficacité du système et fait ressortir une **coordination insuffisante** au niveau du ministère de la santé. **La Cour des comptes critique également le rattachement administratif et budgétaire de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) à l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France**, ainsi que son positionnement auprès du ministre, et non de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

¹ Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

1. Des crédits sous-utilisés en 2007, qui traduisent les difficultés que connaît la mise en œuvre de ce projet (article 5)

L'article 5 du présent projet de loi de financement prévoit de ramener le plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de 195 millions d'euros à 125 millions d'euros au titre de l'année 2007, et de réduire d'autant sa dotation, qui passerait ainsi de 178 millions d'euros à 108 millions d'euros. Il convient de rappeler que le FAQSV a été remplacé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui a repris ses financements et ses missions (ainsi que celles de la dotation nationale des réseaux (DNDR) au 1^{er} juillet 2007.

Selon l'exposé des motifs, cette réduction de 70 millions d'euros des crédits accordés au FAQSV est rendue nécessaire par les retards pris dans la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), pour laquelle une enveloppe de 120 millions d'euros avait été prévue en 2007. Votre rapporteur pour avis observe que les crédits consacrés à la mise en œuvre du DMP se sont révélés très supérieurs aux besoins pour la deuxième année consécutive, comme le rappelle le tableau suivant :

Crédits consacrés à la mise en œuvre du dossier médical personnel

(en millions d'euros)

| | 2006 | 2007 |
|---|-------------|-------------|
| Crédits inscrits sur le FAQSV | 92,5 | 120 |
| Montant annulé en PLSS (portant pour l'essentiel sur les crédits en faveur du DMP) | 50 | 70 |

Votre rapporteur pour avis n'est pas surpris par l'annulation de crédits prévue par cet article 5, dans la mesure où il avait lui-même proposé, l'an dernier, de réduire d'emblée la dotation accordée à ce fonds, celle-ci lui semblant surévaluée.

D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, les dépenses exécutées par le GIP-DMP au titre de l'exercice 2006 se sont élevées à 24,46 millions d'euros, pour un budget initial de 103,85 millions d'euros. Les dépenses exécutées au titre de l'exercice 2007 s'élèveraient à 43,7 millions d'euros, pour un budget initial de 119,82 millions d'euros.

**L'analyse menée par votre rapporteur pour avis
lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2007**

Au vu des comptes précités du FAQSV, votre rapporteur pour avis constate, d'une part, qu'en moyenne, entre 2002 et 2005, les dépenses du fonds ont été de l'ordre de 60 millions d'euros par an, d'autre part, que le montant du solde cumulé du fonds en 2006 s'élèverait à 66,7 millions d'euros.

Si l'on fait l'hypothèse d'une norme de dépense équivalente en 2006 à celle constatée en moyenne sur les quatre dernières années, soit 60 millions d'euros, et en tenant compte de la dotation rectifiée du fonds pour 2006 fixée à 60 millions d'euros par le présent projet de loi de financement, votre rapporteur pour avis en arrive à la conclusion que la dotation du fonds prévue par l'article 50 du présent projet de loi de financement au titre de l'exercice 2007 (178 millions d'euros) est manifestement surévaluée. Il vous proposera donc d'abaisser cette dotation, ainsi que le plafond de dépenses du fonds fixés par le présent projet de loi de financement, de 50 millions d'euros, ce qui constitue une réduction minimale.

Il constate, par ailleurs, que **cette situation confirme les difficultés de mise en place du dossier du médical personnel et l'irréalisme du calendrier de déploiement initial**. Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a d'ailleurs donné raison à votre rapporteur pour avis lors de son audition devant les commissions des finances et des affaires sociale le 11 octobre 2007, en déclarant que ce calendrier initial relevait d'un « effet d'affichage ».

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a fait part de sa volonté de remettre à plat le chantier de mise en place du DMP et a demandé à différents corps d'inspection¹ de mener un audit de ce dossier, ce dont votre rapporteur pour avis se félicite, puisqu'elle rejoint la posture qu'il avait exprimée il y a déjà deux ans au nom de votre commission.

2. La mise en place d'un portail unique et la « consécration » du droit de masquage (article 36)

Sans attendre les conclusions de la mission d'audit menée par les différents corps d'inspection précités, **l'article 36** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose deux mesures importantes relatives à la mise en place du dossier médical personnel :

- d'une part, la création d'un « *service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel* » ;
- d'autre part, l'instauration d'un droit de masquage des informations.

Enfin, il apporte des corrections à certaines dispositions antérieures.

¹ *L'inspection générale des finances, l'inspection générale des affaires sociales et le conseil général des technologies de l'information.*

a) *La création d'un portail du DMP*

(1) Le dispositif initial

Le I de l'article 36 du présent projet de loi de financement tend à insérer un nouvel article L. 161-36-3-1 au sein du code de la sécurité sociale, relatif à l'institution d'un **portail du DMP**.

Ce nouvel article prévoit, en effet, que ce « *service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel* », serait **destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé** et assurerait :

- d'une part, des fonctions d'**information générale** ;

- d'autre part, un **service de gestion** permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de choisir leur hébergeur de données de santé à caractère personnel, de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé ;

- enfin, **le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels¹** et **l'intégrité des transferts** de dossiers médicaux personnels entre les hébergeurs. Le portail devrait produire les statistiques nécessaires à l'évaluation de ce service.

Ce nouvel article prévoit également que les fonctions assurées par ce portail pourront être **mises à disposition d'autres organismes** – dont la liste serait arrêtée par le ministre en charge de la santé – **assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé**.

Enfin, afin de protéger la sécurité des données du malade et le respect de la vie privée, il est précisé que **l'administrateur de ce portail ne pourra en aucun cas accéder aux informations contenues dans le DMP**.

Lors des débats à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que « *la création d'un portail sécurisant – l'accès au DMP commun à tous les professionnels et tous les patients – répond à ce double objectif de simplicité et de sécurité. Afin de ne pas mélanger les genres, ce portail ne pourra exercer aucune fonction d'hébergement. C'est essentiel. La priorité est de sécuriser les données des patients. L'article prévoit que le portail pourra être mis au service d'autres réseaux de santé, comme le dossier communiquant en cancérologie, afin d'éviter des doublons inutiles et de réaliser des économies profitables à tous* ».

D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, la gestion de ce portail serait confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

¹ Cette rédaction résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Jean Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, avec l'avis favorable du gouvernement. Le texte initial prévoyait, en effet, que le portail devait assurer « l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données ainsi que la traçabilité des accès » au DMP.

b) L'instauration d'un droit de masquage

L'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale dispose actuellement qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé **ainsi que du conseil supérieur des professions paramédicales**, fixe les conditions d'application de la présente section et **notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations** qui figurent au DMP.

En outre, il est prévu que ce décret détermine également les modalités de fixation de la tarification applicable aux hébergeurs, au regard des missions qui leur sont confiées pour la gestion du DMP.

Le II de l'article 36 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale apporte deux modifications à ce dispositif :

- d'une part, il supprime l'avis du conseil supérieur des professions paramédicales, qui n'existe plus ;

- d'autre part, de manière plus importante, il prévoit que le décret précisera les conditions dans lesquelles certaines informations pourront être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal. Ceci revient à instaurer un droit de masquage et même, d'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, de prévoir une possibilité de « *masquage du masquage* ».

Lors des débats à l'Assemblée nationale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a ainsi indiqué que « **la question du masquage des données et du masquage du masquage est fondamentale**. Elle s'inscrit dans la droite ligne de la loi Kouchner et a d'ailleurs été réaffirmée dans la loi du 13 août 2004. La France est en pointe en matière de protection des personnels. Nous devons réaffirmer ce principe chaque fois que nous le pouvons. La solution présentée reprend la proposition consensuelle faite par M. Fieschi en 2005. L'identifiant de santé a été créé pour sécuriser l'identification des patients, donc les conditions d'accès au DMP. Il est par conséquent logique que son régime soit le même que celui du DMP ».

Votre rapporteur pour avis est très réservé sur cette proposition. En effet, c'est l'intérêt même du DMP qui est ici en jeu. Si l'alimentation du DMP doit recueillir l'assentiment du patient, il convient de rappeler les dispositions – trop souvent oubliées – de l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale, qui disposent que **le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter.** Le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des

documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier.

Votre rapporteur pour avis estime que **la possibilité de masquer des informations sans que l'on puisse s'en rendre compte atteinte à l'intérêt même du DMP**, car elle risque d'induire le professionnel de santé en erreur, ce qui va à rebours de la philosophie de ce projet. **Pour cette raison, votre commission vous proposera par amendement de supprimer cette possibilité.**

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **amendement** présenté par notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, qui est **de coordination avec le dispositif qu'il avait présenté sur le dossier pharmaceutique** (cf. infra).

c) Les corrections apportées à certaines dispositions existantes

Par ailleurs, le III vise à préciser le champ d'attribution de l'identifiant de santé, mentionné à l'article L. 1111-8-1 du code de la santé, en précisant que celui-ci n'a vocation à être attribué qu'aux bénéficiaires de l'assurance maladie, ce qui paraît de bon sens.

Enfin, le IV tend à rectifier une disposition, introduite par 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, qui s'avère incompatible avec les principes et l'esprit de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En effet, l'article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, tel qu'il résulte de la loi précitée du 5 mars 2007, dispose qu'en préalable à l'établissement du contrat de location, le bailleur ne peut demander au candidat à la location de produire son dossier médical personnel, *« sauf en cas de demande de logement adapté ou spécifique »*. Or **cette exception n'a pas lieu d'être, l'interdiction d'accès du bailleur au DMP devant être absolue.**

3. Un « coup d'accélérateur » pour le dossier pharmaceutique (article 36 bis)

L'article 36 bis résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable du gouvernement, d'un amendement présenté par notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Celui vise à mettre en œuvre au niveau national du dossier pharmaceutique, autorisé à titre expérimental par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) depuis le 15 mai 2007 dans six

départements, sur la base d'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Il précise, en outre, que les informations de ce dossier **utiles à la coordination des soins** seront reportées dans le DMP, alors que l'article L. 136-4-2 du code de la sécurité sociale dispose actuellement que toutes les informations du dossier pharmaceutique doivent alimenter le DMP. **Votre rapporteur pour avis ne voit pas d'objection à cette modification, même s'il craint qu'elle ne conduise à complexifier encore le système.**

4. Les crédits du FIQCS pour 2008 : 301 millions d'euros, dont une partie consacrée à la mise en place du DMP (article 48)

L'article 48 du présent projet de loi de financement fixe à **301 millions d'euros la dotation** accordée par les régimes d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), le **montant maximal des dépenses** de ce fonds étant, quant lui, arrêté à **355 millions d'euros**.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le FIQCS, qui succède à Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la dotation nationale des réseaux (DNDR), a repris les financements disponibles à cette date sur ces deux fonds.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Le I de cet article dispose ainsi que le FIQCS a pour missions :

- de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;
- de financer le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- de concourir au financement d'actions ou de structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- de financer des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de contribuer à la mise en oeuvre du dossier médical personnel et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Votre rapporteur pour avis observe que la Cour des comptes, dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, a critiqué les résultats atteints par ce fonds s'agissant de

l'interopérabilité des systèmes d'information de santé. Elle a ainsi noté que les crédits alloués par l'assurance maladie, par le biais du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)¹, n'ont « ***pas fait progresser de façon significative l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé participant aux réseaux*** ».

Par ailleurs, il prend acte du fait que le FAQSV a subi en 2007 une annulation de 70 millions d'euros du fait des retards dans la mise en œuvre du DMP, après une annulation de 50 millions d'euros en 2006 (cf. supra).

Le gouvernement a indiqué à votre rapporteur pour avis que le montant consacré à la mise en œuvre du DMP devrait s'élever à **80 millions d'euros**.

Il faut toutefois relever que, par construction, le FIQCS bénéficie d'une **foncibilité totale de sa dotation** : de moindres besoins que prévus pour la mise en œuvre du DMP pourraient, le cas échéant, se traduire alors par une augmentation des enveloppes régionales à destination des maisons médicales de garde ou des maisons de santé pluridisciplinaires.

D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis par le gouvernement, il appartiendra au Comité national de gestion de soumettre à la validation du Conseil national du fonds des propositions de réorientations stratégiques pour subvenir aux priorités d'actions nouvelles à financer. Deux points étaient également mis en évidence :

- d'une part, un retard non anticipé dans le calendrier de développement du DMP ou une sous-consommation des enveloppes régionales du FIQCS pourront toujours faire l'objet d'une **régulation** en cours d'année, par le biais d'un gel de crédits ;

- d'autre part, les dotations du FIQCS figurent sur un compte de disponibilités courantes à l'ACOSS et que **les décaissements au profit du fonds sont effectués en fonction des besoins réels d'exécution des dépenses**. Une surdotation éventuelle du FIQCS par rapport aux besoins qui réellement observés n'aurait donc pas d'incidence sur le coût de la gestion financière de l'ACOSS.

Votre rapporteur pour avis portera une attention particulière à l'exécution des dépenses de ce fonds en 2008.

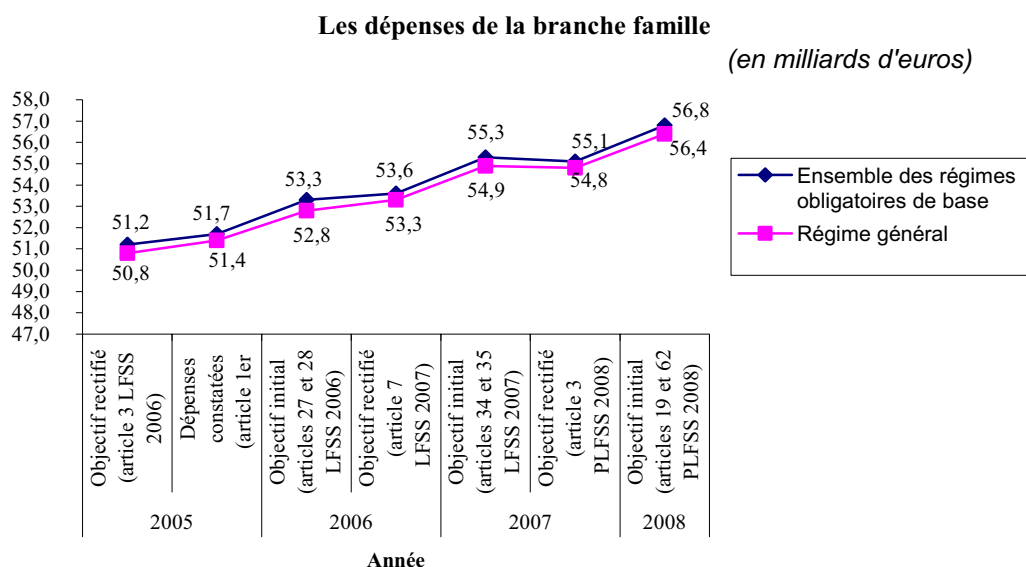
¹ La DNDR a évolué de manière significative depuis sa création. Elle s'élevait à 22, 87 millions d'euros en 2002, 45,86 millions d'euros en 2003, 125 millions d'euros en 2004, 150 millions d'euros en 2005, 140 millions d'euros en 2006 et 170 millions d'euros en 2007. Le nombre de réseaux de santé a connu une forte croissance, puisque l'on en dénombrait 182 en 2003, 610 en 2005 et 860 en 2007.

