

N° 72

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

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

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome VI :
Examen des articles

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

Voir les numéros :

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

Sénat : 67 et 73 (2007-2008)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006	11
• <i>Article premier</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006	11
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006	16
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007	20
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	20
• <i>Article 3</i> Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007	20
• <i>Article 4</i> Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites	24
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	26
• <i>Article 5 (article 94 de la loi n° 2006-1040 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007)</i> Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	26
• <i>Article 6</i> Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	27
• <i>Article 7</i> Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	29
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008	33
• <i>Article 8</i> Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	33
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des fonds concourant à leur financement	38
• <i>Article 9 A (article 46 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et article 4 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement)</i> Suppression de la faculté ouverte aux fonctionnaires devenus parlementaires de continuer à cotiser dans leur régime de retraite d'origine	38
• <i>Article 9 B (art. 575 du code général des impôts)</i> Modulation des minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler	39
• <i>Article 9 C (art. 575 A du code général des impôts)</i> Relèvement des minima de perception sur les cigarettes et les tabacs à rouler	41

• Article 9 D (art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale) Définition de l'assiette retenue pour le calcul des allègements « Fillon »	42
• Article 9 E (art. L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale) Contributions patronale et salariale sur les stock options et les attributions gratuites d'actions	44
• Article additionnel après l'article 9 E (art. L. 137-15 du code de la sécurité sociale) Instauration d'une contribution sur les assiettes exonérées de charges sociales	48
• Article 9 (art. L. 162-16-5-1, L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-17-7, L. 162-18, L. 245-1, L. 245-2, L. 245-4, L. 245-5-2, L. 245-5-3, L. 245-6 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale) Diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques	49
• Article additionnel après l'article 9 Instauration d'une taxe sur les boissons sucrées	54
• Article 9 bis Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac	55
• Article 10 (art. L. 135-3, L. 136-2, L. 136-8, L. 137-10, L. 137-12 nouveau, et L. 241-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 122-14-13, L. 320-4 nouveau, art. L. 1221-18 nouveau, art. L. 992-9 nouveau du code du travail et article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites) Prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite	57
• Article 10 bis (art. L. 421-9 du code de l'aviation civile) Suppression de la limite d'âge fixée à cinquante-cinq ans pour les personnels navigants commerciaux de l'aviation civile	62
• Article 11 (art. L. 136-4 du code de la sécurité sociale) Aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée des non-salariés agricoles	63
• Article 11 bis (art. L. 731-13 du code rural) Assouplissement du régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	66
• Article 12 (articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux) Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale	67
• Article 13 (art. L. 311-2 du code de la sécurité sociale) Dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus	70
• Article 13 bis (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale) Affiliation au régime général des collaborateurs occasionnels de l'Agence française de lutte contre le dopage	72
• Article 14 (art. L. 131-4-2, L. 161-1-2, L. 161-24, L. 241-5, L. 241-10, L. 241-12, L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale, L. 322-4-7 et L. 832-2 du code du travail, L. 5134-31 et L. 5522-18 du nouveau code du travail, L. 741-27, L. 751-17, L. 751-17-1 et L. 751-17-2 du code rural, article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004) Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail - maladies professionnelles	74
• Article 15 (art. L. 651-1 et L. 651-3 du code de la sécurité sociale) Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés	78
• Article 16 (art. L. 241-16, L. 242-1 et L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 722-24-1 et L. 741-10 du code rural, art. L. 129-13, L. 441-1 et L. 444-12 du code du travail) Non-compensation de dispositifs d'exonération de cotisations sociales	80
• Article 16 bis (art. L. 725-24 du code rural) Publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement	83
• Article 16 ter Conversion du repos compensateur de remplacement en une majoration salariale	84

• Article 17 Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	85
Section 2 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	91
• Article 18 Prévisions de recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale	91
• Article 19 Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	96
• Article 20 Approbation du tableau d'équilibre du régime général	98
• Article 21 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	99
• Article 22 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	101
Section 3 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	103
• Article 23 (art. L. 114-6-1 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale) Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale	103
• Article 24 Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	106
QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008	113
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	113
• Article 25 (art. L. 162-14-1-1 nouveau et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires	113
• Article 26 (art. L. 162-1-14 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale) Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable	116
• Article 27 (art. L. 332-5 du code la sécurité sociale) Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi	118
• Article 28 (art. L. 1111-3 du code de la santé publique) Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires	120
• Article 28 bis (art. L. 4311-1 du code de la santé publique) Possibilité pour les infirmiers de pratiquer la vaccination	123
• Article 29 (art. L. 161-37 et L. 161-38 du code de la sécurité sociale) Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute Autorité de santé	124
• Article 29 bis (art. L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale) Application de sanctions en cas de non-réalisation d'une étude post-AMM	127
• Article 30 (art. L. 162-12-21 nouveau, L. 162-5 et L. 162-5-1 nouveau du code de la sécurité sociale) Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés	128
• 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	131
• Article 31 bis (art. L. 161-35 du code de la sécurité sociale) Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes	135

• Article 32 (art. L. 162-12-2, L. 162-9, L. 162-12-9 et L. 162-47 du code de la sécurité sociale, L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles) Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire	136
• Article 32 bis (art. L. 162-9 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale) Répartition géographique des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sur le territoire	140
• Article 33 (art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale) Répartition géographique des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire	141
• Article 34 (art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) Elargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis	143
• Article 35 (art. L. 242-1, L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1, L. 432-1, L. 711-7, L. 863-6, et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. 83 et 995 du code général des impôts) Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux	144
• Article 35 bis (art. L. 5125-23 du code de la santé publique) Conditionnement des médicaments	147
• Article 35 ter (art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale) Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire des règles relatives au parcours de soins coordonnés	148
• Article 36 (art. L. 161-36-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale) Dossier médical personnel	150
• Article 36 bis (art. L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale) Modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique	155
• Article 37 (art. L. 172 nouveau et L. 322-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 732-10 et L. 732-12 du code rural) Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale	156
• Article 38 (art. L. 165-5 du code de la sécurité sociale) Déclaration des produits et prestations remboursables	159
• Article 39 (art. L. 5125-3 à L. 5125-8, art. L. 5125-10 à L. 5125-15 et art. L. 5511-5 du code de la santé publique) Restructuration du réseau des officines de pharmacie	161
• Article 40 (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	170
• Article 41 (art. L. 161-45 du code de la sécurité sociale) Contribution financière des établissements de santé à la Haute Autorité de santé	172
• Article 42 (article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé	176
• Article 42 bis (article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007) Rapport au Parlement sur l'expérimentation de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation	185
• Article 43 Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires	186
• Article 43 bis (art. L. 162-5-16 nouveau du code de la sécurité sociale) Pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé	187
• Article 44 (art. L. 6122-15 du code de la santé publique) Groupements de coopération sanitaire	189
• Article 44 bis (art. L. 6146-10 du code de la santé publique) Possibilité reconnue aux centres hospitaliers régionaux de faire appel à des praticiens libéraux	191