III. LA BRANCHE FAMILLE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2008

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche famille entre 2005 et 2008, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'une part, et pour le seul régime général d'autre part. Il montre que, jusqu'en 2007, les réalisations de dépenses se sont révélées supérieures aux objectifs fixés ainsi que la croissance continue des dépenses de la branche famille sur cette période.

A compter de l'exercice 2007, l'objectif rectifié laisse apparaître une légère diminution des dépenses par rapport à l'objectif initial (- 0,2 point pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).



Source : commission des finances du Sénat

S'agissant de l'objectif de dépenses fixé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- **l'article 19** fixe l'objectif de la branche famille pour 2008 à **56,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une progression de + 6 % par rapport aux dépenses constatées en 2006 et de + 3 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007 ;

- **l'article 20** fixe l'objectif de la branche famille pour 2008 à **56,4 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de + 5,8 % par rapport aux dépenses constatées en 2006 et de + 2,9 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007.

Ces objectifs sont repris par **l'article 62** du présent projet de loi de financement.

Après plusieurs années déficitaires, en raison notamment de la mise en place de la PAJE, **la branche famille devrait retrouver l'équilibre en 2008.**

Coûts cumulés des mesures nouvelles prises depuis 2005

(en millions d'euros)

| Dispositifs | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Subsidiarité de l'API par rapport à l'ASF | | | 84 | 147 |
| PAJE | 889 | 1.624 | 1.991 | 2.254 |
| ALF | | | 4 | 37 |
| -augmentation participation personnelle de 29 à 30 euros | | | -2 | -2 |
| -abaissement du seuil de non-versement de 24 à 15 euros | | | 6 | 6 |
| -décalage de l'actualisation des ressources et des loyers des allocataires | | | | 33 |
| AAH (1) | 18 | 129 | 146 | 177 |
| AEEH (2) | | 16 | 16 | 16 |
| Total des mesures sur prestations légales | 907 | 1.769 | 2.241 | 2.631 |
| Dotations FNAL | 263 | 434 | 250 | 265 |
| Congé de soutien familial (2) | | | 11 | 11 |
| Plans crèches | 98 | 101 | 114 | 165 |

(1) Prestations à la charge de l'Etat, mesure neutre pour le solde de la CNAF.

(2) Mesures financées par la CNSA, neutre pour le solde de la CNAF.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2007)

Comme le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2007, les dépenses de prestations familiales devraient continuer à ralentir (**+ 2,5 % en 2008 contre + 2,9 % en 2007 et + 4,5 % par an en 2006**), sous le triple effet de **la décélération de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), d'une revalorisation plus faible de la BMAF au 1^{er} janvier 2008 (+ 1 %) et d'une stabilité des naissances.**

Il faut rappeler que la croissance des charges de la branche famille relève avant tout de celle des **aides à la petite enfance et notamment de celle de la PAJE** qui a connu une montée en puissance exponentielle depuis son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

Ainsi, **les aides à la petite enfance**¹ représenteraient, d'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, **une charge de**

¹ Outre la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les aides à la petite enfance comprennent l'APJE (allocation pour jeune enfant, comptabilisée parmi les prestations d'entretien), l'APE (allocation parentale d'éducation), l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) et l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile).

11 milliards d'euros en 2007 (dont 10,5 milliards d'euros au seul titre de la PAJE). En 2008, elles devraient représenter **11,4 milliards d'euros (dont 11,2 milliards d'euros au titre de la PAJE), soit une augmentation de 3,6 %** qui constitue un **net ralentissement par rapport aux années précédentes (+ 10 % en 2006 et + 5 % en 2007).**

En effet, depuis le 1^{er} janvier 2007, la PAJE connaît la fin de sa montée en puissance pour les enfants de moins de trois ans, l'APJE et l'APE ne sont plus servies et l'AFEAMA et l'AGED ne peuvent plus bénéficier, à taux réduits, qu'aux parents d'enfants de plus de trois ans.

Votre rapporteur pour avis tient à souligner **la considérable sous-estimation dont avait fait l'objet la PAJE**, initialement chiffrée à 850 millions d'euros annuels en 2007, dont le **surcoût annuel devrait atteindre près de 2 milliards d'euros en 2007.**

Mais, la décélération observée sur les prestations à destination de la petite enfance devrait se constater également sur les autres prestations de la branche :

- prestations en faveur du handicap : + 3,5 % en 2007 et en 2008 au lieu de + 4,4 % en 2006, année marquée par la mise en place de la majoration de l'AEEH en faveur des parents isolés (à la charge de la CNSA), et par les nouveaux compléments d'AAH (à la charge de l'Etat) ;

- prestations en faveur du logement à caractère familial : + 2,4 % en 2007 contre + 3,4 % en 2006, année de la revalorisation de l'ALF accompagnée de l'abaissement du seuil de non-versement des allocations.

En revanche, **en 2008, cette dernière prestation devrait redevenir dynamique (+ 4,3 %)** sous l'effet de la mesure de report de l'actualisation des ressources et des loyers des locataires de juillet à décembre 2008.

B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI

L'annexe 9 du présent projet de loi de financement estime que les mesures nouvelles impactant la branche famille pour 2008 entraîneront, une **dépense de 35 millions d'euros** et des **économies évaluées à 130 millions d'euros**, soit des économies nettes de **95 millions d'euros**.

Mesures nouvelles¹ impactant l'équilibre de la branche famille du régime général en 2008
(en millions d'euros)

| | |
|--|-----------|
| Droit d'option entre l'AEEH et la PCH | 50 |
| Majoration unique par âge | 80 |
| Alignement des taux d'effort pour les ménages modestes pour la garde des enfants par des assistants maternelles ou en mode collectif | -35 |
| Total | 95 |

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹ Les mesures d'économie, ayant un impact positif sur le solde de la branche, sont positives tandis que les mesures entraînant des dépenses nouvelles au titre de la branche sont négatives.

La mesure nouvelle de dépense impactant la branche famille du régime général en 2008, pour un coût de **35 millions d'euros**, résulte de **l'alignement du taux d'effort pour les ménages modestes entre le mode de garde collectif ou l'accueil à domicile par assistante maternelle** par l'augmentation du complément de libre choix du mode de garde (mesure qui sera prise par voie réglementaire).

En revanche, deux mesures seront génératrices d'économies :

- la **mesure prévue à l'article 60 du projet de loi de finances pour 2008**, instaurant un **droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et les compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** : économie de **50 millions d'euros** pour la branche famille ;

- la définition d'un **âge unique de 14 ans** (au lieu de 11 et 16 ans aujourd'hui) pour la majoration des allocations familiales (mesure qui sera prise par voie réglementaire) : économie de **80 millions d'euros** pour la branche famille.

En outre, votre rapporteur pour avis souligne que la mesure **visant à moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant, prévue à l'article 59 du présent projet de loi, ne faisant l'objet d'aucune estimation financière, sera assurée à moyens constants.**

1. La modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant (article 59)

a) Le droit existant

Le présent article vise à moduler le montant de cette prestation afin de tenir compte de la **différence du coût de la rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant**. Pour ce faire, il ajoute un alinéa à l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale précisant que « *le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant* ».

En effet, l'article du code de la sécurité sociale précité fixe le principe d'une allocation de rentrée scolaire (ARS) à montant unique, sous condition de ressources, pour les enfants inscrits « en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé ».

Le **plafond de ressources** varie selon le nombre d'enfants à charge et son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté.

Pour la rentrée 2007-2008, il est fixé à **21.991 euros pour 1 enfant, 27.066 euros pour 2 enfants, 32.141 euros pour 3 enfants**. Ce plafond est majoré de **5.075 euros** par enfant à charge à partir du quatrième.

Le montant de l'ARS est le même pour toutes les familles bénéficiaires et pour chaque enfant de 6 à 18 ans.

Calculé sur la base mensuelle de calcul des prestations familiales, il s'établit à **272,57 euros par enfant de 6 à 18 ans** pour la rentrée scolaire 2007-2008.

L'ARS bénéficie à environ **2,8 millions de familles pour un coût total d'environ 1,3 milliard d'euros.**

b) Le dispositif proposé

L'allocation de rentrée scolaire s'inscrit dans la logique de **compensation du coût de l'enfant d'autant plus élevée que les revenus sont bas, permettant d'égaliser le taux d'effort des ménages.** Si cette compensation atténue relativement équitablement la perte de niveau de vie engendrée par la présence d'enfants, le dispositif actuel ne **permet pas de compenser l'augmentation du coût de l'enfant à mesure qu'il avance en âge.**

Or, selon une étude des services de la CNAF en 2002, **la rentrée d'un lycéen coûterait trois fois plus et celle d'un collégien près de deux fois plus que la rentrée d'un écolier.**

La modulation de ce montant, pour tenir compte de la dépense réellement engagée par la famille, est une demande récurrente des associations familiales et a déjà été abordée lors de l'examen des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale. Elle figure également au titre des préconisations de la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale de juillet 2007.

Votre rapporteur pour avis estime que cette mesure apparaît équitable et permettrait de rééquilibrer quelque peu l'écart de compensation existant entre le coût du jeune enfant (de moins de 6 ans, cible privilégiée des prestations familiales) et celui de l'adolescent, d'autant que le financement de cette mesure sera assuré à moyens constants, et impliquera la réduction corrélative de celle du jeune enfant.

2. Le droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et les compléments d'allocation de l'enfant handicapé (article 60)

Cet article vise à instaurer un droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Dans le droit existant, **les enfants handicapés bénéficient de l'AEEH**, prestation constituée d'une allocation de base (119,72 euros) et d'un complément, subdivisé en 6 catégories selon le degré de gravité du handicap et l'importance des charges liées à ce handicap (de 89,79 euros à 999,83 euros).

En revanche, en vertu de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, les enfants handicapés ne peuvent percevoir la PCH¹, prestation de compensation à domicile qui finance les aides humaines et techniques induites par le handicap, bien qu'ils puissent tout de même bénéficier **de la compensation des charges liées à l'aménagement du logement et du véhicule ainsi qu'aux surcoûts des frais de transport** (visée au 3° de l'article L. 245-3 du même code).

Le 1° du I de cet article étend le bénéfice de la prestation de compensation aux **enfants handicapés de moins de 20 ans, permettant la généralisation de la PCH à toutes les personnes handicapées**, conformément aux dispositions de la loi « handicap » du 11 février 2005, qui prévoit à terme l'harmonisation de tous les régimes de compensation du handicap.

Le 2° du I organise les **modalités de cumul** entre l'AEEH et la PCH.

Ainsi, les familles percevront toujours l'allocation de base de l'AEEH, mais elles devront **choisir entre le versement du complément de cette même prestation ou de la PCH**. Dans le cas où la famille opterait pour le complément d'AEEH, elles continueront à pouvoir bénéficier des prestations de compensation liées à l'aménagement du logement et du véhicule ainsi qu'aux surcoûts des frais de transport.

Cette mesure a l'avantage de fournir une aide adaptée aux différents besoins : en effet, les familles se trouvant dans l'obligation de recourir à des aides humaines rémunérées auront davantage intérêt à opter pour la PCH. Dans le cas où l'accompagnement est effectué par les seuls parents, l'AEEH et son complément seront plus avantageux.

L'article prévoit qu'un décret déterminera les conditions d'attribution de l'AEEH et de la PCH aux parents élevant un enfant handicapé en garde alternée.

Le II de cet article modifie l'article L. 541.4 du code de la sécurité sociale en **étendant le dispositif de majoration de complément de l'AEEH** pour les **parents isolés** d'enfants handicapés nécessitant l'aide d'une tierce personne, à la **prestation de compensation**.

Le III complète l'article L. 544-9 du code de la sécurité sociale en excluant le cumul entre la compensation de l'aide humaine de la PCH visée au 1° de l'article L.245-3 du code de l'action sociale et des familles et l'allocation journalière de présence parentale.

Le IV prévoit que ces mesures entrent en vigueur le 1^{er} avril 2008. Ce délai est destiné à permettre aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichet unique en matière de handicap, de faire face à ces nouvelles missions.

¹ Cette prestation a été introduite par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées.

Notre collègue député Hervé Fréron, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale, préconise la mise en place de mesures transitoires lors de la première année, à l'instar de celles prévues lors de l'entrée en vigueur de la « loi handicap ».

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure, qui devrait représenter une **économie de 50 millions d'euros sur les charges supportées par la branche famille au titre des compléments de l'AEEH**. Il observe toutefois que cette mesure s'apparente à un transfert de charges, la « PCH enfants » relevant, quant à elle du financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

3. La clarification des conditions d'attribution des prestations familiales aux ressortissants étrangers (article 61)

Cet article vise à clarifier le droit aux prestations familiales françaises des ressortissants étrangers, en distinguant les ressortissants communautaires des autres ressortissants résidant régulièrement en France. Il fixe également les règles de cumul entre les prestations familiales françaises et étrangères.

- Sur la régularité du séjour des ressortissants communautaires.

L'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale subordonne le droit aux prestations familiales, pour tous les étrangers, à la détention d'un titre de séjour régulier.

Or, depuis 2004, les ressortissants communautaires ne sont plus astreints à la détention d'un tel titre puisqu'ils bénéficient du **principe de liberté de circulation** sur les territoires des Etats membres, dès lors qu'ils respectent les **conditions de régularité de séjour, à savoir, dans le cas de séjours de plus de trois mois, disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie¹**.

Ainsi, le présent projet réécrit le premier alinéa de l'article L 512-2 du code de la sécurité sociale en distinguant le cas des ressortissants communautaires du cas des autres étrangers.

S'agissant des ressortissants communautaires, ainsi que des ressortissants d'un **Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen** et des ressortissants de la **Confédération helvétique** (en vertu d'un accord de juin 1999), ils bénéficieront de **plein droit des prestations familiales dès lors qu'ils remplissent les conditions de régularité de séjour**.

¹ Ces conditions ont été introduites par la directive 2004/38 CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, et ont été transposées par la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

S'agissant des étrangers non ressortissants communautaires, ils devront justifier de la **régularité de leur séjour en France** selon des modalités fixées soit par la **législation française**, soit par **des traités ou accords internationaux**.

- **Sur la limitation du cumul des prestations françaises et étrangères.**

La mesure envisagée vise à **étendre la règle qui limite le cumul de prestations familiales françaises et étrangères aux prestations familiales versées en application de traités, d'accords et de conventions internationaux (article L. 512-5), aux prestations versées :**

- **soit en application du droit interne d'un Etat ou d'une entité infra-étatique étrangère,**

- **soit en application des statuts et règles propres à une organisation internationale.**

Jusqu'à présent, la législation ne visait que les prestations perçues en application de traités, d'accords et de conventions internationaux. Or certains bénéficiaires perçoivent **des prestations sur la base d'un autre texte, issu de la législation interne d'un autre Etat ou des statuts des organisations internationales** (par exemple les salariés d'organisations internationales résidant en France), qu'ils pouvaient librement cumuler avec les prestations familiales françaises. Les bénéficiaires de ce cumul, pour peu nombreux qu'ils soient, ont pour la plupart des revenus élevés.

Outre la fin de ce cumul, le nouvel article prévoit le versement d'une **allocation différentielle** en cas de cumul de droit entre les allocations françaises et étrangères.

A l'initiative de notre collègue député M. Hervé Féron, l'alinéa relatif à cette allocation différentielle a été réécrit pour préciser qu'une telle allocation ne peut être versée que si **le montant des prestations familiales étrangères est inférieur au montant des prestations familiales du régime français.**

4. L'extension de la procédure d'expertise médicale aux contestations des décisions du contrôle médical pour le versement de l'AJPP (article 61 bis)

A l'initiative de nos collègues députées, Michèle Tabarot et Valérie Rosso-Debord, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un article 61 *bis* visant à **étendre les contestations des décisions du service du contrôle médical, à la procédure d'expertise médicale** prévue par l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale.

En effet, **l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)** créée par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, est destinée aux personnes qui assument la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident rendant indispensable une présence et des soins contraignants. Le droit à cette prestation est subordonné à **l'avis favorable du service du contrôle médical** dont relève l'enfant en qualité d'ayant-droit de l'assuré.

Or, le contentieux du contrôle médical relève du **tribunal des affaires de sécurité sociale, dont les délais de jugement semblent inadaptés** pour répondre aux litiges relatifs aux seules conditions médicales.

Aussi, est-il proposé **d'étendre la procédure d'expertise médicale** prévue par l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale, aujourd'hui limité essentiellement aux prestations d'assurance maladie. La procédure applicable au contentieux général de la sécurité sociale serait maintenue en cas de contestation du refus portant sur les conditions administratives.

Votre rapporteur pour avis estime que **cette mesure est raisonnable et guidée par l'intérêt des familles en difficulté.**

IV. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LA COMPENSATION VERSÉE À LA BRANCHE MALADIE : UN MONTANT MAINTENU À 410 MILLIONS D'EUROS

L'article 57 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de fixer le versement à la branche maladie à **410 millions d'euros en 2008**, soit le même montant qu'en 2007 et une réévaluation de plus de 24 % par rapport au montant versé entre 2003 et 2006.

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**, phénomène qui a été exposé par de nombreux rapports.

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. Le rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, remis au Parlement et au gouvernement en juin 2005, aboutit à *« la conclusion que la dépense en cause atteint probablement, a minima, une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies) »*.

Votre rapporteur pour avis s'était félicité de la réévaluation effectuée l'an dernier, en observant que le montant de la dotation alors fixé était supérieur au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport de juin 2005, alors qu'il était traditionnellement fixé à ce niveau. Dès lors qu'il n'a été procédé à aucune réévaluation de ces sous-déclarations, il n'y a pas lieu de revaloriser le montant du versement fixé l'an dernier.

B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : PLUS DE 1,16 MILLIARD D'EUROS EN 2008

Le coût du drame de l'amiante monte progressivement en puissance, maintenant que les principaux éléments du cadre législatif sont fixés.

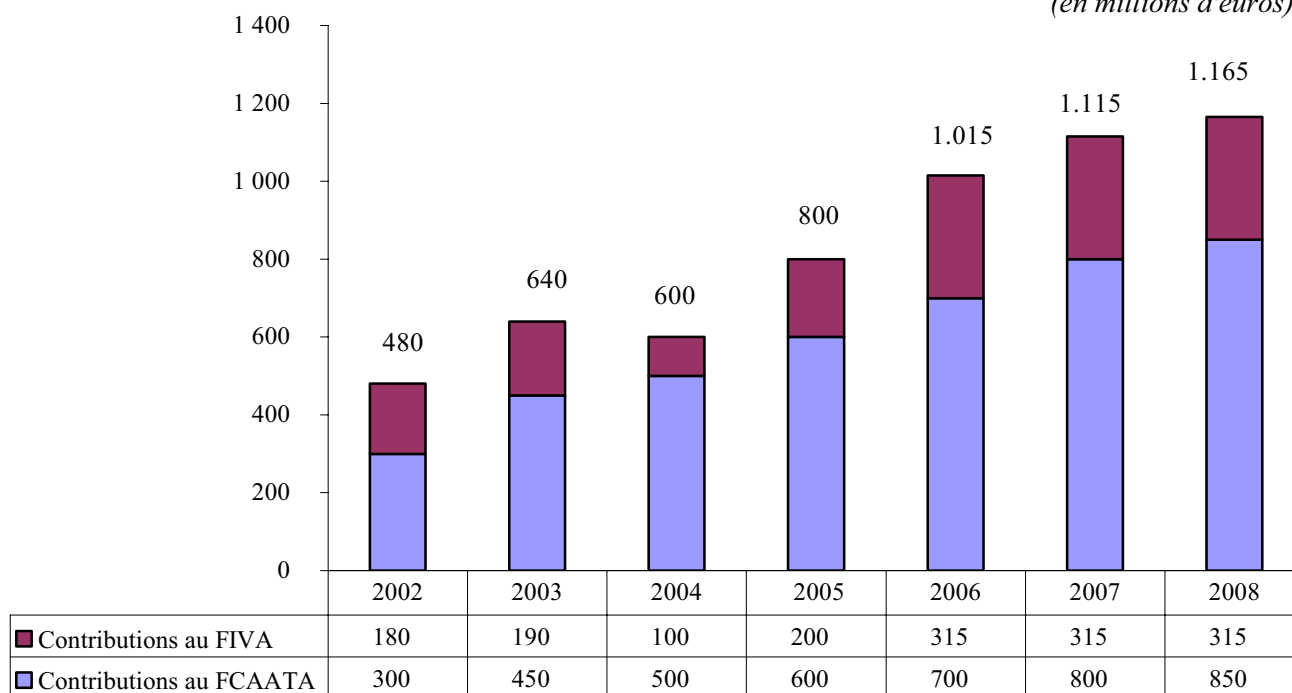
La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des deux fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds pèsent de plus en plus sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP contribuerait ainsi pour près de 6,6 milliards d'euros au financement des fonds sur la période 2002-2008.

Le tableau suivant retrace les dotations versées par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante, qui **augmentent de 50 millions d'euros en 2008 par rapport aux dotations versées en 2007.**

Contributions de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)



Les projections relatives au coût des indemnités des victimes de l'amiante

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait prévu la remise au Parlement d'un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

La troisième partie de ce rapport présente les perspectives financières pour les vingt prochaines années, tant pour l'indemnisation des victimes que pour la cessation anticipée d'activité, même s'il est précisé que, compte tenu de l'insuffisance des informations disponibles, s'agissant des éléments financiers comme des données épidémiologiques, ces estimations « *doivent être regardées comme des tendances que la littérature actuelle permet de tracer mais qui seront révisées dans les années futures* ».

Dans ce cadre, le rapport estime que le coût annuel moyen de la prise en charge des **pathologies malignes** liées à l'amiante (victimes de mésothéliomes et cancers broncho pulmonaires ainsi que leurs ayants droit) pourrait être compris **entre 493 millions et 928 millions d'euros par an** et, sur 20 ans, entre 9,9 et 18,5 milliards d'euros. Le coût annuel en fin de période devrait être nettement supérieur au coût constaté en début de période (rapport de 1 à 4 au moins).

L'indemnisation des **pathologies bénignes** liées à l'amiante serait quant à elle comprise au total **entre 91 et 177 millions d'euros par an** en moyenne et entre 1,8 et 3,6 milliards d'euros sur les 20 prochaines années, la quasi-totalité de l'indemnisation de ces pathologies étant prise en charge par le FIVA.

Le coût annuel de l'indemnisation de l'ensemble des pathologies liées à l'amiante (hors dispositif de cessation anticipée d'activité) serait donc compris entre 584 millions et 1,1 milliard d'euros par an en moyenne et le coût total sur 20 ans compris entre 11,7 et 22 milliards d'euros. L'essentiel de l'écart entre les hypothèses basse et haute s'explique par les écarts dans les prévisions épidémiologiques qui sont particulièrement importantes pour les cancers broncho-pulmonaires.

Le coût de la cessation anticipée d'activité, financé par le FCAATA, serait également important. Selon les hypothèses retenues pour évaluer ce coût, le nombre de bénéficiaires au titre des listes continuerait à augmenter jusqu'en 2006, pour atteindre un pic de près de 32.000 allocataires. Il diminuerait ensuite progressivement, cette baisse s'accroissant par la suite pour atteindre environ 6.400 bénéficiaires à l'horizon 2022. Pour les salariés entrant dans le dispositif au titre de la maladie professionnelle, la montée en charge du dispositif serait régulière jusqu'en 2016, avec un plafond de 14.395 bénéficiaires, stable jusqu'en 2022.

Sur cette base, **la fourchette de coût de la prise en charge des victimes de l'amiante (indemnisation et cessation anticipée d'activité) serait comprise entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros par an et entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.** Cet écart important est directement lié à l'état des évaluations épidémiologiques disponibles.

Le tableau suivant retrace ces projections, en indiquant la charge incombant aux différents organismes intervenant dans le champ de prise en charge particulière des victimes de l'amiante :

**Répartition du coût de l'indemnisation de l'amiante
entre les différents organismes**

(en millions d'euros)

| | coût annuel | | coût sur 20 ans | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | hypothèse basse | hypothèse haute | hypothèse basse | hypothèse haute |
| Sécurité sociale | 264 | 501 | 5 823 | 10 019 |
| FIVA | 323 | 610 | 6 476 | 12 206 |
| FCAATA | 751 | 751 | 15 013 | 15 013 |
| Total | 1 338 | 1 862 | 26 772 | 37 238 |

Source: rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2004)

1. La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité, c'est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) qui finance cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante, de même qu'il a été étendu aux

personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a également étendu le dispositif aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Depuis le 1^{er} janvier 2003, quatre arrêtés complétant et modifiant les listes d'établissements ouvrant droit au bénéfice de l'allocation ont été pris. Le dispositif couvrant les secteurs d'activité où l'amiante a été le plus largement utilisé, il n'est pas envisagé de nouvelle extension de son périmètre.

Si la montée en charge du dispositif se poursuit, le nombre de sorties du dispositif est de plus en plus important, ce qui explique un **léger fléchissement de l'augmentation du nombre des allocations versées**, ainsi que le montre le tableau suivant :

Nombre d'entrées et de sorties et nombre d'allocations versées par le FCAATA

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Entrées | 3 894 | 9 697 | 18 032 | 25 717 | 33 361 | 40 397 | 46 731 |
| Sorties | 109 | 545 | 1 351 | 3 201 | 5 962 | 9 029 | 13 672 |
| Nombre d'allocations versées | 3 785 | 9 152 | 16 681 | 22 516 | 27 409 | 31 368 | 33 059 |

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Le tableau qui suit retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA. On observe que, **depuis 2003, les produits sont inférieurs aux charges supportées par le fonds, qui voit maintenant sa réserve cumulée devenir fortement négative, à hauteur de 259 millions d'euros en 2007.**

Votre rapporteur pour avis souhaite que, à l'occasion de l'examen de l'article 56 du présent projet de loi de financement, le gouvernement fasse part de ses intentions afin de combler ce déficit cumulé.

Compte tenu de l'évolution constatée les années précédentes, la contribution prévue par cet article pourrait ne pas être suffisante pour combler les besoins de l'année 2008, ni, *a fortiori*, pour remédier à cette situation. A cet égard, les réponses aux questions adressées par votre rapporteur pour avis relèvent deux points :

- d'une part, les charges du fonds devraient continuer à croître en 2008 ;

- d'autre part, le gouvernement envisage une réforme, destinée à « mieux cibler les populations réellement exposées ».

Evolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 (prev.) |
|--|----------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------------|
| CHARGES | 9 | 54 | 166 | 325 | 516 | 650 | 787 | 872 | 915 |
| Charges gérées par la branche AT/MP | 8 | 50 | 151 | 285 | 442 | 564 | 678 | 754 | 793 |
| ATA brute | 7 | 39 | 123 | 231 | 358 | 455 | 549 | 608 | 641 |
| Cotisations assurance vieillesse | 1 | 9 | 26 | 49 | 77 | 100 | 118 | 134 | 140 |
| Charges de gestion des CRAM | 0,1 | 0,5 | 2 | 5 | 7 | 9 | 11 | 12 | 13 |
| Charges gérées par la CDC | 1 | 13 | 81 | 40 | 74 | 86 | 109 | 118 | 122 |
| Cotisations de retraite complémentaire | 1 | 13 | 81 | 40 | 74 | 86 | 103 | 117 | 122 |
| Charges de gestion CDC | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,1 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| PRODUITS | 9 | 134 | 238 | 335 | 483 | 528 | 697 | 753 | 859 |
| Contribution de la branche AT/MP | 0 | 103 | 206 | 300 | 450 | 500 | 600 | 700 | 800 |
| État – droits tabacs | 9 | 31 | 32 | 34 | 32 | 28 | 29 | 32 | 29 |
| Produits financiers CDC | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Nouvelle contribution employeurs | | | | | | | 68 | 21 | 30 |
| Résultat net | 0 | 80 | 72 | 10 | -33 | -122 | -90 | -119 | -56 |
| Réserve cumulée | | 80 | 152 | 161 | 128 | 6 | -84 | -203 | -259 |

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Depuis sa création effective, en juillet 2002, et jusqu'au 31 mai 2007, le fonds a fait 32.784 offres d'indemnisation et le montant des indemnisations versées s'élève à **1,43 milliard d'euros**. Entre juin 2006 et mai 2007, le FIVA a enregistré 22.681 demandes d'indemnisation. Il a enregistré 49.547 demandes depuis janvier 2005.