• Article 45 (art. L. 14-10-1, L. 14-10-9, L. 313-4, L. 313-12 et L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, articles 5 et 23 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales) Financement des établissements sociaux et médicosociaux	192
• Article 46 (art. L. 2112-2, L. 2212-2 et L. 2311-3 du code de la santé publique) Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale	204
• Article 47 (art. L. 3411-4 nouveau du code de la santé publique) Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	207
• Article 48 (art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale) Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	209
• Article 49 Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	211
• Article 50 Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	213
• Article 51 Dotations de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)	218
• Article 52 Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)	220
• Article 52 bis (article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique) Compétences du fonds pour l'emploi hospitalier	224
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	226
• Article additionnel avant l'article 53 (art. L. 222-8 nouveau du code de la sécurité sociale) Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossment de régimes spéciaux	226
• Article additionnel avant l'article 53 (art. L. 222-1 du code de la sécurité sociale) Compétence du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sur les opérations d'adossment de régimes spéciaux	227
• Article additionnel avant l'article 53 (art. L. 114-8 nouveau du code de la sécurité sociale) Publication, à partir de l'année 2008, des projections des équilibres financiers des caisses de retraite ayant plus de deux mille cotisants	228
• Article additionnel avant l'article 53 (art. L. 161-17 et L. 351-15 du code de la sécurité sociale) Encouragement au développement de la retraite progressive	229
• Article 53 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008	230
Section 3 Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	233
• Article 54 (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale) Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs	233
• Article 55 (article 53 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002) Clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail	234
• Article 56 Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	235

• <i>Article 56 bis (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i> Motivation du refus d'inscription d'un établissement sur les listes du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	238
• <i>Article 57 (art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale)</i> Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	239
• <i>Article 58</i> Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008	240
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	241
• <i>Article 59 (art. L. 543-1 du code de la sécurité sociale)</i> Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant	241
• <i>Article 60 (art. L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles)</i> Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap	243
• <i>Article 61 (art. L. 512-2 et L. 512-5 du code de la sécurité sociale)</i> Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires	244
• <i>Article 61 bis (art. L. 141-1 du code de la sécurité sociale)</i> Procédure accélérée de contestation des décisions du service du contrôle médical pour les parents demandant l'allocation journalière de présence parentale	245
• <i>Article additionnel avant l'article 62 (art. L. 212-1 du code de la sécurité sociale)</i> Dispositif expérimental de centralisation de l'information et d'inscription des enfants à un mode de garde	246
• <i>Article 62</i> Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008	247
Section additionnelle après la section 4 - Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement	249
• <i>Article additionnel après l'article 62 (art. L. 135-5 du code des juridictions financières)</i> Transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées	249
Section 5 - Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	251
• <i>Article 63 (art. L. 153-1, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 224-5-5, L. 224-5-6, et L. 224-10 du code de la sécurité sociale)</i> Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'union des caisses nationales de sécurité sociale	251
• <i>Article 64 (art. L. 124-4, L. 153-3, L. 224-5, L. 224-12, L. 227-1 et L. 723-11 du code rural)</i> Amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale	253
• <i>Article 65 (art. L. 723-4-1 nouveau, L. 723-11 et L. 723-13 du code rural)</i> Renforcement des moyens de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole	256
Section 6 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	258
• <i>Article 66</i> Expérimentation de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail	258
• <i>Article 66 bis (art. L. 114-9 du code de la sécurité sociale)</i> Transmission d'informations aux organismes complémentaires	260
• <i>Article 66 ter (art. L. 114-9 du code de la sécurité sociale)</i> Renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude	261
• <i>Article 67 (art. L. 114-12, L. 583-3, L. 821-5 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation)</i> Simplification du mode de renseignement des ressources	262

• Article additionnel après l'article 67 (art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale)	
Récupération des indus	265
• Article 67 bis Renforcement des moyens des caisses nationales dans la lutte contre la fraude	266
• Article 67 ter Expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude	267
• Article 67 quater Documents à fournir pour une demande d'aide au logement	268
• Article 67 quinquies (art. L. 542-6 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation) Justifications à fournir pour une demande d'aide au logement	269
• Article 68 (art. L. 133-4-2 et L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 741-10-2 du code rural, art. L. 324-12-1 du code du travail et art. L. 8271-8-1 du nouveau code du travail) Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	270
• Article 68 bis (art. L. 114-15 du code de la sécurité sociale) Généralisation de l'obligation de signalement de travail dissimulé aux organismes sociaux	273
• Article 68 ter (art. L. 324-14-3 du code du travail et art. L. 8222-6-1 du nouveau code du travail) Sanction du défaut d'information des maîtres d'ouvrage	274
• Article 69 (art. L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale) Droit de communication	275
• Article 70 (art. L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale) Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et des soins urgents	277
• Article 71 (art. L. 433-1 et L. 442-5 du code de la sécurité sociale) Harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec les dispositions applicables en assurance maladie	280
Section 7 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	282
• Article 72 Charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	282
• Article 73 Rapport au Parlement sur le taux de cotisation des employeurs publics	283
TRAVAUX DE LA COMMISSION	285

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006

Article premier

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2006, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

En application de ces dispositions, le présent article prévoit :

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

Ce tableau fait apparaître un déficit global de **7,8 milliards d'euros**, au lieu de 11,4 milliards d'euros en 2005, soit une baisse d'environ un tiers en un an.

Comme en 2005, les quatre branches affichent un déséquilibre. L'essentiel du déficit est toutefois imputable à la branche maladie qui enregistre un résultat négatif de 5,9 milliards d'euros (au lieu de 8,1 milliards d'euros en 2005), auxquels s'ajoutent les déficits des branches vieillesse (1 milliard), famille (0,8 milliard) et accidents du travail-maladies professionnelles (0,1 milliard).

En dehors du régime général, il convient de noter la mauvaise situation du régime des exploitants agricoles, avec un résultat négatif de 1,6 milliard d'euros. A l'inverse, d'autres régimes affichent des résultats excédentaires : la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour 369 millions et le régime social des indépendants (RSI) pour 122 millions pour la maladie et 421 millions pour la retraite.

De la loi de financement initiale pour 2006 au présent projet de loi de financement, les soldes prévus et révisés ont été sensiblement améliorés, principalement sous l'effet du dynamisme des recettes. Ainsi, depuis la dernière loi de financement, l'amélioration du solde de 1 milliard d'euros est la conséquence des bonnes rentrées de CSG et des cotisations du secteur public.

Le tableau ci-après permet de retracer cette évolution.

Evolution du tableau d'équilibre 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2006	LFSS pour 2007	PLFSS pour 2008
Maladie	- 7,0	- 5,9	- 5,9
Vieillesse	- 1,8	- 1,6	- 1,0
Famille	- 1,1	- 1,2	- 0,8
AT/MP	- 0,1	0,0	- 0,1
Total	- 10,1	- 8,8	- 7,8

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

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

Ce régime affiche un déficit global de **8,7 milliards d'euros** en 2006, au lieu de 11,6 milliards en 2005. On constate donc une amélioration du solde du régime général, de l'ordre de 25 %.

- L'essentiel du déficit provient toujours de la branche maladie, dont le solde négatif atteint 5,9 milliards d'euros. Mais celle-ci amorce un **réel redressement** par rapport à 2004 lorsqu'elle affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, son plus haut niveau historique, et 2005, année au cours de laquelle le déficit s'est établi à 8 milliards d'euros. Cette amélioration est la conséquence directe de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie comportant à la fois des hausses de recettes et une modération des dépenses, particulièrement marquée pour les soins de ville grâce aux diverses mesures de « maîtrise médicalisée » des dépenses.

- La branche famille enregistre un déficit de 0,9 milliard, en retrait par rapport à la situation très dégradée de 2005 qui affichait un solde négatif de 1,3 milliard d'euros, après celui de 0,4 milliard en 2004 qui constituait le premier déficit de la branche depuis 1998. Ce résultat traduit pour l'essentiel la poursuite de la montée en charge rapide de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

- La branche accidents du travail-maladies professionnelles voit son déficit ramené de 0,4 milliard à 0,1 milliard, en raison principalement de la hausse du taux de cotisation de 0,1 point au 1^{er} janvier 2006.

- La branche vieillesse, qui était excédentaire en 2004 à hauteur de 0,25 milliard, est à nouveau déficitaire en 2006, avec un solde négatif de 1,9 milliard, identique à celui de 2005. Cette dégradation provient de la montée en charge des retraites anticipées au titre du dispositif « carrières longues », de l'impact du « papy-boom » et d'un changement de comportement des salariés qui ont, dans une proportion supérieure à ce qui était prévu, anticipé leur départ en retraite.

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

Evolution du tableau d'équilibre 2006 du régime général

	LFSS pour 2006	LFSS pour 2007	PLFSS pour 2008
Maladie	- 6,1	- 6,1	- 5,9
Vieillesse	- 1,4	- 2,4	- 1,9
Famille	- 1,2	- 1,3	- 0,9
AT/MP	- 0,2	0,0	- 0,1
Total	- 8,9	- 9,7	- 8,7

(en milliards d'euros)

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

Ce tableau concerne deux organismes en 2006 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (Ffipsa).

- Le FSV affiche un solde négatif de **1,3 milliard d'euros** après celui de 2 milliards enregistré en 2005. Cette forte réduction du déficit, de près de 40 %, résulte essentiellement de l'amélioration de la conjoncture à laquelle le résultat du FSV est très sensible.

Les produits du FSV ont ainsi progressé de 7 % pour atteindre 13,5 milliards d'euros, principalement sous l'effet d'une hausse de la CSG qui représente près de 80 % des produits. Cette augmentation du rendement de la CSG est issue, d'une part, de l'impact de la croissance élevée de la masse salariale du secteur privé, d'autre part, de la mesure de taxation des plans d'épargne logement de plus de dix ans qui a entraîné 230 millions de recettes pour le FSV.

Les charges du fonds n'ont progressé que de 1 %, pour atteindre 14,7 milliards d'euros, en raison principalement de l'amélioration du marché de l'emploi.

- Le Ffipsa, créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 pour succéder au Bapsa à compter du 1^{er} janvier 2005, connaît un déficit de **1,3 milliard d'euros**, au lieu de 1,4 milliard d'euros en 2005. En loi de financement pour 2007, le tableau d'équilibre voté faisait apparaître un déficit de 1,9 milliard d'euros.

Cette amélioration par rapport à la prévision de l'année dernière est la conséquence d'opérations comptables sur l'enregistrement en droits constatés des produits des droits de consommation sur les tabacs qui ont majoré les recettes du fonds d'environ 500 millions d'euros.

Néanmoins, l'écart entre l'évolution des charges (+ 2,4 %) et celle des produits (+ 2 %) se maintient, ce qui creuse le déficit du régime qui, de plus, à nouveau en 2006, ne bénéficie pas de subvention d'équilibre en provenance du budget.

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

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 à 140,6 milliards d'euros. L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a porté cet objectif à 141,3 milliards d'euros.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2006 à un niveau encore légèrement supérieur, soit **141,8 milliards d'euros**.

L'Ondam réalisé pour 2006 est donc supérieur de 1,2 milliard d'euros à l'objectif initial, ce qui représente **le plus important dépassement** en volume constaté depuis 2002. Celui-ci est pour l'essentiel imputable à l'accélération des dépenses de soins de ville en dépit des mesures tarifaires et budgétaires mises en œuvre dans les derniers mois de 2006 pour limiter la dérive alors prévisible.

Si le dépassement de l'objectif est donc plus ample que lors des trois années précédentes, il convient aussi de souligner qu'il confirme la tendance au ralentissement observée pour la quatrième année consécutive. En effet, l'évolution des dépenses sous Ondam est passée de 7,1 % en 2002 à 6,4 % en 2003, 4,9 % en 2004, 4 % en 2005 et enfin 3,1 % en 2006.

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

Le montant de la dotation affectée au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2006 est fixé par cet article à **1,5 milliard d'euros**, soit au même montant qu'en 2005.

Ce montant correspond cette année presque exclusivement au produit de la fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui est due au FRR. En effet, la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) n'ayant pas enregistré d'excédent en 2005, aucun versement n'a pu être effectué à ce titre.

Au 31 décembre 2006, les réserves hors plus-values latentes du FRR atteignaient **24,9 milliards d'euros**.

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

Ce paragraphe propose d'approuver le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2006, soit **2,8 milliards d'euros**, au lieu de 2,6 milliards d'euros en 2005.

Cette somme correspond à la différence entre le produit de la CRDS enregistré en 2006, soit 5,5 milliards d'euros, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (2,7 milliards).

La légère augmentation du montant de la dette amortie en 2006 est liée à la croissance du rendement de la CRDS du fait, notamment, de l'impact de la mesure PEL.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Certes le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général a diminué en 2006 et on ne peut que s'en féliciter car ce résultat a été obtenu par un ralentissement des dépenses et une augmentation des recettes.

Toutefois, les comptes de 2006 incluent un montant élevé de recettes exceptionnelles « à un coup », dont la principale a résulté de la taxation anticipée des plans d'épargne logement.

En l'absence de ces recettes, le déficit aurait été supérieur à 10 milliards d'euros en 2006.