Evolution de la situation du FIVA

(en millions d'euros)

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Total |
|----------------------------------|-------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Contribution de la branche AT-MP | 438,3 | 180,0 | 190,0 | 100,0 | 200,0 | 315,0 | 315,0 | 1 738,3 |
| Contribution de l'Etat | | 38,0 | 40,0 | 52,0 | 0,0 | 48,0 | 50,0 | 228,0 |
| Dotations | 438,3 | 218,0 | 230,0 | 152,0 | 200,0 | 363,0 | 365,0 | 1 966,3 |
| Dotations cumulées | 438,3 | 656,3 | 886,3 | 1 038,3 | 1 238,3 | 1 601,3 | 1 966,3 | |
| Dépenses | 0,0 | 14,1 | 176,7 | 462,0 | 432,0 | 392,0 | 482,0 | 1 958,8 |
| Résultat net annuel | 438,3 | 203,9 | 53,3 | -360 | -85 | 10 | -83 | |

Source: d'après les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue à 507 millions d'euros les charges du FIVA en 2008 et ses produits à 399 millions d'euros, compte tenu des 315 millions d'euros versés en application de l'article 56 et des 50 millions d'euros inscrits sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». **L'année 2008 devrait donc être marquée par une nouvelle diminution du fonds de roulement du FIVA**, estimé à 205 millions d'euros fin 2007 et à 97 millions fin 2008 par l'annexe précitée.

C. LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP

1. Le plafonnement de la rente d'incapacité permanente en cas d'accidents successifs (article 54)

L'article 54 du présent projet de loi de financement tend à plafonner, en cas d'accidents successifs, les rentes d'incapacité permanente versées en application de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Actuellement, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital.

Il est donc possible, dans ces conditions, d'aboutir à un montant de rente supérieur au dernier salaire.

L'article 54 précise donc que **le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.**

Cette mesure est justifiée par le fait que la rente a pour but d'indemniser la perte de capacité en gain. Or, aucun accident ne peut occasionner, à lui seul, plus de 100 % d'incapacité permanente. **Les économies attendues de ce dispositif ne sont pas chiffrées.**

2. La clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail (article 55)

L'article 55 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à modifier l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002¹, qui avait amélioré les rentes viagères servies aux ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail.

En application du I de cet article, désormais codifié à l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale, le conjoint, le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants.

Les II de l'article 53 de la loi précitée de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui avait pour objet de préciser les conditions d'application de ces dispositions, a toutefois fait référence aux « accidents » et non aux « décès » des personnes. Il prévoyait ainsi que ces dispositions étaient applicables aux **accidents** survenus à compter du 1^{er} septembre 2001.

L'article 55 du présent projet de loi de financement tend à préciser qu'elles s'appliquaient aux décès survenus à compter de cette date, afin de lever certaines incertitudes juridiques et de permettre aux ayants droit de bénéficier de ces taux plus avantageux que ceux applicables précédemment. **Cette mesure a un coût estimé à 10 millions d'euros en 2008**, d'après les données figurant à l'annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination présenté par notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

3. L'obligation de motiver le refus d'inscrire un établissement sur la liste ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (article 56 bis)

Adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Roland Muzeau, avec l'avis favorable du gouvernement, l'article 56 bis du présent projet de loi de financement tend à rendre obligatoire la **motivation des décisions de refus** d'inscription d'un établissement sur la liste donnant droit aux salariés à bénéficier d'une allocation de cessation anticipée d'activité, versée par le FCAATA.

¹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001.

Dans le droit actuel, il est simplement précisé que la décision d'inscription d'un établissement sur cette liste doit être notifiée à l'employeur et faire l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné.

V. LES MESURES RELATIVES À L'ORGANISATION DES BRANCHES ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

A. LES MESURES RELATIVES À L'ORGANISATION DES BRANCHES

1. La mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) (article 63)

L'article 63 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale met en place un cadre législatif permettant la signature d'**une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)**.

On rappellera que, en application des dispositions de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, l'UCANSS assure les tâches mutualisées de la **gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale**.

Le I de l'article 63 du présent projet de loi de financement propose de compléter les missions du conseil d'orientation de l'UCANSS, qui est chargé de définir les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Il prévoit, ainsi, qu'il donnera son **avis sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion** qui sera signée avec l'Etat.

Le II de cet article modifie ensuite l'article L. 224-5-2 du code de la sécurité sociale, afin d'accorder au **comité exécutif des directeurs** la mission de déterminer, pour la conclusion de la convention d'objectifs et de gestion, les **orientations pluriannuelles relatives aux missions de l'union** ainsi que l'ensemble des **moyens nécessaires** à la réalisation de ces orientations. L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel sur ce point, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Le III tend à insérer deux articles (L. 224-5-5 et L. 224-5-6) au sein du code de la sécurité sociale, afin de **préciser les dispositions relatives à cette convention d'objectifs et de gestion** conclue entre l'Etat et l'UCANSS, qui sera signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur de l'union.

En application du nouvel article L. 224-5-5, cette convention devra :

- déterminer les orientations pluriannuelles liées à la mise en œuvre des missions confiées à l'UCANSS ;
- déterminer les moyens de fonctionnement dont l'union dispose ;
- fixer les règles de calcul et d'évolution de son budget ;
- prévoir les indicateurs associés aux objectifs fixés ;

- préciser les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a précisé que cette convention, conclue pour une durée minimale de **quatre ans**, et, le cas échéant, les avenants qui la modifient, devront être transmis aux **commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond** du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En application du nouvel article L. 224-5-6, les caisses nationales et l'ACOSS devront conclure avec l'UCANSS une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention, signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'ACOSS et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur, sera transmise au ministre chargé de la sécurité sociale.

Les IV et V adaptent les règles budgétaires applicables à l'UCANSS, en alignant le régime d'approbation des décisions de ses organes délibérants sur celui applicable aux caisses nationales et de l'ACOSS. A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision sur ce point.

Votre rapporteur pour avis approuve la philosophie de cet article, les conventions d'objectifs et de gestion constituant un outil intéressant d'amélioration de la performance. En outre, les caisses nationales et l'ACOSS disposant déjà d'une telle convention, il paraît cohérent que l'UCANSS en soit également dotée.

2. La rationalisation de l'application des règles des marchés publics applicables aux organismes de sécurité sociale (article 64)

L'article 64 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte diverses mesures tendant à améliorer la performance des organismes de sécurité sociale, notamment au regard de la passation des marchés publics.

Le I prévoit ainsi d'accorder à l'UCANSS la possibilité d'assurer la fonction de **centrale d'achat** pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'ACOSS ou des organismes locaux.

Le II réécrit l'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale afin d'assouplir et de réactualiser les règles actuelles, qui prévoient que *« pour l'application des schémas directeurs définis, pour les besoins des organismes locaux en matière d'informatique nationale, par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ces organismes*

nationaux peuvent passer, pour leur propre compte et celui de leurs organismes locaux, des conventions de prix assorties de marchés types ».

Ainsi, les caisses nationales, l'ACOSS et l'UCANSS pourront passer, pour leur propre compte et celui des organismes locaux, **des marchés ou des accords-cadres**, sans que ceux-ci soient restreints au domaine informatique. Il est précisé que, dans le cadre de la procédure d'accord-cadre, lorsque celui-ci est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux passent les marchés subséquents dans les conditions fixées par arrêté. Lorsque l'accord-cadre est attribué à un seul opérateur économique, les organismes locaux sont alors dispensés du respect de ces obligations.

Le III offre les mêmes possibilités à la **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (fonctions de centrale d'achat et passation de marchés ou d'accords-cadres).

Le IV étend le régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics aux groupements d'intérêt public et aux groupements d'intérêt économique financés majoritairement par ces organismes.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement de coordination tirant les conséquences de la fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la CNAMTS (*IV bis*). Ces conséquences sont également tirées par le V de l'article 64.

Votre rapporteur pour avis approuve ces dispositions, qui paraissent de nature, d'une part, à simplifier et à sécuriser les procédures de passation des marchés publics, d'autre part, à fournir aux branches des instruments utiles à la réduction de leurs coûts de fonctionnement.

3. Le renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (article 65)

a) Les dispositions de l'article 65

L'article 65 du présent projet de loi de financement tend à renforcer le rôle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui a engagé un travail de restructuration de son réseau de caisses.

Ainsi, **le I** de cet article propose d'insérer un nouvel article L. 723-4-1 au sein du code rural, afin de permettre au conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole de décider, sur proposition de l'assemblée générale centrale, la **fusion de deux ou plusieurs caisses de mutualité sociale agricole**.

La date d'effet de la fusion est alors fixée au 1^{er} janvier de l'année civile du terme du mandat des membres des conseils d'administration des

caisses appelées à fusionner ou au premier jour du mois civil suivant le terme de ce mandat.

A cette fin, le conseil central d'administration peut, en lieu et place des conseils d'administration des caisses concernées, constituer en son sein une **commission chargée de prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse**. Cette commission, dont la composition est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture, peut s'adjoindre des personnalités qualifiées désignées par le conseil central d'administration. Ses décisions sont soumises au contrôle de l'Etat et sont exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation.

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels présentés par notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Les II et III confortent également les pouvoirs de la CCMSA, qui se voit ainsi confier le pouvoir :

- de prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ;

- d'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses de mutualité sociale agricole, ainsi que sur les groupements d'intérêt économique et associations à but non lucratifs constitués en vue de créer des services d'intérêt commun regroupant plusieurs caisses ;

- de contrôler la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations de sécurité sociale par les caisses de mutualité sociale agricole.

Les modalités de ces contrôles seront fixées par décret.

b) Des dispositions qui s'inscrivent dans la lignée des recommandations de la Cour des comptes

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, **la Cour des comptes relevait que l'organisation de la MSA devait être reconfigurée**, que la gestion des caisses devait être améliorée et le pilotage central devait être renforcé.

Ces dispositions s'inscrivent dans le droit fil des remarques de la Cour des comptes. Elles paraissent de nature à favoriser la recomposition du réseau de la MSA et à en améliorer la gestion, ce dont votre rapporteur pour avis se félicite.

B. LE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL ET DE CERTAINES DEPENSES DE SANTÉ

1. Le contrôle des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (article 70)

L'article 70 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale a pour objet d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) et de la prise en charge des soins d'urgence. On rappellera que le service du contrôle médical a pour mission de conseiller, d'accompagner et de contrôler les assurés et les professionnels de santé. Il veille également à la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

a) La mise en œuvre d'une recommandation d'un audit de modernisation

Cet article met en œuvre une **recommandation de la mission d'audit de modernisation sur la gestion de l'AME¹**, qui jugeait que « *le contrôle médical, dont l'extension aux soins urgents est prévue par la circulaire du 16 mars 2005 sans être mise en œuvre par la CNAMTS à ce jour (...), pourrait également concerner les bénéficiaires de l'AME, le cas échéant en prévoyant l'adaptation juridique nécessaire* ».

D'après l'analyse de la mission d'audit précitée, **cette mesure se justifie davantage par l'équité de traitement que par l'impact attendu sur les finances publiques** : « *Dans le contexte actuel, l'impact attendu demeurerait limité étant donné les caractéristiques des prestations offertes (essentiellement en nature) et la prépondérance des soins en milieu hospitalier, pour lesquels les abus de soins ne peuvent a priori être suspectés. Ce contrôle serait néanmoins justifié sur le principe pour des raisons d'équité vis-à-vis des assurés sociaux. Il pourrait notamment être envisagé pour permettre aux praticiens-conseils de vérifier la nature des prescriptions des gros consommateurs repérés* ».

Votre rapporteur pour avis souscrit aux dispositions prévues par cet article, compte tenu de l'enjeu que représente pour l'Etat ce poste de dépenses, qui a longtemps été sous-évalué en loi de finances initiale. Il convient de rappeler que, si les crédits inscrits en projet de loi de finances pour 2008 sont majorés de 180 millions d'euros par rapport à l'exercice 2007, des mesures d'économie de 102 millions d'euros par rapport au tendanciel de dépenses sont attendues, notamment par la mise en place d'un ticket modérateur, décidée par le Parlement dans le cadre de la seconde loi de finances rectificative pour 2002².

¹ Rapport IGF n° 2006-M-085-02, IGAS n° RM2007-026P, mai 2007.

² Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 (article 57).

b) Le dispositif proposé

A cette fin, **le I** de cet article propose :

- d'étendre le périmètre de compétences du contrôle médical aux prestations prises en charge au titre de l'AME et au titre de la procédure d'urgence ;

- de préciser que le service du contrôle médical peut procéder à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.

- d'étendre le contrôle exercé par le service médical aux médicaments, produits ou prestations pris en charge au titre de l'AME ou des soins urgents ;

- d'étendre aux professionnels de santé qui dispensent des soins aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents la possibilité, pour le service du contrôle médical, de procéder, sur le plan médical, aux analyses qu'il est aujourd'hui chargé d'assurer pour ce qui concerne l'activité des professionnels de santé qui dispensent des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Le II modifie l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale qui **subordonne à l'accord préalable du service du contrôle médical le bénéfice de certaines prestations** de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

Seront ainsi subordonnées à cet accord les prestations servies au titre de l'AME ou des soins urgents, dont le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'Etat.

Le 2° du II apporte une modification de coordination.

Le 3° du II étend aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents la possibilité d'être informés par les caisses de la suspension du service d'une prestation que le service du contrôle médical estime ne pas être médicalement justifiée.

Enfin, les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents seront également tenus de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, sous réserve de la procédure particulière prévue en cas d'affection de longue durée qui prévoit un examen spécial conjoint par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale.

Enfin, **le III** apporte différentes mesures de coordination, afin :

- d'étendre aux soins dispensés à un bénéficiaire de l'AME ou de la prise en charge des soins urgents la possibilité de bénéficier d'une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés ;

- de leur permettre de bénéficier de la possibilité de choisir un médecin qui sera associé aux recommandations faites par le service du contrôle médical ;

- de les inclure dans la catégorie des personnes recevant les recommandations sur les soins et les traitements appropriés faites par le service du contrôle médical et, le cas échéant, par le médecin choisi par le bénéficiaire des soins.

2. Les conditions nécessaires pour bénéficier d'une indemnité journalière en cas d'accident du travail (article 71)

La personne victime d'un accident du travail reçoit, en application des dispositions de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, une indemnité journalière (IJ) payée par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident.