Il est nécessaire de faire valoir ce tendancier car il explique, pour partie, les mauvais résultats de 2007 et justifie l'ampleur des efforts qu'il va falloir accomplir pour revenir à l'équilibre.

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

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement et qui décrit les modalités proposées pour la couverture des déficits constatés en 2006, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

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

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour l'ensemble des branches, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le FSV et le Ffipsa.

Le rapport de l'annexe A a pour objet de décrire les modalités de couverture de l'ensemble de ces déficits. Contrairement aux années précédentes, il n'y a pas lieu d'examiner également les modalités d'affectation des excédents, ceux-ci étant inexistantes.

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

1°) Le régime général

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

• Couverture du déficit de la branche maladie

Ce déficit s'élève à 5,9 milliards d'euros et il a été **couvert par un versement de la Cades**.

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

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

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

En conséquence, une régularisation d'un montant de 1,7 milliard a été opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie, également prévue par la loi du 13 août 2004. Celle-ci a en effet prévu que les déficits

prévisionnels des années 2005 et 2006 seraient repris par la Cades dans la limite de 15 milliards d'euros.

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

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

Aussi, **en 2006, la reprise de la dette a porté sur 5,7 milliards d'euros**. Ce montant correspond à la reprise du déficit prévisionnel pour 2006, soit 6 milliards d'euros, diminué de 300 millions d'euros, au titre de la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005. Il a fait l'objet d'un versement unique effectué le 6 octobre 2006.

Une dernière opération, avant la fin de l'année 2007, permettra de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'Acoss devra donc reverser à la Cades 65 millions d'euros à ce titre.

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

Les déficits enregistrés par ces trois branches en 2006 sont, respectivement, de 1,9 milliard d'euros pour la vieillesse, de 0,9 milliard d'euros pour la famille et de 0,1 milliard d'euros pour la branche AT-MP.

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

Le rapport précise que, au titre de ces emprunts, les charges financières de l'Acoss, nettes des produits financiers, se sont élevées à 270 millions d'euros en 2006.

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

Pour 2006, deux organismes sont mentionnés dans cette annexe : le fonds de financement de la protection sociale agricole (Ffipsa) et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

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

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

En 2006, le Ffipsa a enregistré un déficit de 1,3 milliard d'euros, après 1,4 milliard d'euros de solde négatif en 2005.

Comme en 2005, le déficit 2006 a été financé par les emprunts de trésorerie que peut conclure la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), sur délégation du Ffipsa, auprès du consortium CALYON, dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, soit 7,1 milliards pour 2006.

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

Le déficit du FSV en 2006 est de 1,3 milliard d'euros. Comme les années précédentes, il ne peut plus être compensé par les réserves de l'organisme, celles-ci étant épuisées depuis 2003.

Or, la loi n'autorise le FSV ni à recourir à des avances de trésorerie, ni à emprunter. Bien au contraire, elle impose l'équilibre des recettes et des dépenses de l'organisme, ce qui n'est pas le cas.

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

Le fonds se retrouve donc, comme le précise l'annexe, « *largement en position de débiteur* » vis-à-vis de la Cnav, à hauteur de 5,5 milliards d'euros au 31 décembre 2006, et de la CCMSA, pour 0,1 milliard d'euros à la même date.

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

Le déficit cumulé du FSV, qui s'élève à **5 milliards d'euros** au 31 décembre 2006, est inscrit au bilan de l'organisme en fonds de roulement négatif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à rectifier une erreur matérielle.

III - La position de votre commission

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007

Section 1

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

Article 3

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2007, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

L'article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale.

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

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2007 s'établit à **11,4 milliards d'euros**, au lieu de 7,5 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2007, **soit une dégradation de près de 4 milliards d'euros**.

Les deux tiers de cette évolution sont imputables à la branche maladie, dont le déficit rectifié passe de 4 à 6,6 milliards d'euros. La branche vieillesse voit son déficit prévisionnel s'accroître de 1,1 milliard d'euros et la branche AT-MP devrait afficher une dégradation de ses comptes à hauteur de 400 millions d'euros. Seule la branche famille voit son résultat s'améliorer de 200 millions d'euros.

L'essentiel de la rectification proposée résulte du **dérapiage des dépenses**¹.

En effet, les prévisions sur les recettes restent conformes et même légèrement supérieures aux montants inscrits en loi de financement pour 2007. Celles-ci passent au total de 394,8 à 395,5 milliards d'euros, soit une augmentation de 700 millions d'euros, ou encore une progression de 0,2 %.

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

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **11,7 milliards d'euros** en 2007, au lieu de 8 milliards dans les prévisions initiales, **soit une dégradation de 3,7 milliards d'euros**.

Le tableau ci-après fournit le détail des prévisions ainsi rectifiées par branche.

Soldes par branche du régime général en 2007

	Loi de financement pour 2007	Projet de loi de financement pour 2008
Maladie	- 3,9	- 6,2
Vieillesse	- 3,5	- 4,6
Famille	- 0,8	- 0,5
Accidents du travail	+ 0,1	- 0,4
Total régime général	- 8,0	- 11,7

¹ Se reporter aux commentaires des articles 6 et 7 sur les rectifications des objectifs de dépenses et de l'Ondam pour 2007.

Le niveau global du déficit du régime général est ainsi accru de près de 45 %. Cette nouvelle prévision recouvre toutefois des évolutions différentes selon les branches :

- la branche maladie voit son déficit augmenter de 2,3 milliards d'euros, notamment sous l'effet de la progression des dépenses de soins de ville ;

- la branche vieillesse enregistre une dégradation de son résultat de 1,1 milliard d'euros, principalement du fait de l'effet démographique et d'une mauvaise anticipation du comportement des assurés ;

- avec 400 millions de déficit, la branche AT-MP connaît également une détérioration de son résultat, due à la vigueur de la croissance des prestations (indemnités journalières, dotation au Fcaata) ;

- en revanche, la branche famille voit son déficit se réduire, passant de 800 millions à 500 millions d'euros, en raison d'un ralentissement sensible des prestations familiales.

Au total en 2007, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 96,1 %**, en recul par rapport à 2006 où ce taux s'établissait à 96,5 %.

**Taux de couverture des charges par les produits
pour les branches du régime général en 2007**

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	143,5	149,7	95,9 %
Vieillesse	85,4	90,0	94,9 %
Famille	54,3	54,8	99,1 %
Accidents du travail	10,0	10,4	96,1 %
Régime général	288,0	299,6	96,1 %

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

Deux organismes concourent au financement des régimes de sécurité sociale en 2007 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

Leur déficit global est fixé par le présent article à **2,6 milliards d'euros pour 2007**, au lieu de 2,7 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2007.

• Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le FSV voit sa situation s'améliorer plus rapidement que prévu, le déficit initialement fixé à 0,6 milliard d'euros étant rectifié à **0,3 milliard**.