Le I de l'article 71 du présent projet de loi de financement propose de subordonner ce droit à l'indemnité journalière au respect des dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, applicable aux IJ maladie. La personne serait ainsi tenue :

- d'observer les prescriptions du praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, l'article L. 323-6 précité dispose que la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

En outre, le II prévoit que le contrôle médical applicable aux IJ maladie s'appliquerait également aux IJ accidents du travail.

Ces mesures apparaissent bienvenues. Il n'y avait en effet pas lieu de traiter différemment ces deux types d'indemnités journalières.

3. L'expérimentation d'une nouvelle procédure de contrôle des arrêts de travail (article 66)

L'article 66 du présent projet de loi de financement propose **d'expérimenter une nouvelle procédure de contrôle des arrêts de travail**, dérogeant ainsi à la procédure actuellement prévue à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

En application de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, **un employeur peut**

demander un contrôle médical des arrêts de travail de ses salariés. Si le contrôle effectué conclut à **l'absence de justification** d'un arrêt de travail, le médecin transmet son avis au **service du contrôle médical** de la caisse d'assurance maladie concernée. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse d'assurance maladie **suspend le versement des indemnités journalières** après en avoir informé l'assuré.

L'article 66 du présent projet de loi de financement introduit la possibilité d'**expérimenter** une autre procédure de contrôle des arrêts de travail. Cette expérimentation sera menée **par les caisses de sécurité sociale qui, en 2006, ont servi un nombre d'indemnités journalières par assuré supérieur à la moyenne nationale** et qui figurent sur une liste fixée par le directeur général de l'UNCAM.

Dans ce cadre, lorsque le contrôle effectué à la demande de l'employeur conclut à un arrêt de travail injustifié, le service du contrôle peut :

- soit procéder à **un autre contrôle**, ce qui est aujourd'hui prévu à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale ;

- soit, « *sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire* », demander à la caisse d'assurance maladie de **suspendre le versement des indemnités journalières** dues au salarié. L'assuré et l'employeur sont informés de cette mesure. Le salarié peut, pendant un délai fixé par décret, demander une **contre-visite** au service du contrôle médical.

Si le premier contrôle, ou le second effectué à la demande du salarié, conclut à un arrêt de travail justifié, la caisse d'assurance maladie maintient ou rétablit les indemnités journalières.

Dans le cas où il est décidé de suspendre le versement des indemnités journalières et qu'un arrêt de travail est consécutivement prescrit, la caisse d'assurance maladie suspend le versement des indemnités et saisit le service du contrôle médical, qui rend un avis dans un délai fixé par décret.

L'article 66 du présent projet de loi de financement prévoit que l'expérimentation prend **fin le 31 décembre 2009**. Un **rapport d'évaluation** de cette expérimentation sera transmis au Parlement avant le 30 juin 2009.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui s'inscrit dans la démarche de **contrôle des dépenses d'indemnités journalières, qui devraient croître de 3,2 % en 2007**, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2007, alors que ce poste de dépenses avait connu une baisse de - 0,7 % en 2006.

4. La suppression à titre expérimental du versement de certaines allocations en cas de fraude avérée (article 67 *ter*)

L'Assemblée nationale a adopté un **article 67 *ter***, avec avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, **introduisant, à titre expérimental, une nouvelle procédure visant à renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales.**

L'**article 67 *ter*** prévoit ainsi qu'en cas de fraude constatée, et lorsque celle-ci est supérieure à un seuil fixé à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale devront prendre une décision administrative de **suppression du versement des aides au logement** concernées par l'expérimentation, à savoir l'aide personnalisée au logement et l'allocation de logement. La durée de la sanction est fixée en fonction de la gravité des faits, **dans la limite d'une année** à compter de la décision administrative de suppression. L'article prévoit que cette sanction ne s'applique pas lorsque le juge pénal s'est pour les mêmes faits déjà prononcé, soit dans le sens de la condamnation, soit dans celui de la relaxe.

L'expérimentation est menée jusqu'au **31 décembre 2009**.

Par ailleurs, l'article 67 *ter* **étend aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** les dispositions de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, prévoyant **une pénalité pour sanctionner les demandes de prise en charge ou les prises en charge indues des assurés en matière d'assurance maladie.**

5. Le contrôle des justificatifs demandés en matière d'aide au logement (articles 67 *quater* et 67 *quinquies*)

L'Assemblée nationale a adopté un article 67 *quater*, avec avis favorable du gouvernement, à l'initiative de nos collègues députés Dominique Tian et Valérie Boyer, visant à prévoir que **toute personne faisant une demande d'aide au logement devra fournir une copie du bail.**

L'Assemblée nationale a adopté un article 67 *quinquies*, à l'initiative du gouvernement, **offrant aux caisses des allocations familiales la faculté de demander une pièce justificative en cas de doute sérieux sur la déclaration d'un étudiant demandant le bénéfice d'une aide au logement** (allocation de logement ou aide personnalisée au logement).

C. LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA COOPÉRATION INTER-SERVICES

1. Le renforcement des compétences des organismes nationaux de sécurité sociale (articles 66 *ter* et 67 *bis*)

L'Assemblée nationale a adopté un **article 66 *ter***, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, visant à **permettre aux organismes de sécurité sociale à agir devant les juridictions pénales ou civiles.**

L'**article 66 *ter*** prévoit qu'en cas de fraude et à défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme de base lésé (organismes de sécurité sociale ou organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre du régime de base), les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte.

L'Assemblée nationale a également adopté **un nouvel article 67 *bis***, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, visant à **permettre à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle** sur le service des prestations afin de détecter des fraudes ou des comportements abusifs. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, il s'agit de transposer le dispositif qui existe aujourd'hui s'agissant de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

L'article 67 *bis* étend cette mesure à la caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi qu'à la caisse nationale de la mutualité sociale agricole.

Votre rapporteur pour avis est favorable à **ces mesures qui tendent à renforcer la lutte contre la fraude, dont le montant a été estimé, par le conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport de mars 2007, entre 8,4 et 14,6 milliards d'euros.** Il observe que la lutte contre la fraude est l'une des missions assignées à M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, par le Président de la République et le Premier ministre.

2. Le renforcement des échanges d'information (articles 66 bis et 67)

a) La coordination entre les caisses d'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire en matière de lutte contre la fraude (article 66 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un article 66 bis, à l'initiative de nos collègues députés Dominique Tian et Jean Boyer, tendant à prévoir que **les organismes locaux d'assurance maladie informent les organismes d'assurance complémentaire des cas détectés** par elles comme potentiellement frauduleux.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui vise à renforcer la coopération entre organismes d'assurance maladie de base et organismes complémentaires en matière de lutte contre la fraude.

b) Le renforcement des échanges d'information entre les organismes de protection sociale et l'administration fiscale (article 67)

Le **I de l'article 67** du présent projet de loi de financement vise, tout d'abord, à **abroger les deux derniers alinéas de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, relatif à la procédure particulière d'autorisation, par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), des échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC)**. Selon l'exposé des motifs de cet article, ces deux alinéas de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale ne seraient **plus conformes aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées en 2004**.

Le **II de l'article 67** du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux échanges d'informations entre **les caisses d'allocations familiales** et les administrations publiques, notamment l'administration fiscale. Aux termes de l'article L. 583-3 du code de la santé publique, **ces échanges d'information s'effectuent actuellement uniquement a posteriori** (c'est-à-dire au moment du contrôle) et doivent être strictement limités aux données nécessaires à l'attribution des prestations familiales. Le II de l'article 67 du présent projet de loi de financement propose de rendre possible ces échanges d'informations **a priori**, c'est-à-dire au moment de l'appréciation des conditions d'ouverture, de maintien des droits et du calcul des prestations familiales.

Le **II de l'article 67** du présent projet de loi de financement précise que la **fraude, la fausse déclaration et l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies exposent le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale**.

Le III, le IV et le V de l'article 67 du présent projet de loi de financement étendent ce dispositif d'échange d'informations *a priori* entre les organismes de protection sociale et les administrations publique :

- à l'**allocation aux adultes handicapés (AAH)** ;
- à l'**allocation de logement** ;
- à l'**aide personnalisée au logement**.

c) Le droit de communication des organismes de sécurité sociale, des agents de contrôle des URSSAF et des caisses de mutualité sociale agricole (article 69)

L'article 69 du présent projet de loi de financement tend à **transposer les prérogatives accordées aux agents de l'administration fiscale en matière de droit de communication aux organismes de sécurité sociale**.

Il vise, tout d'abord, à permettre, aux agents des organismes de sécurité sociale qui assurent le versement des prestations, ainsi qu'aux agents de contrôle des URSSAF et des caisses de la mutualité sociale agricole, **d'obtenir communication des informations qui leur sont nécessaires**, pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou de l'authenticité des pièces produites, en vue du versement de certaines prestations, sans que cela ne porte atteinte au secret professionnel.

Les personnes concernées par le droit de communication

Le droit de communication est exercé auprès des personnes suivantes :

- les personnes versant des honoraires ou des droits d'auteur ;
- les employeurs et débirentiers ;
- les administrations et entreprises publiques, établissements ou organismes contrôlés par l'autorité administrative ;
- les personnes ayant la qualité de commerçant;
- les exploitants agricoles et leurs organismes clients ou fournisseurs ;
- les membres de professions non commerciales ;
- les institutions et organismes versant des rémunérations ou répartissant des fonds ;
- les personnes effectuant des opérations immobilières ;
- les compagnies d'assurance ;
- les entrepreneurs de transport ;
- les dépositaires de documents publics;
- les intermédiaires professionnels des bourses et des valeurs ;
- les banques ;

- les établissements du secteur bancaire à savoir les établissements de crédit, les banques mutualistes et coopératives, le crédit municipal, les sociétés financières, les institutions financières spécialisées, les compagnies financières et conglomérats financiers, les établissements et services autorisés à effectuer des opérations de banque, tels que la Caisse des dépôts et consignations, la Poste ou bien encore la Caisse nationale d'épargne, et, enfin, les intermédiaires en opérations de banque.

A contrario, ne sont pas concernées par ce droit de communication des organismes de sécurité sociale :

- le ministère public ;
- les agents de la direction générale des impôts et de la direction générale des douanes et des droits indirects et les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, et de la direction générale des douanes et droits indirects ;
- les administrations dépositaires de renseignements individuels portant sur l'identité ou l'adresse des personnes ou d'ordre économique ou financier ;
- la commission nationale des comptes de campagne et des financements politiques ;
- les congrégations, communautés et associations religieuses, et les sociétés ou associations civiles soumises au droit d'accroissement ;
- les caisses de mutualité sociale agricole ;
- les personnes assujetties à la taxe à la valeur ajoutée (TVA) ;
- les établissements diffuseurs ou distributeurs de services payants de programmes de télévision ;
- le fiduciaire, le constituant, le bénéficiaire ou toute personne physique ou morale exerçant par quelque moyen un pouvoir de décision direct ou indirect sur la fiducie.

Enfin, **l'article 69** du présent projet de loi de financement prévoit que l'organisme ayant usé du droit de communication peut en conséquence **recouvrer les sommes dues ou supprimer le service d'une prestation**. L'organisme doit motiver sa décision en explicitant la teneur et l'origine des informations et des documents obtenus auprès de tiers. L'organisme doit, de plus, communiquer une copie des documents qui permettent de motiver la décision à toute personne qui en fait la demande, avant que la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation soit effectuée.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Bien que votre rapporteur pour avis comprenne la nécessité d'une **meilleure coordination** entre les organismes de protection sociale et l'administration fiscale en matière de lutte contre la fraude, nécessité d'ailleurs soulignée par le conseil des prélèvements obligatoires, dans son rapport de mars 2007, il estime souhaitable que cette question des échanges d'information fasse l'objet d'une analyse approfondie.

D. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ

1. L'instauration d'une base forfaitaire de redressement (article 68)

L'article 68 du présent projet de loi de financement propose d'introduire **deux mesures tendant à renforcer la lutte contre le travail dissimulé** : d'une part, il instaure, une **base forfaitaire de redressement**, d'autre part, il **permet aux organismes compétents de mettre en recouvrement de façon systématique les redressements consécutifs au constat de travail dissimulé**.

La définition du travail dissimulé dans le code du travail

Selon les termes de l'article L. 324-10 du code du travail, deux formes de travail dissimulé sont distinguées selon que le travailleur est indépendant ou salarié. Est ainsi réputé « travail dissimulé par **dissimulation d'activité l'exercice à but lucratif d'une activité de production, de transformation, de réparation ou de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce par toute personne physique ou morale qui, se soustrayant intentionnellement à ses obligations** :

- n'a **pas requis son immatriculation au répertoire des métiers** ou, dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, au registre des entreprises ou au registre du commerce et des sociétés, lorsque celle-ci est obligatoire, ou a poursuivi son activité après refus d'immatriculation, ou postérieurement à une radiation ;

- ou **n'a pas procédé aux déclarations** qui doivent être faites aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale en vertu des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Est réputé travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié le fait, pour tout employeur, de se soustraire intentionnellement à l'accomplissement de l'une des formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 (ces articles renvoient respectivement à l'obligation de délivrer un bulletin de salaire et à la déclaration préalable à l'embauche). La mention sur le bulletin de paie d'un nombre d'heures de travail inférieur à celui réellement effectué constitue, si cette mention ne résulte pas d'une convention ou d'un accord conclu en application du chapitre II du titre Ier du livre II du présent code, une dissimulation d'emploi salarié. »

Source : rapport du conseil des prélèvements obligatoires, mars 2007

Le **I de l'article 68** du présent projet de loi de financement pose le principe d'un **redressement à base forfaitaire du travail dissimulé**. Il prévoit ainsi que **les cotisations sociales des rémunérations versées en contrepartie d'un travail dissimulé, sont calculées sur la base d'une assiette forfaitaire égale à six mois de salaire minimum**, tel qu'il est défini à l'article L. 114-11 du code du travail. Ce mode de calcul ne s'applique **qu'à défaut de preuve contraire**. Ainsi, comme l'indique l'exposé des motifs, l'article 68 du présent projet de loi de financement **renverse la charge de la preuve**, dans la mesure où contrairement au dispositif existant, prévu à l'article R. 242-5 du code de la sécurité sociale, c'est désormais l'employeur qui doit prouver qu'il n'a pas versé cette rémunération.

Le **I de l'article 68** du présent projet de loi de financement permet **aux organismes concernés** (URSSAF, caisses d'allocations familiales (CAF) et, pour l'outre-mer, aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS)), **de procéder au recouvrement des cotisations dues sur la base des procès-verbaux qui leur sont transmis par d'autres organes luttant contre le travail dissimulé**, consacrant ainsi, dans le code de la sécurité sociale, un principe qui, aujourd'hui, selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, ne repose que sur la jurisprudence de la Cour de cassation.

Le II de l'article 68 du présent projet de loi de financement étend ce dispositif au régime agricole.

Le III tend à **rendre systématique la transmission**, aux organismes de recouvrement, c'est-à-dire les URSSAF, les CGSS et les caisses de MSA, **des procès-verbaux des agents de contrôle** mentionnés à l'article L. 324-12 du code du travail (notamment, les agents de police judiciaire, des directions générales des impôts et des douanes, des agents des organismes de sécurité sociale).

Le IV reprend le dispositif de l'article L. 324-12-1 créé par le III pour l'intégrer dans le nouveau code du travail.

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements, avec l'avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général :

- le premier précise que la rémunération fictive sur laquelle est assise le redressement forfaitaire est censée avoir été versée au cours du mois où a été constaté le délit ;

- le deuxième renvoie au décret en Conseil d'Etat les modalités de prise en compte, au titre de l'assurance vieillesse, de la rémunération forfaitaire, ainsi que celles relatives au respect du principe du contradictoire lors de la procédure de recouvrement ;

- le troisième module l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé : l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations des cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

2. L'obligation de signalement aux organismes de sécurité sociale des cas de travail dissimulé (article 68 bis)

L'Assemblée nationale a également adopté un **article 68 bis**, avec l'avis favorable du gouvernement, à l'initiative de nos collègues députés Valérie Boyer et Dominique Tian, visant à modifier l'article L. 114-15 du code du travail, en vertu duquel les organismes de sécurité sociale ne sont tenus informés d'un cas de travail dissimulé détecté par les agents de contrôle compétents que lorsque le salarié a, « *de manière intentionnelle* », accepté de travailler sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 (déclaration auprès des organismes de protection sociale) et L. 143-3 (remise du bulletin de paie) du code du travail n'aient été accomplies par son ou ses employeurs.

L'article 68 **bis** propose de **supprimer la subordination de cette obligation de signalement à l'établissement de l'intentionnalité du salarié.**

3. La lutte contre le travail dissimulé dans le cadre de la sous-traitance (article 68 ter)

L'Assemblée nationale a enfin adopté un **article 68 ter**, avec l'avis favorable du gouvernement, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, visant à sanctionner, à tous les échelons de la sous-traitance, notamment en cas de « **sous-traitance en cascade** », le défaut d'information des maîtres d'ouvrage en matière de travail dissimulé, par une amende de 7.500 euros. Les maîtres d'ouvrage ont en effet l'obligation de vérifier que leurs sous-traitants ont rempli leurs obligations déclaratives.

Votre rapporteur pour avis **accueille favorablement ces mesures visant à renforcer la lutte contre le travail dissimulé, fraude évaluée entre 6,2 % et 12,4 % de la fraude sociale** par le conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport de mars 2007. Ce dernier soulignait d'ailleurs qu'en dépit d'efforts récents, « *le travail dissimulé rest[ait] le parent pauvre de la lutte contre la fraude* ».

4. Les articles additionnels proposés par votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis vous **proposera deux amendements** visant à **améliorer la lutte contre la fraude aux prestations sociales et le travail dissimulé** :

- le premier, visant à introduire un article additionnel après l'article 67, destiné à **harmoniser les législations fiscales et sociales en matière d'abus de droit**, en permettant aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de requalifier les actes ayant pour objectif d'éviter le paiement des charges sociales ;

- le second, sous forme d'article additionnel après l'article 68, visant à prévoir que **les donneurs d'ordre**, qui ont déjà l'obligation de vérifier que leurs sous-traitants ont déclaré leurs salariés auprès des organismes de protection sociale, **s'assure également que leurs co-traitants règlent leurs cotisations sociales**.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 9 D

Supprimer cet article.

ARTICLE 9 E

Supprimer les II et IV du présent article.

ARTICLE 9

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

VI. - A titre transitoire, les dispositions de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale demeurent en vigueur, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les dépenses de recherche exposées au cours de l'année civile 2007.

ARTICLE 9 BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 16

I. Rétablir le II de cet article dans la rédaction suivante :

II. - 1 L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. » ;

2 L'article L. 741-10 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

II. Rétablir le V de cet article dans la rédaction suivante :

V. - 1 L'article L. 441-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application à l'intéressement de projet des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. » ;

2 L'article L. 444-12 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application au supplément d'intéressement et au supplément de réserve spéciale de participation des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 et du deuxième alinéa du I de l'article L. 442-8 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

ARTICLE 17

Rédiger comme suit cet article :

Le montant correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale est fixé, pour 2008, à 3,2 milliards d'euros.

ARTICLE 30

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale :

« Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

ARTICLE 30

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale :

« Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

ARTICLE 31

I. Compléter le dernier alinéa du I de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Cette évaluation est transmise au Parlement.

II. Compléter l'avant-dernier alinéa du II de cet article par les mots :

ainsi qu'au Parlement

ARTICLE 35

I. Compléter le deuxième alinéa du 3° du texte proposé par le 1° du I de cet article pour le III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Ce plafond annuel varie selon un barème progressif compris entre 50 euros et 200 euros, en fonction des revenus de l'assuré, suivant les seuils et limites retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu mentionnés au 1 du I de l'article 197 du code général des impôts.

II. Dans le dernier alinéa du 3° du texte proposé par le 1° du I de cet article pour le III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, après le mot:

décret

insérer les mots :

en Conseil d'Etat

ARTICLE 36

Supprimer le 2° du II de cet article.

ARTICLE 40

I. Après le troisième alinéa du I de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

1° *bis* Les III *ter* et III *quater* sont supprimés.

II. Dans le II de cet article, remplacer le nombre :

301

par le nombre :

262,94

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 67

Après l'article 67, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-7-2.- Ne peuvent être opposés aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 les actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des charges sociales.

« Les organismes mentionnés au premier alinéa sont en droit de restituer son véritable caractère à l'opération litigieuse. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du présent article, le litige est soumis, à la demande de l'assujetti ou de l'organisme chargé du recouvrement, à l'avis de la commission de recours amiable des organismes mentionnés au premier alinéa.

« Si l'organisme ne s'est pas conformé à l'avis de la commission, il doit apporter la preuve du bien-fondé de sa rectification.»

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 68

Après l'article 68, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 324-14 du code du travail, après les mots : « ou de l'une d'entre elles seulement, », sont insérés les mots : « et que ce cocontractant est à jour de ses cotisations et contributions dues aux organismes de protection sociale, ».

**AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ,
MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,
M. ERIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, ET
MME VALÉRIE LÉTARD, SECRÉTAIRE D'ETAT AUPRÈS DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, CHARGÉE DE LA SOLIDARITÉ**

Réunie le jeudi 11 octobre 2007 sous la présidence conjointe de M. Jean Arthuis, président, puis de M. Denis Badré, vice-président et de M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, la commission a procédé, en commun avec la commission des affaires sociales, à l'audition de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, chargée de la solidarité, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 .

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a présenté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comme un texte équilibré contenant des mesures fortes destinées à moderniser notre système de santé et à rompre avec la facilité des déficits. En 2007, le déficit de la sécurité sociale a atteint 11,7 milliards d'euros. En tendancier, il devrait s'élever à 14 milliards en 2008. Toutefois, ce projet de loi permet de ramener ce montant à 8,9 milliards d'euros grâce à la maîtrise des dépenses et à un apport de recettes nouvelles. Deux branches afficheront un excédent en 2008, la famille et les accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP). L'assurance maladie connaîtra un déficit de 4,3 milliards d'euros soit son plus faible niveau depuis 2002.

Le premier des quatre axes majeurs du projet de loi concerne la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et la modernisation du système de santé. La progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixée à 2,8 %, ce qui est un objectif réaliste et suffisant pour répondre aux besoins. Il devra impérativement être respecté. Sans prise en compte de l'impact des franchises, la progression de cet agrégat atteindrait 3,4 % en 2008.

Le deuxième axe du projet de loi est de favoriser l'emploi des seniors dont la progression est l'une des clefs du redressement des comptes sociaux. Les mesures proposées à cet effet devraient d'ailleurs rapporter 350 millions

d'euros dès 2008. Elles s'inscrivent dans l'ensemble des recettes supplémentaires prévues, soit 2 milliards d'euros dont 1,6 milliard pour le régime général. L'essentiel de ces nouvelles ressources proviendra de la mise en place d'un prélèvement à la source sur les dividendes pour un produit attendu de 1,3 milliard. La contribution pharmaceutique sera prolongée et quelques exonérations de charges seront revues comme celles touchant aux cotisations AT-MP. Certaines recettes ne figurent pas, à ce stade, dans le projet de loi, en particulier la taxation des « stock-options », proposition faite par la Cour des comptes dans son dernier rapport. Le Gouvernement est ouvert sur ce dossier même s'il considère que le chiffrage de la Cour des comptes est surévalué. Il faudra donc trouver à la fois l'assiette et le taux les plus adaptés et inclure les distributions d'actions gratuites dans cette nouvelle extension d'assiette. Dans tous les cas, il ne s'agira que de prévoir des contributions patronales.

Le troisième axe du projet de loi vise à rétablir la clarté et la sincérité dans les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Il convient en effet d'éviter un débat récurrent et stérile sans aucun impact global pour les finances publiques. Dans cet esprit, le Gouvernement a pris la décision de rembourser le 5 octobre dernier une dette de 5,1 milliards d'euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Cette mesure permet une économie de charges financières pour l'Acoss de 55 millions d'euros en 2007 et de 220 millions en 2008. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit, par ailleurs, des dotations budgétaires appropriées pour les dispositifs gérés par la sécurité sociale mais financés par l'Etat, notamment pour l'allocation de parent isolé (API) et l'aide médicale d'Etat (AME). En outre, le Gouvernement a prévu la compensation intégrale des mesures d'exonération des heures supplémentaires ainsi que l'abondement du panier fiscal destiné à compenser les allègements Fillon à hauteur des besoins. A cet effet, de nouvelles recettes seront affectées à la sécurité sociale, en particulier un reliquat de droits sur les tabacs et la TVA sur les alcools. Au total, la compensation des exonérations de charges passe, en 2007, de 21 à 27 milliards d'euros, ce qui est considérable. Enfin, au cours du premier semestre 2008, une concertation approfondie sera menée pour parvenir à un redressement durable du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa). Afin de manifester sa volonté sur ce dossier, le Gouvernement a prévu de rembourser dès cette année les 619 millions de dettes anciennes dues au Ffipsa.

Le quatrième volet du projet de loi concerne la lutte contre la fraude avec plusieurs dispositions destinées à développer les échanges d'information, les moyens de contrôle et les sanctions. Au total, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 contient des mesures fortes et structurantes qu'il conviendra d'approfondir en 2008, en particulier sur la base des grands chantiers lancés par le Président de la République en matière de financement de la protection sociale et des rendez-vous de 2008 sur les retraites et le Ffipsa.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a qualifié ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de texte de fondation, engageant des réformes structurelles pour affermir un service de santé solidaire répondant aux attentes des citoyens. Ce projet de loi a également pour objet de faire progresser la qualité des soins et de répondre à de nouveaux besoins : la maladie d'Alzheimer, le cancer, les soins palliatifs. L'idée est aussi d'équilibrer la solidarité entre les générations ce qui justifie l'instauration d'un mécanisme de franchises.

L'Ondam fixé pour 2008 est équilibré entre les soins de ville qui progressent de 2 % - de 3,2 % si l'on inclut les franchises - et l'hôpital qui augmente dans les mêmes proportions. Ce taux est réaliste ; il n'est pas sous-estimé et comprend même des marges de manoeuvre si les économies prévues sont réellement mises en oeuvre. A l'hôpital, des restructurations sont nécessaires. En instituant une T2A à 100 % dès 2008, on crée l'occasion d'un redéploiement des moyens dans une logique de responsabilité des acteurs. Il s'agit en effet de mieux gérer pour mieux soigner et permettre des économies qui offriront de nouvelles perspectives pour développer la qualité des soins. Les réformes proposées sont donc indispensables pour promouvoir le cercle vertueux ainsi défini. Un autre sujet important est celui de la démographie médicale. L'inégalité de l'accès aux soins est un fait qui n'entraîne aucune fatalité dans ses conséquences. S'il n'est pas acceptable de constater un creusement des inégalités sur le territoire, il n'est pas non plus question de remettre en cause le principe de la liberté d'installation des médecins. Le projet de loi propose un premier pas dans la bonne direction. La réflexion devra être poursuivie notamment dans le cadre des travaux engagés sur les agences régionales de santé et la modernisation de l'hôpital.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a insisté sur le retour à l'équilibre en 2008 des branches famille et AT-MP. Pour la branche vieillesse, il convient d'attendre le rendez-vous de 2008. Néanmoins, une première étape est proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale avec la taxation des entreprises qui ont recours aux mises à la retraite d'office et aux préretraites d'entreprise. Ces dispositions sont en effet le seul moyen de faire évoluer la situation française en matière d'emploi des seniors.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, chargée de la solidarité, a fait valoir que l'Ondam médicosocial progressera de 6,5 % en 2008, soit 5,3 % pour les personnes handicapées et 8,5 % pour les personnes âgées. S'agissant du handicap, 2 200 places nouvelles seront créées dans les établissements pour enfants et 4 900 dans les établissements pour adultes. L'effort sera notamment porté sur trois priorités : le polyhandicap, l'autisme et les troubles graves du comportement. Afin de disposer de personnels formés, un plan prospectif des besoins en formation sera mis en place. Enfin, le Gouvernement aura pour ambition de rendre effectives les dispositions de la loi de 2005, ce que permettra en particulier l'extension du mécanisme de prestation de

compensation du handicap proposée dans le projet de loi. Pour les personnes âgées, les mesures nouvelles s'élèvent à 650 millions d'euros. Les priorités sont le maintien à domicile le plus longtemps possible et le développement des moyens destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le nombre de places en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) sera porté de 5 000 à 7 500 et une nouvelle tarification sera mise en oeuvre pour prendre en compte un certain nombre de charges nouvelles.