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

En 2007, comme en 2006, le déficit du fonds se réduit grâce à l'amélioration de la conjoncture économique et du marché de l'emploi, auxquels son résultat est très sensible. Le FSV bénéficie en particulier d'une progression soutenue de la CSG, qui constitue 80 % de ses produits, tandis que ses charges, dont une partie importante est liée à l'évolution du chômage, se stabilisent.

Malgré cette amélioration, le déficit cumulé du FSV a continué à progresser en 2007, avec un montant de 5,3 milliards d'euros, soit environ 40 % de ses produits annuels.

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

Pour le Ffipsa, la situation est inverse puisque la prévision rectifiée fait apparaître un creusement du déficit qui passerait de 2,1 milliards d'euros en loi de financement initiale à **2,3 milliards**.

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

La rectification provient essentiellement d'une baisse des produits, que ce soit au titre des droits sur les tabacs, de la compensation démographique ou du versement de la CNSA.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission avait souligné l'année dernière le caractère ambitieux des prévisions retenues dans la loi de financement, en particulier en matière de progression des dépenses d'assurance maladie. Elle prend acte aujourd'hui, tout en le regrettant, du fait que cet excès de volontarisme nécessite une rectification à la baisse des prévisions pour 2007.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 4

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

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2007, exercice en cours, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

Conformément à ces dispositions, cet article rectifie :

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

Cet objectif est fixé à **2,6 milliards d'euros**, au lieu de 2,5 milliards dans la loi de financement initiale.

Cette révision à la hausse de 100 millions d'euros intervient en raison de recettes de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) plus dynamiques que prévu.

Au total, le produit attendu de la CRDS devrait atteindre 5,7 milliards d'euros. Comme la charge d'intérêt nette devrait s'élever à 3,1 milliards d'euros, la Cades sera en mesure d'amortir 2,6 milliards d'euros.

Ce montant est toutefois légèrement inférieur à celui de l'amortissement réalisé en 2006, soit 2,8 milliards d'euros, du fait de l'accroissement de la dette intervenu à la fin de 2006. En effet, conformément à la loi de 2004 sur l'assurance maladie, une dernière reprise de dette a été effectuée au mois d'octobre, à hauteur de 5,7 milliards d'euros, au titre du déficit de l'assurance maladie pour 2006.

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

Ce montant est fixé à **1,6 milliard d'euros**, soit une recette identique à celle votée en loi de financement initiale.

En effet, le produit de la fraction (65 %) du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, qui est affectée au FRR et qui constitue la quasi-totalité de ses recettes, devrait être conforme aux prévisions (environ 1,55 milliard d'euros).

Par ailleurs, comme en 2006, le FRR ne peut bénéficier cette année de ressources en provenance du FSV ou de la Cnav, ces deux organismes étant déficitaires.

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

III - La position de votre commission

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

*(article 94 de la loi n° 2006-1040 du 21 décembre 2006
de financement de la sécurité sociale pour 2007)*

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

Objet : Cet article modifie le montant de la dotation et du plafond de dépenses du Faqsv pour 2007.

I - Le dispositif proposé

Le 29 mai dernier, en application de la procédure prévue à l'article L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte a notifié au Parlement et au Gouvernement l'existence d'un risque sérieux de dépassement de l'Ondam 2007. La procédure établie par la loi du 13 août 2004 prévoit que, dans ce cas de figure, les caisses nationales d'assurance maladie « *proposent des mesures de redressement* ».

Les mesures annoncées, 1,2 milliard d'euros en année pleine, sont à peu près équitablement répartis entre les différents acteurs de l'assurance maladie.

Il est notamment prévu le gel des crédits du Faqsv à hauteur de 70 millions d'euros. Cette réduction de la dotation correspond en partie aux crédits affectés à la mise en œuvre du dossier médical personnel qui n'ont été que partiellement consommés en 2007. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, une économie de 70 millions est attendue à ce titre.

La dotation et le plafond de dépenses du Faqsv étant fixés par la loi de financement de la sécurité sociale, le présent article ajuste les montants en conséquence : la dotation et le plafond de dépenses sont minorés chacun de 70 millions d'euros (125 millions au lieu de 195 et 108 au lieu de 178).

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

II - La position de votre commission

Votre commission déplore que la Faqsv fasse l'objet d'une mesure de régulation en 2007. Elle considère que ces crédits auraient pu être affectés au financement des maisons médicales de garde.

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

Article 6

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2007, exercice en cours, les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

En conséquence, les tableaux présentés dans cet article rectifient les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base et du régime général pour 2007.

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

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

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2007

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	170,1	173,4	+ 3,3	+ 1,9
Vieillesse	170,6	172,1	+ 1,5	+ 0,9
Famille	55,3	55,1	- 0,2	- 0,4
AT-MP	11,4	11,6	+ 0,2	+ 1,7
Toutes branches	402,3	406,9	+ 4,6	+ 1,1

Au total, la rectification des dépenses s'élève à **4,6 milliards d'euros**, soit une augmentation de 1,1 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2007.

Cette révision à la hausse est pour l'essentiel imputable à la branche maladie mais elle traduit également des évolutions différenciées pour les autres branches :

- pour la branche maladie, l'augmentation de 3,3 milliards d'euros résulte de la reprise de la croissance des dépenses, en particulier des soins de ville, dont le sous-objectif avait été fixé à un niveau très bas en loi de financement initiale. Depuis le début de l'année 2007, on constate en effet des prescriptions particulièrement fortes, des honoraires médicaux en croissance soutenue et des indemnités journalières en forte reprise ;

- pour la branche vieillesse, l'accroissement de près de 1 milliard d'euros des dépenses est lié au dynamisme des départs à la retraite, ainsi que, dans une moindre mesure, à la mauvaise anticipation du comportement des assurés, enfin à la poursuite de la mesure de départ anticipé pour carrière longue ;

- pour la branche AT-MP, l'augmentation de 200 millions d'euros est liée à la progression des indemnités journalières et de la dotation au Fcaata ;

- pour la branche famille, la réduction de l'objectif de dépenses de 200 millions d'euros traduit principalement la décroissance en volume des principales prestations d'entretien (allocations familiales et complément familial).

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

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

Objectifs de dépenses par branche du régime général en 2007

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	146,7	149,7	+ 3,0	+ 2,0
Vieillesse	88,9	90,0	+ 1,1	+ 1,2
Famille	54,9	54,8	- 0,1	- 0,2
AT-MP	10,2	10,4	+ 0,2	+ 1,7
Toutes branches	295,5	299,6	+ 4,1	+ 1,4

Au total, la rectification des dépenses est de **4,1 milliards d'euros** pour le régime général.

Elle traduit les mêmes évolutions que pour le tableau précédent, c'est-à-dire, pour l'essentiel, le dépassement de 2,9 milliards d'euros de l'Ondam voté en loi de financement initiale, ainsi que le dynamisme des dépenses de la branche vieillesse (+ 1,1 milliard d'euros).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

Article 7

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

Objet : Cet article a pour objet de rectifier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2007.