M. Jean Arthuis, président, s'est félicité de l'audition commune par les deux commissions des quatre ministres compétents sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a indiqué qu'une nouvelle réunion commune aurait prochainement lieu afin d'assurer le suivi d'un référé de la Cour des comptes relatif à l'interopérabilité des systèmes d'information dans le secteur de la santé. Puis il a souhaité connaître le montant des charges de trésorerie correspondant au plafond d'emprunt de l'Acoss de 36 milliards d'euros et savoir si une reprise de cette dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) était envisagée.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, s'est félicité de l'initiative prise par le Gouvernement de rembourser la dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale et a souhaité que d'autres demandes du Sénat tendant à améliorer les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale soient, de la même façon, prises en compte par le ministre des comptes publics. Puis il s'est interrogé sur la conformité à la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) du mécanisme utilisé pour rembourser cette dette de 5,1 milliards d'euros. Il a souhaité savoir comment le Gouvernement envisageait de traiter le remboursement de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale, reconstituée en 2007, soit 1 à 2 milliards d'euros d'ici la fin de l'année. Il a critiqué le comportement des ministères qui, à nouveau cette année, s'exonèrent de versements pourtant dus à l'Acoss au titre de la compensation d'exonérations ciblées de charges sociales. Il a également demandé jusqu'où on pouvait accumuler les déficits de la sécurité sociale, le total de ceux-ci devant dépasser 40 milliards à la fin de l'année 2008. Enfin, il a estimé important que les adossements envisagés du régime de protection sociale agricole sur la Cnam et la Cnav ne se traduisent pas par un simple report de la charge déficitaire de ce régime sur le secteur privé.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que les frais financiers prévisionnels résultant du plafond d'avances de trésorerie de 36 milliards d'euros fixé pour le régime général s'élèveraient à 1,1 milliard d'euros en 2008. Il a précisé que le remboursement de 5,1 milliards d'euros effectué par l'Etat au mois d'octobre 2007 devrait permettre à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) de réaliser 220 millions d'euros d'économies sur les frais financiers au titre de 2008. Cette opération de remboursement, nécessaire, ne résout certes pas l'ensemble des problèmes mais permet, d'une part, de clarifier les relations

entre l'Etat et la sécurité sociale, d'autre part, de ne pas accroître le plafond d'avances de trésorerie du régime général fixé pour 2007.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a estimé que ce procédé de remboursement était conforme à la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (Lolf), même si cette opération aurait dû, en toute logique, être inscrite dans le budget de l'Etat, ce qui n'était pas possible. Le projet de loi de finances pour 2008 se traduit toutefois par deux améliorations notables : l'élargissement de la norme d'évolution des dépenses de l'Etat et le réajustement à la hausse des dépenses remboursées par l'Etat à la sécurité sociale : 600 millions d'euros supplémentaires y seront ainsi consacrés, dont 180 millions pour le financement de l'aide médicale de l'Etat, 90 millions pour le financement de l'allocation de parent isolé et 110 millions pour le financement de l'allocation aux adultes handicapés. La dotation du fonds de solidarité sera significativement augmentée. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit également des transferts de recettes fiscales, destinés à assurer une compensation intégrale des allègements généraux de cotisations sociales et des exonérations de cotisations sociales liées à l'accomplissement d'heures supplémentaires.

M. Eric Woerth a jugé nécessaire d'engager au préalable un débat sur la couverture des déficits annuels de la sécurité sociale, pour pouvoir ensuite apprécier les mesures à prendre pour faire face au stock de déficits accumulés. S'agissant du Ffipsa, le remboursement de la dette de 619 millions d'euros héritée du budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa) constitue un « premier geste », même s'il n'est pas à la hauteur des enjeux. Des négociations sont, à cet égard, prévues avec les partenaires du monde agricole, l'important étant, à ce stade, de se fixer un calendrier clair pour mener les réformes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a noté que les recettes aujourd'hui affectées au Ffipsa n'étaient pas aussi dynamiques que celles précédemment affectées au Bapsa.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 disposant que les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (dites MCO) des établissements de santé publics seront intégralement financées à l'activité à compter du 1er janvier 2008, il a souhaité connaître les conditions de mise en oeuvre de cette disposition, en particulier les modalités d'application des coefficients correcteurs. Il a également souhaité savoir si le gouvernement était prêt à accepter la fixation d'objectifs de productivité annuelle pour les établissements de santé. Il s'est, par ailleurs, interrogé sur la prise en compte du cas particulier des établissements de santé privés à but non lucratif.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a noté que les franchises prévues sur les médicaments, les

consultations paramédicales et les transports devaient contribuer au financement du plan Alzheimer, du plan cancer et des soins palliatifs. Il a souhaité savoir comment les fonds ainsi prélevés seraient identifiés dans les comptes de l'assurance maladie et redistribués, et s'ils seraient affectés à des plans de santé publique confiés aux établissements de santé.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyant la possibilité, pour la Haute Autorité de santé (Has), d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge des patients, il s'est interrogé sur les objectifs poursuivis par cette modification des compétences, ainsi que sur la coordination de l'action de la Has avec celle du comité économique des produits de santé (CEPS). Enfin, il s'est interrogé sur la pertinence et le caractère contraignant du dispositif prévu pour encadrer l'installation des professionnels de santé dans les zones où ces derniers sont déjà nombreux.

En réponse à M. Jean Arthuis, président, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports**, a indiqué qu'elle restait une « militante » du dossier médical personnel (DMP) et qu'elle avait confié une mission commune d'audit sur ce sujet à l'inspection générale des finances, à l'inspection générale des affaires sociales et au conseil général des technologies de l'information. Le DMP représente une piste d'économie et un axe important de rationalisation des dépenses de soins. La complexité du projet a toutefois rendu le calendrier initial trop ambitieux et s'apparentant ainsi davantage à un effet d'annonce, impossible à tenir.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances, a noté que la mise en place du DMP supposait, au préalable, l'interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information et un réel pilotage du projet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que le « web médecin » développé par la caisse nationale d'assurance maladie et le dossier pharmaceutique viendraient ensuite alimenter le DMP.

S'agissant de l'accélération de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les établissements publics de santé, elle a indiqué que chaque établissement se verrait attribuer un coefficient correcteur venant majorer ou minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources actuelles qu'il reçoit de l'assurance maladie. Ce coefficient convergera progressivement pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012, date à laquelle tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs.

Elle a ensuite noté que les franchises ne constituaient pas une mesure d'équilibre mais un moyen de financer certaines priorités comme le plan Alzheimer, le plan cancer et les soins palliatifs. Quant à l'extension des compétences de la Has, celle-ci n'est pas destinée à concurrencer le CEPS, mais à introduire les raisonnements d'efficacité médico-économique dans les recommandations et avis de cette autorité.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a souhaité savoir si ces recommandations seraient opposables aux médecins et à l'assurance maladie.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a indiqué que ces recommandations n'étaient pas opposables aujourd'hui, mais que le projet de loi de financement de la sécurité sociale offrait aux médecins volontaires la possibilité de souscrire des engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle. Ces contrats individualisés donneront alors lieu à une rémunération forfaitaire complémentaire de leur rémunération à l'acte. Le suivi des recommandations de la Has pourrait ainsi constituer l'un de ces engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle.

S'agissant de l'évolution de la démographie médicale, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports**, a observé que cette question était complexe et ne se résumait pas à une opposition entre zones rurales et zones urbaines. Elle a fait part de sa volonté de renouveler le cadre du dialogue conventionnel, en y faisant participer les jeunes, et a affirmé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne remettait pas en cause la liberté d'installation des médecins, pas plus qu'il n'imposait de date butoir au dialogue ou de mesures coercitives.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a souhaité connaître les orientations du gouvernement s'agissant de la représentativité des syndicats, des engagements ayant été pris devant le Sénat par le précédent gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a indiqué que cette question de la représentativité des partenaires sociaux faisait partie des chantiers annoncés par le Président de la République.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille au nom de la commission des affaires sociales, a relevé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait une modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant. Il a donc souhaité savoir si cette modulation se ferait à moyens constants et, dans ce cas, quel serait le nouveau barème. Si la modulation ne se faisait pas à moyens constants, il s'est interrogé sur son coût pour la branche famille.

Il a ensuite noté qu'il était prévu d'unifier en 2008 les majorations pour âge des allocations familiales. Les deux majorations actuelles à l'âge de onze et seize ans seraient ainsi remplacées par une seule majoration à l'âge de quatorze ans pour un montant identique à celui de l'actuelle majoration de seize ans. Il s'est interrogé sur les raisons conduisant à unifier les majorations à l'âge de quatorze ans, alors que le coût de l'enfant augmente sensiblement d'une part à l'entrée au collège, c'est-à-dire à onze ans environ, d'autre part à l'entrée au lycée, c'est à dire à seize ans en moyenne. Il s'est demandé si cette

réforme n'introduisait pas un décalage entre l'évolution du montant des allocations et l'évolution des coûts supportés par les familles.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille au nom de la commission des affaires sociales, a ensuite observé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ouvrait l'accès à la prestation de compensation du handicap aux enfants à compter du 1er avril 2008 et mettait en place un droit d'option entre cette prestation de compensation et les compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Il a souhaité connaître le coût global de ce nouveau droit, les modalités de répartition de ces nouvelles charges entre la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et enfin, si une compensation financière pour les départements était envisagée.

Puis il a relevé l'annonce, faite par le président de la Cnaf, de la création d'un « conseil d'orientation des politiques familiales », destiné à remplacer la conférence de la famille. Il a souhaité connaître les missions et la composition de ce conseil, se demandant en particulier si elle permettrait de garantir son indépendance.

Enfin, il s'est interrogé sur le différentiel de 308 millions d'euros apparaissant entre les comptes 2008 de la Cnaf présentés dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale et ceux figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que les chiffres présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale n'intégraient pas les mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il a rappelé la nécessité de remplacer la conférence de la famille, rendez-vous annuel, par une structure permanente destinée à développer une vision prospective et transversale de la politique de la famille, sur le modèle du conseil d'orientation des retraites (Cor) et du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam). La composition de ce nouveau conseil est en phase de finalisation et devrait réunir, sous la présidence du Premier ministre, les associations familiales, les partenaires sociaux, les représentants des pouvoirs publics ainsi que des personnalités qualifiées.

S'agissant de l'instauration d'une majoration unique des allocations familiales à quatorze ans, **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité**, a indiqué que cette mesure s'appuyait sur une étude menée par l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee), montrant que le coût de prise en charge d'un enfant augmentait à partir de quatorze ans. Cette disposition remplacera les actuelles majorations versées en deux fois, à onze ans et seize ans, et sera alignée sur le montant actuel des allocations versées au titre des enfants âgés de seize ans.

Concernant la modulation de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant, **M. Xavier Bertrand** a souligné que cette

disposition répondait à une demande des associations familiales. Cette mesure part du constat selon lequel le coût de la rentrée diffère en fonction du niveau de scolarisation des enfants. Il apparaît donc cohérent de moduler le volume d'aides accordé. **M. Xavier Bertrand** s'est dit prêt à entendre les propositions des parlementaires sur ce sujet lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et a rappelé que le barème serait précisé par décret, après consultation des partenaires sociaux et de l'ensemble des acteurs de la politique familiale.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, chargée de la solidarité, a rappelé que 6 000 familles avaient fait, à ce jour, le choix de la prestation de compensation du handicap enfant (PCH), ce qui représentait une économie annuelle de 25 millions d'euros pour la Cnaf, la PCH enfant étant financée par la CNSA. Elle a ensuite indiqué que la CNSA avait versé, en 2006 et 2007, 500 millions d'euros par an aux départements au titre de la prise en charge de la PCH adulte, alors que le coût global de celle-ci s'était élevé à 70 millions d'euros en 2006 et 250 millions d'euros en 2007. Quant aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), elles n'ont pas vu s'accroître le nombre de décisions relatives aux demandes de droits et prestations qu'elles ont la charge de mettre en oeuvre dans la mesure où la PCH est une prestation alternative à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, a précisé que la mise en place de la PCH enfant constituait un transfert de charges de la Cnaf vers la CNSA et non une économie pour la Cnaf.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale au nom de la commission des finances, a fait part de ses préoccupations s'agissant du plafond d'avances de trésorerie du régime général, de la situation financière du Ffipsa, et de la méthode utilisée par l'Etat pour rembourser ses dettes à l'égard de la sécurité sociale, soulignant que les sommes résultant de la privatisation des autoroutes devaient initialement servir à financer la dette de l'Etat, et non des dépenses de fonctionnement.

M. Eric Woerth a indiqué que la dette de l'Etat résultait largement de dépenses de fonctionnement impayées.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale au nom de la commission des finances, s'est ensuite interrogé sur la crédibilité de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2008, le rôle que le gouvernement entendait faire jouer au fonds de réserve pour les retraites (FRR) à l'horizon 2008, ainsi que sur le montant destiné à la mise en oeuvre du DMP au titre de l'année 2008 et les objectifs que le gouvernement entendait se fixer en la

matière. Il a également souhaité connaître les premières conclusions de la mission d'audit menée sur ce dossier.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a indiqué que l'Ondam pour 2008, fixé à 2,8 % - soit 3,4 % en incluant l'effet des franchises - était réaliste et qu'il devrait être respecté grâce aux réformes structurelles de régulation des dépenses de santé présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que, contrairement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le calcul de l'Ondam pour 2008 tenait compte du dépassement de l'Ondam fixé pour 2007. Elle a, en outre, insisté sur l'amélioration de la procédure d'alerte, rappelant que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait une suspension de la mise en oeuvre des revalorisations tarifaires négociées en cas d'alerte sur l'objectif de dépenses d'assurance maladie.

S'agissant du DMP, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin** a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait l'inscription de 80 millions d'euros au titre de sa mise en oeuvre. Elle a précisé ne pas encore connaître les conclusions de la mission commune d'audit menée par les inspections générales des finances et des affaires sociales, et par le conseil général des technologies de l'information.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a rappelé que le FRR recevrait 1,7 milliard d'euros en 2008, soit un montant proche des dotations reçues les années antérieures. Cependant, étant donné la modification des modalités de financement de ce fonds, intervenue lors de la mise en place des trente-cinq heures, il paraît peu vraisemblable que le FRR soit en mesure en 2012 de répondre à l'objectif qui lui a été assigné à son origine, à savoir assurer la pérennité du système français de retraite.

M. Jean-Pierre Godefroy s'est interrogé sur les conséquences de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui a supprimé l'agrément ministériel des conventions collectives de travail et accords de retraite applicables dans les établissements de santé privés à but non lucratif. Il a ensuite souhaité obtenir des précisions sur la transposition du protocole d'accord du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, ainsi que sur la mise en place d'un groupe de travail sur la réforme du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

M. Xavier Bertrand a indiqué que ce groupe de travail serait mis en place dès le mois de novembre 2007 et associerait les parlementaires. Plusieurs pistes de réformes seront étudiées, notamment celle d'un recentrage du dispositif sur les personnes ayant réellement été exposées à l'amiante.