I - Le dispositif proposé

Le caractère ambitieux de l'Ondam pour 2007 avait été souligné par votre commission l'an dernier. Cette appréciation s'appuyait sur le faible montant de cet objectif, fixé à 144,8 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,6 % relativement bas par rapport aux exercices précédents. Mais surtout, sa construction reposait sur des mesures d'économies pesant essentiellement sur le secteur des soins de ville, pour un montant global de 2,3 milliards, alors que dans le même temps, l'objectif de soins de ville augmentait de 1,1 %.

Or, l'expérience des années précédentes, d'ailleurs évoquée par l'avis du comité d'alerte publié le 31 mai 2007, incitait à une certaine prudence sur l'efficacité de ces mesures, dont la mise en œuvre se révèle toujours plus lente que prévu et les résultats inférieurs à ceux escomptés.

L'intervention du comité d'alerte n'a pas constitué, à proprement parler, une surprise. Le comité avait lui-même indiqué, dans un avis rendu le 6 avril dernier, que « *le surcroît de dépenses constaté en 2006 par rapport aux estimations qui avaient servi de base à la construction de l'Ondam 2007, et le constat de la tendance des soins de ville au cours des derniers mois, rendront très difficile le respect de l'objectif voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement pour 2007.* »

Le 29 mai, en application de la procédure prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte a notifié au Parlement et au Gouvernement l'existence d'un « *risque sérieux de dépassement* » de l'Ondam 2007, évalué à 2 milliards d'euros pour le seul sous-objectif soins de ville.

Ces premières informations ont été validées lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, le 4 juillet dernier, puisque le montant du dépassement était alors évalué à 2,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, dont 2,2 milliards imputables au régime général.

Cette estimation a ensuite été corrigée à la hausse lors de la réunion de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale qui l'a évaluée à 2,9 milliards d'euros. **Il s'agit du dépassement d'objectif le plus important de la législature.**

Montant de l'Ondam voté et réalisé

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Ondam voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,8
Ondam réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,8	147,7
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	1,2	2,9

*prévisions

Pour tenir compte de ce dérapage dans l'exécution de l'Ondam 2007, le présent article propose de réévaluer son montant à 147,7 milliards d'euros, ce qui correspond à un taux de progression de 4,2 %.

Ce dérapage des dépenses 2007 est quasi intégralement constaté dans le secteur des soins de ville, dont le présent article réévalue le sous-objectif 2007 d'un montant de 2,7 milliards d'euros.

Selon la commission des comptes, la majeure partie de la révision à la hausse des dépenses de soins de ville provient de la croissance des prescriptions médicales : les honoraires paramédicaux (infirmières et masseurs-kinésithérapeutes notamment) progressent de 8 %, les médicaments et les indemnités journalières, dont les dépenses s'étaient ralenties les années

précédentes, repartent à la hausse pour plus de 5 % en 2007, tandis les transports sanitaires connaissent toujours des dépenses très dynamiques, en augmentation de plus de 9 % sur les sept premiers mois de l'année 2007.

Par ailleurs, l'épidémie de grippe du début d'année a sensiblement accru l'activité des médecins, ce qui, ajouté aux revalorisations tarifaires intervenues en octobre 2006 (visite médicale) et juillet 2007 (tarif de consultation à compter du 1^{er} juillet), a pesé fortement sur l'évolution des dépenses de soins de ville.

(en milliards d'euros)

	Objectif initial (PLFSS 2006)	Objectif rectifié (PLFSS 2008)
Dépenses de soins de ville	66,7	69,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,5	47,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	18,3	18,2
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	4,7	4,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	0,8
Total	144,8	147,7

Dans le même temps, les dépenses hospitalières respectent leur objectif, il est vrai plus élevé que celui des soins de ville (3,6 % contre 1,1 %).

Ce respect est obtenu moyennant un transfert d'environ 100 millions entre le sous-objectif qui retrace les dépenses de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (tarification à l'activité) et celui qui regroupe les autres dépenses, c'est-à-dire celles liées aux soins de suite et de réadaptation, et de psychiatrie.

Il s'est trouvé facilité par la révision à la baisse des dépenses réalisées en 2006 par les cliniques privées, ce qui minore la base de départ d'environ 100 millions d'euros. D'autre part, le rythme d'évolution de l'activité hospitalière constaté au cours des premiers mois de l'année est conforme aux prévisions.

Comme chaque année, le sous-objectif médicosocial ne fait l'objet d'aucun dépassement. On constate, en revanche, un dynamisme plus important que prévu des dépenses de santé des ressortissants français à l'étranger qui se traduit par un dépassement de 100 millions d'euros du sous-objectif « autres modes de prise en charge ».

Ces résultats intègrent l'impact des mesures d'économies décidées après l'intervention du comité d'alerte, dont le montant attendu pour 2007 s'élève à 417 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission souligne que si le déclenchement de la procédure d'alerte a favorisé la tenue d'un débat sur l'état des finances de l'assurance maladie, elle n'a pas permis, en raison des délais imposés, de redresser les comptes dans l'année même.

Au vu de ce constat, elle approuve les mesures proposées par le Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, visant à mieux encadrer l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation tarifaires décidées par les partenaires conventionnels en cas de déclenchement de la procédure d'alerte.

Enfin, elle réitère les remarques présentées chaque année depuis l'entrée en vigueur de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour que les objectifs de dépenses figurant dans la loi de financement soient présentés en millions d'euros et non en milliards arrondis à la centaine de millions car cette excessive simplification va à l'encontre de la sincérité et de la précision des comptes.

En l'occurrence, elle rend difficilement compréhensibles les mesures de rectification de l'Ondam 2007.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008

Article 8

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

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

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du projet de loi de financement a été établi en cohérence avec le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2008.

Il s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique (produit intérieur brut, masse salariale et inflation) présentées dans ce dernier rapport et retient, à l'instar de celui-ci, un scénario bas et un scénario haut.

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

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

	Scénario bas	Scénario haut
Pib (en volume)	+ 2,5 %	+ 3,0 %
Masse salariale du secteur privé	+ 4,4 %	+ 5,0 %
Ondam (en volume)	+ 2,0 %	+ 2,0 %
Variante Ondam (en volume)	+ 1,5 %	+ 1,5 %
Inflation hors tabac	+ 1,6 %	+ 1,6 %

Une première analyse de ces hypothèses fait apparaître, comme pour celles qui figuraient dans l'annexe B de la loi de financement pour 2007, **sinon un très fort volontarisme, du moins des objectifs à caractère ambitieux.**

L'hypothèse qui suscite le plus d'interrogations, compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**.

Celui-ci serait contenu à 2 % par an en moyenne et même, pourquoi pas, à 1,5 % par an en moyenne, ce qui impliquerait obligatoirement de très grands efforts dans la poursuite de la maîtrise des dépenses. Or, on peut s'interroger sur la durabilité **d'une progression des dépenses d'assurance maladie inférieure à celle du Pib**. Ce n'est guère cohérent avec ce qui est constaté non seulement en France mais également dans la plupart des autres pays européens¹.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit un redressement régulier, au cours de la période**, du solde global du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Toutes les branches verraient leur situation s'améliorer, **à l'exception toutefois de la branche vieillesse** dont le déficit atteindrait un peu plus de 10 milliards d'euros dans le scénario bas, un peu moins dans le scénario haut.

¹ Une récente étude de la Drees sur la dépense de santé en France, de 1950 à 2005, montre que les dépenses de santé ont toujours progressé plus vite que le Pib et qu'elles représentent entre 1 et 1,5 point de la richesse nationale en plus tous les dix ans.

Contrairement aux prévisions annexées à la loi de financement pour 2007, l'assurance maladie ne reviendrait pas à l'équilibre en fin de période, sauf dans le cas où la croissance du Pib en volume serait de 3 % et la progression de l'Ondam en volume limitée à 1,5 %.

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

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

Scénario bas

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie	- 6,2	- 4,3	- 4,8	- 4,3	- 3,7	- 3,1
AT-MP	- 0,4	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,6	+ 0,7	+ 0,9
Famille	- 0,5	+ 0,3	+ 1,5	+2,7	+ 3,9	+ 5,0
Vieillesse	- 4,6	- 5,1	- 6,3	- 7,4	- 8,9	- 10,3
Toutes branches consolidé	- 11,7	- 8,9	- 9,2	- 8,4	- 8,0	- 7,6
<i>Toutes branches avec un Ondam à 1,5 % à partir de 2009</i>	<i>- 11,7</i>	<i>- 8,9</i>	<i>- 8,5</i>	<i>- 7,0</i>	<i>- 5,8</i>	<i>- 4,5</i>

Scénario haut

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie	- 6,2	- 4,3	- 4,2	- 3,0	- 1,6	- 0,1
AT-MP	- 0,4	+ 0,3	+ 0,5	+ 0,7	+ 0,9	+ 1,2
Famille	- 0,5	+ 0,3	+ 1,7	+ 3,2	+ 4,6	+ 6,1
Vieillesse	- 4,6	- 5,1	- 6,0	- 6,7	- 7,8	- 8,7
Toutes branches consolidé	- 11,7	- 8,9	- 7,9	- 5,8	- 3,8	- 1,6
<i>Toutes branches avec un Ondam à 1,5 % à partir de 2009</i>	<i>- 11,7</i>	<i>- 8,9</i>	<i>- 7,3</i>	<i>- 4,4</i>	<i>- 1,7</i>	<i>+ 1,4</i>

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

Dans les deux scénarios, le FSV verrait son excédent, constaté pour la première fois en 2008, progresser au cours de la période, tandis que le Ffipsa connaîtrait une situation de plus en plus dégradée de son déficit annuel.

Par rapport aux prévisions quadriennales annexées à la loi de financement pour 2007, plusieurs différences sensibles apparaissent dans les tableaux de cette année :

- une dégradation encore plus forte du solde de la branche vieillesse qui avoisinerait les 10 milliards d'euros de déficit en fin de période dans tous les cas de figure, ces projections ne tenant naturellement pas compte d'éventuelles mesures qui pourraient être prises dans le cadre du « rendez-vous de 2008 » sur la réforme des retraites ;

- **une bien moindre amélioration des comptes de la branche maladie** : dans les projections de l'année dernière, cette branche devait redevenir excédentaire dès 2009 dans le scénario haut et en 2010 dans le scénario bas, en enregistrant, dans le premier cas, un excédent de 4 milliards d'euros en 2010 et, dans le deuxième, un excédent, la même année, de 2,4 milliards. L'annexe B du présent projet de loi de financement comporte des projections bien différentes : dans le scénario bas, la branche maladie accuserait encore un déficit de 3 milliards d'euros en 2012 et dans le scénario haut, celui-ci serait de 100 millions. Les seules perspectives d'excédent en fin de période apparaissent avec un Ondam contraint à 1,5 % en volume, c'est-à-dire avec un effort sensiblement accru de maîtrise des dépenses ;

- **une forte accélération de l'excédent de la branche famille** qui, dans les deux scénarios, dépasserait 5 milliards d'euros en 2012 ;

- **une progression continue de l'excédent de la branche AT-MP** tout au long de la période qui pourrait avoisiner 1 milliard d'euros en 2012 ;

- **un accroissement des excédents du FSV** : après un retour à l'équilibre confirmé en 2008, le solde positif du FSV atteindrait 1,8 milliard d'euros en 2012 dans le scénario bas et 2,4 milliards à la même échéance dans le scénario haut ;

- **une très forte détérioration du déficit du Ffipsa** qui dépasserait largement les 2 à 2,2 milliards d'euros par an prévus en 2007 pour atteindre, dès 2010, dans les deux scénarios, plus de 3 milliards d'euros par an.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de l'amélioration de la présentation de cette annexe. En particulier, les prévisions de résultats présentées par branche font l'objet d'argumentations un peu plus étayées que l'an dernier, ce qui répond à une demande plusieurs fois renouvelée de votre commission.

Le texte du I de l'article L.O. 111-4 de la sécurité sociale prévoit néanmoins explicitement qu'au nombre des données devant être décrites dans le rapport figure l'Ondam pour les quatre années à venir. Or, si le texte explicatif de l'annexe est, cette année, un peu plus développé sur l'Ondam, il reste que des hypothèses plus approfondies pourraient être étudiées. C'est en effet sur la branche maladie que les projections à moyen terme ont le plus varié au cours des dernières années. Votre commission souhaite donc que cette lacune puisse être corrigée l'année prochaine.

Ainsi, à défaut d'être totalement fiable, l'annexe B a au moins le mérite de **montrer les tendances** et, en conséquence, de **rendre impératif l'approfondissement des réformes** mises en œuvre au cours des dernières années. Cela signifie que le rendez-vous de 2008 sur les retraites, prévu par la loi du 21 août 2003, devra définir les conditions d'un retour à l'équilibre pérenne de l'assurance vieillesse. En matière d'assurance maladie, l'ensemble des acteurs du système de santé devront renforcer leurs efforts afin d'exploiter tous les gains d'efficacité encore existants.