S'agissant du protocole du 12 mars 2007 relatif à la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), **M. Xavier Bertrand** a rappelé que celui-ci ne faisait pas l'unanimité et que la concertation devait dès lors se poursuivre sur la seconde partie de l'accord.

M. Guy Fischer a fait part de sa forte préoccupation s'agissant de la situation financière du Ffipsa, de la dégradation des comptes de la sécurité sociale, du niveau élevé du plafond d'avances de trésorerie du régime général, ainsi que de l'inéquité que l'instauration des franchises médicales risquait d'introduire. Il a ensuite attiré l'attention sur la situation des établissements de santé, ainsi que sur les difficultés rencontrées par les départements s'agissant de la prise en charge de la PCH.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a rappelé que les franchises médicales avaient vocation à financer les investissements consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer. Elle a souligné qu'afin de préserver la situation des assurés les plus fragiles, la mesure prévoyait l'exonération totale de près de 15 millions d'individus, ainsi que la mise en place d'un plafond global annuel de 50 euros.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a ensuite fait part de son souhait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoie certaines mesures relatives aux personnels hospitaliers, notamment la monétarisation de leurs comptes épargne temps. Elle a, en outre, rappelé le caractère constructif du dialogue social engagé sur la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD).

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a rappelé sa volonté d'engager au premier semestre 2008 une concertation sur un schéma de redressement durable du Ffipsa, afin que des mesures puissent être mises en oeuvre dès 2009.

M. François Autain a dénoncé l'instrumentalisation de l'effet des franchises médicales, ainsi que l'important report de charges sur les générations futures induit par la dégradation des comptes de la sécurité sociale.

Après avoir rappelé les modalités de calcul de l'Ondam pour 2008, **M. Eric Woerth** a précisé que les dépenses de fonctionnement d'aujourd'hui ne devaient pas être reportées sur les générations futures, mais être financées grâce à une politique de relance de la croissance et une réduction des dépenses.

M. Eric Doligé a insisté sur la nécessité de clarifier la répartition des rôles entre les sapeurs-pompiers et le service d'aide médicale d'urgence (Samu), afin d'éviter un transfert de charges des services de santé financés par l'Etat vers les services départementaux de secours relevant des collectivités territoriales. Abordant la question de la prise en charge du handicap, M. Eric Doligé a regretté que l'obligation de scolarisation des enfants

handicapés ne soit pas accompagnée de la mise en place de moyens conséquents.

En réponse à **Mme Anne-Marie Payet**, qui s'interrogeait sur les raisons du retard d'entrée en vigueur du décret d'application relatif au déplafonnement des allocations familiales à Mayotte, M. Xavier Bertrand a déclaré ne pas être en mesure d'apporter des éléments sur cette question.

Mme Raymonde Le Texier a souhaité obtenir des précisions sur la possibilité offerte, par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, d'expérimenter, pendant une durée de cinq ans, des modalités de rémunération alternatives au paiement à l'acte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que la question de la répartition des rôles entre les sapeurs-pompiers et le Samu renvoyait à la problématique plus générale de l'organisation de la permanence de soins. Elle a rappelé que le président de la République avait appelé à « l'apaisement » sur cette question et qu'un travail en commun avec le ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales serait mené.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a précisé que la possibilité offerte aux médecins de souscrire à des contrats individualisés fixant des engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle ne remettait pas en cause la légitimité de la contractualisation collective développée entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, chargée de la solidarité, a rappelé que le versement annuel de 500 millions d'euros aux départements au titre de la PCH leur permettait de compenser les coûts induits par la mise en place de cette nouvelle prestation. Elle a, par ailleurs, rappelé plusieurs mesures récentes, notamment la mise en place d'un « numéro azur » destiné à apporter des réponses rapides et une aide concrète aux familles d'enfants handicapés, ainsi que la création d'un comité de suivi de la loi du 11 février 2005 relative au handicap, dont les axes de réflexion porteront notamment sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et la scolarisation des enfants handicapés.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours d'une réunion tenue le **mercredi 7 novembre 2007** sous la présidence de **M. Jean Arthuis, président**, la commission a procédé à l'**examen du rapport pour avis de M. Jean Jacques Jégou, rapporteur pour avis, sur le projet de loi n° 67 (2007-2008)**, adopté par l'Assemblée nationale, de **financement de la sécurité sociale pour 2008**.

Procédant à l'aide d'une vidéo-projection, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a tout d'abord souligné la forte dégradation des comptes de la sécurité sociale en 2007, nécessitant le déclenchement de la procédure d'alerte au mois de mai 2007. Il a relevé que le solde du régime général se dégraderait ainsi de 3 milliards d'euros par rapport à 2006, pour atteindre - 11,7 milliards d'euros en 2007, se rapprochant ainsi des niveaux de déficit les plus élevés atteints en 2004 (-11,9 milliards d'euros) et 2005 (-11,6 milliards d'euros). Il a ajouté que le déficit de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement s'élèverait à -14 milliards d'euros en 2007, soit un niveau proche de celui enregistré en 2005 (-14,2 milliards d'euros).

Il a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 devait se traduire par une réduction globale du déficit du régime général d'environ 4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie en 2008. Il a ensuite souligné l'évolution contrastée du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA). Le FSV devrait ainsi être excédentaire en 2008, malgré la persistance de déficits cumulés importants, tandis que le FFIPSA continuerait de connaître une dégradation très nette, avec un déficit annuel de 2,7 milliards d'euros en 2008. Il a néanmoins précisé que, dans le cadre du projet loi de finances rectificative pour 2007, l'Etat s'était engagé à reprendre le reliquat de la dette alors contractée vis-à-vis du Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), soit 619 millions d'euros.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite noté une modification de la structure du déficit du régime général pour l'année 2008, avec le retour à un léger excédent pour deux des quatre branches de l'assurance maladie : la branche famille et la branche accidents du travail-maladies professionnelles. S'agissant de la branche maladie, il a indiqué que, compte tenu des mesures de redressement du présent projet de loi de financement, sa situation devrait s'améliorer, tout en conservant un déficit très élevé, évalué à 4,1 milliards d'euros. Il a précisé que la branche vieillesse devrait encore connaître une dégradation, en dépit de nouvelles recettes liées à la modification du traitement des préretraites.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a relevé une tendance très nette à la hausse des charges financières du régime général, après deux années (2005 et 2006) de charges plus maîtrisées pour l'assurance

maladie grâce aux transferts de déficit opérés vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il a indiqué qu'en 2007 les charges financières doubleraient par rapport à l'année 2006 pour dépasser un milliard d'euros en 2008. Il a précisé que le plafond d'avances de trésorerie du régime général serait fixé, pour 2008, à 36 milliards d'euros, soit le plafond le plus élevé jamais atteint depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale.

S'agissant des relations entre l'Etat et la sécurité sociale, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a souligné que le présent projet de loi de financement procédait à une certaine clarification de celles-ci. A cet égard, au début du mois d'octobre 2007, l'Etat avait remboursé 5,1 milliards d'euros à la sécurité sociale, soit le montant des créances accumulées par le régime général au 31 décembre 2006. Il a précisé que, pour ce faire, la Caisse de la dette publique (CDP) avait acheté des billets de trésorerie émis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et annulé sa créance le 5 octobre 2007. Il a qualifié cette opération de « commodité budgétaire » et a souhaité qu'elle fasse l'objet, comme la LOLF le prescrivait au demeurant, d'un traitement approprié dans le tableau de financement de la loi de finances rectificative pour 2007. Il a, par ailleurs, relevé que des efforts avaient été menés en projet de loi de finances pour 2008 pour améliorer la budgétisation initiale de certaines dépenses.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a cependant souligné la fiscalisation croissante et toujours plus complexe de la sphère sociale, signalant le transfert et l'instauration de taxes nouvelles et la majoration de taxes existantes.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite noté que les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement, fondées sur des hypothèses économiques assez optimistes, ne laissent pas entrevoir de résorption rapide des déficits. Dans le scénario bas, le régime général accumulerait un déficit de 41,6 milliards d'euros sur la période 2008-2012, contre un déficit cumulé 27,6 milliards d'euros dans le scénario haut.

Il a jugé que, compte tenu des difficultés constatées et de la capacité de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à amortir la dette, un nouveau transfert de déficit vers la CADES n'était pas exclu, mais que cela supposerait d'accroître ses ressources afin de ne pas allonger la durée d'amortissement.

Après avoir replacé le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 dans le cadre des réflexions en cours sur le mode de financement de la protection sociale et des réformes annoncées des régimes de retraite, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, en a présenté les mesures principales.

S'agissant des mesures relatives aux recettes, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a détaillé les mesures prévoyant l'alourdissement des contributions applicables en cas de préretraite ou de mise

à la retraite ; les aménagements de la fiscalité applicable au secteur du médicament ; la révision, par l'Assemblée nationale, du mode de calcul des allègements généraux de charges sociales défini dans le cadre de la loi du 21 août 2007 relative au travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (TEPA) ; enfin, l'instauration de contributions patronale et salariale sur les stock-options.

Estimant que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé pour 2008 était plus réaliste que celui retenu en 2007, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a ensuite exposé les principales mesures relatives à l'assurance maladie : l'instauration de franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ; l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux ; les mesures relatives à la démographie médicale ; le passage, dès 2008, à la tarification à l'activité à 100 % des établissements de santé du secteur public ; enfin, la réforme de la procédure d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a enfin exposé les réformes proposées en matière de lutte contre la fraude, de renforcement des contrôles des arrêts de travail et de certaines dépenses d'assurance maladie, et de renforcement de la lutte contre le travail dissimulé.

Un large débat s'est ensuite instauré.

M. Jean Arthuis, président, a souligné le caractère préoccupant de la situation des comptes de la sécurité sociale, rappelant que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait autorisé, par avance, le transfert à la CADES des déficits prévisionnels de la branche maladie au titre des exercices 2005 et 2006.

M. François Trucy s'est interrogé sur l'impact des mesures en faveur des médicaments génériques, et, de façon plus générale, sur les causes de la dégradation des comptes de la sécurité sociale constatée depuis de nombreuses années.

Après avoir indiqué qu'il menait actuellement une mission de contrôle sur la taxation des entreprises du médicament, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a précisé que, selon certaines études, le prix des médicaments génériques était plus élevé en France que dans d'autres pays. Il a indiqué que la France se caractérisait par une forte consommation de médicaments, sans que cela ne se traduise nécessairement par une amélioration de la qualité des soins et de l'état de santé de la population.

S'agissant des dépenses à l'hôpital, il a rappelé que, si la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé était une avancée, des progrès devaient encore être accomplis, insistant notamment sur la réforme du mode de gouvernance des établissements de santé, ainsi que sur la mise en œuvre effective du dossier médical personnel (DMP). A cet égard, il a indiqué attendre les conclusions de la mission commune d'audit menée par les

inspections générales des finances et des affaires sociales, ainsi que par le Conseil général des technologies de l'information.

M. Adrien Gouteyron s'est interrogé sur les causes des fluctuations du nombre des arrêts de travail et les mesures envisagées en la matière dans le présent projet de loi, ainsi que sur l'existence éventuelle d'une étude d'impact de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé.

Après avoir rappelé que les dépenses relatives aux indemnités journalières devaient croître de 3,2 % en 2007, alors qu'elles avaient enregistré une baisse de 0,6 % en 2006, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 proposait d'expérimenter une nouvelle procédure de contrôle des arrêts de travail, prévoyant, qu'en cas d'arrêt de travail déclaré injustifié, le service de contrôle pouvait, sous certaines conditions, demander à la caisse d'assurance maladie de suspendre le versement des indemnités journalières, sans contrôle supplémentaire. Concernant la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé, il a indiqué ne pas disposer d'étude précise sur les résultats de sa mise en place.

La commission a alors procédé à l'examen des amendements présentés par **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, sur les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a adopté un amendement visant à supprimer l'**article 9 D**, relatif aux modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales et de sécurité sociale.

Après les interventions de **MM. Jean Arthuis, président, Alain Lambert, Adrien Gouteyron et Michel Mercier**, elle a adopté un amendement à l'article 9 E (instauration de contributions patronale et salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites), tendant à supprimer la contribution salariale instituée par cet article.

A l'**article 9** (diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques), elle a adopté un amendement visant à maintenir le bénéfice de l'abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques, au titre des dépenses de recherche effectuées au cours de l'année 2007.

La commission a ensuite adopté un amendement visant à supprimer l'**article 9 bis**, relatif à l'instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac.

A l'**article 16** (dérogation au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales), par cohérence avec la position adoptée à l'article 9 E, elle a adopté un amendement tendant à rétablir la dérogation au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales, au titre de l'attribution gratuite d'actions aux salariés et mandataires sociaux et au titre

du supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet.

A l'**article 17** (montant de la compensation des exonérations, réductions et abattements ciblés de cotisations sociales), la commission a adopté un amendement tendant à réévaluer le montant de la compensation prévue, afin de tenir compte des votes intervenus à l'Assemblée nationale.

Elle a ensuite adopté deux amendements à l'**article 30** (contrats individuels entre les médecins et les caisses primaires d'assurance-maladie) :

- le premier, de nature rédactionnelle ;
- le second, afin de lier le versement des contreparties financières prévues par ces contrats à l'atteinte des objectifs initialement fixés.

Puis elle a adopté un amendement à l'**article 31** (Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé), afin que le Parlement soit destinataire des évaluations des expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunérations des médecins libéraux instituées par cet article.

Après l'intervention de **MM. Jean Arthuis, président, Adrien Gouteyron, Charles Guéné, Alain Lambert et Gérard Longuet**, la commission a adopté un amendement à l'**article 35** (création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux), visant à moduler le montant du plafond annuel des franchises selon un barème progressif en fonction des revenus de l'assuré et a donné mandat au rapporteur pour avis d'en parfaire, le cas échéant, la rédaction.

Elle a ensuite adopté un amendement à l'**article 36** relatif au dossier médical personnel (DMP), afin de supprimer le droit de masquage et de « masquage du masquage » instauré au profit du patient.

Puis elle a adopté un amendement à l'**article 40** (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), tendant à supprimer la prise en charge, par ce fonds, de trois missions spécialisées : la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH).

La commission a adopté un amendement portant **article additionnel après l'article 67**, visant à harmoniser les législations fiscales et sociales en matière d'abus de droit.

Enfin, elle a adopté un amendement portant **article additionnel après l'article 68**, tendant à prévoir que les donneurs d'ordre ont l'obligation de s'assurer que leurs sous-traitants règlent leurs cotisations sociales.

La commission a alors émis un avis favorable à l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ainsi amendé.