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

Section 1

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

Article 9 A

(article 46 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et article 4 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement)

Suppression de la faculté ouverte aux fonctionnaires devenus parlementaires de continuer à cotiser dans leur régime de retraite d'origine

Objet : *Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose de mettre un terme à la faculté dont disposent les fonctionnaires devenus parlementaires de continuer à cotiser et à acquérir des droits dans le cadre du code des pensions civiles et militaires de retraite, alors qu'ils sont obligatoirement affiliés aux régimes de l'Assemblée nationale et du Sénat.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale propose que les fonctionnaires détachés pour exercer un mandat parlementaire, ne puissent plus continuer à acquérir des droits à pension dans leur régime d'origine.

Cet amendement a été adopté par scrutin public, à la quasi-unanimité des suffrages exprimés (97 pour, 2 contre, pour 102 votants), avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Le **paragraphe I** prévoit d'insérer dans les statuts des trois fonctions publiques, une même disposition selon laquelle les fonctionnaires élus au Parlement ne peuvent, pendant la durée de leur mandat, continuer à acquérir des droits à retraite dans leur régime d'origine. Cette mesure concerne la fonction publique d'Etat ainsi que les fonctions publiques hospitalière et territoriale, gérées par la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Par coordination, le **paragraphe II** tend à abroger l'article de l'ordonnance du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, qui permet aux parlementaires issus de la fonction publique de continuer à acquérir des droits à retraite en tant que fonctionnaire, sous réserve du versement des retenues par pension. Il convient de noter qu'il s'agit d'une disposition de nature simplement législative. Conformément aux dispositions de l'article 25 de la Constitution, le régime de l'indemnité parlementaire relève de la loi organique mais pas le régime de retraite des parlementaires.

Le **paragraphe III** prévoit que cette réforme entrera en vigueur à l'occasion du prochain renouvellement triennal du Sénat, qui interviendra en 2008, et du prochain renouvellement intégral de l'Assemblée nationale, dont l'échéance normale est fixée en 2012.

II - La position de votre commission

Votre commission considère que les régimes de retraite des parlementaires doivent être appréhendés dans le cadre d'une réflexion globale sur le statut des élus dans une démocratie. Il convient aussi de prendre en compte une spécificité bien réelle : la grande précarité des fonctions électives. Pour autant, votre commission estime également qu'à l'approche du rendez-vous de 2008 sur les retraites, tous les régimes sociaux, y compris ceux des députés et des sénateurs, doivent contribuer au processus de sauvegarde de l'assurance vieillesse. La présente réforme revêt une portée hautement symbolique et participe de cet objectif.

Pour ces motifs, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 B

(art. 575 du code général des impôts)

Modulation des minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre, en cas de baisse des prix, de procéder par arrêté au relèvement des minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 575 du code général des impôts fixe **le principe d'un droit de consommation pour les tabacs manufacturés** vendus dans les départements de la France continentale ainsi que pour les tabacs et le papier à rouler les cigarettes importés.

Ce droit de consommation résulte de l'application d'un taux normal au prix de vente au détail des différentes catégories de tabacs, sous réserve d'un minimum de perception fixé par mille unités ou par mille grammes. Les taux et minima de perception applicables selon les différentes catégories de produits sont déterminés à l'article 575 A du code général des impôts.

Pour les cigarettes autres que celles de la classe de prix la plus demandée, le droit de consommation comporte à la fois une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail.

Le présent article propose de **compléter l'article 575 du code général des impôts** par trois alinéas, afin de prévoir que :

- le ministre chargé du budget puisse, par arrêté, relever les minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs fine coupe à rouler lorsque l'on constate une baisse de leurs prix (si leur prix de vente au détail est inférieur respectivement à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits dans le dernier arrêté de prix) ;

- pour les cigarettes, le minimum de perception qui résultera de l'augmentation ne pourra excéder le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée ;

- pour les tabacs fine coupe à rouler, l'augmentation du minimum de perception ne pourra dépasser 25 % du montant inscrit à l'article 575 A du code général des impôts.

Il s'agit d'éviter les pratiques de prix à la baisse mais dans des limites bien définies, en permettant seulement à l'autorité administrative de moduler légèrement à la hausse les minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure de bonne gestion administrative.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 9 C
(art. 575 A du code général des impôts)
**Relèvement des minima de perception
sur les cigarettes et les tabacs à rouler**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'augmenter les minima de perception actuellement en vigueur pour les cigarettes et les tabacs à rouler.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 575 A du code général des impôts fixe, d'une part, le taux normal du droit de consommation, d'autre part, le minimum de perception, applicables aux tabacs manufacturés, en distinguant différents groupes de produits.

Le tableau ci-dessous reproduit les montants actuellement en vigueur.

Groupe de produits	Taux normal du droit de consommation	Minimum de perception (pour 1000 unités ou 1000 g)
Cigarettes	64 %	128 euros
Cigares	27,57 %	89 euros
Tabacs fine coupe à rouler	58,57 %	75 euros
Autres tabacs à fumer	52,42 %	60 euros
Tabacs à priser	45,57 %	
Tabacs à mâcher	32,17 %	

Le présent article vise à augmenter les minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs à rouler en portant ces montants :

- de 128 euros à 155 euros pour les cigarettes, soit une hausse de 21 % ;

- de 75 euros à 85 euros pour les tabacs fine coupe à rouler, soit une hausse de 13 %.

Ces minima n'ont pas évolué depuis le 5 janvier 2004, date de leur dernière augmentation, et, selon le rapporteur de l'Assemblée nationale pour l'équilibre général et les recettes, ils sont aujourd'hui trop bas par rapport aux prix du marché et donc inopérants. Ne pas les relever risquerait dès lors de faire apparaître des pratiques de prix contraires aux objectifs de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme.

En réalité, si l'augmentation du minimum de perception pour les cigarettes, proposée par cet article, est effectivement conforme à la réalité

actuelle des prix du marché, il n'en est pas de même pour les tabacs à rouler. Selon les indications fournies à votre rapporteur, pour ces derniers, le minimum de perception proposé, de 85 euros, conduirait à une légère augmentation des prix car le seuil de neutralité, pour les tabacs à rouler, est actuellement estimé à 83 euros.

II - La position de votre commission

Votre commission s'associe pleinement à la démarche de l'Assemblée nationale. En particulier, elle n'est pas hostile à une plus grande convergence des prix et des taxations entre les cigarettes et les tabacs à rouler.

Elle observe aussi que le prochain relèvement de ces minima, dès lors que l'augmentation respecte les critères fixés à l'article 9 B ci-dessus, pourra être effectué par arrêté du ministre chargé du budget.

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

Article 9 D

(art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale)

Définition de l'assiette retenue pour le calcul des allègements « Fillon »

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de réintégrer dans l'assiette des allègements de cotisations patronales la rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le mécanisme d'exonération des cotisations patronales, dit « allègements Fillon », a fait, dès l'origine, l'objet d'interprétations divergentes en ce qui concerne la définition des heures prises en compte pour son calcul.

Les Urssaf considéraient que les heures entrant dans le champ d'application de l'exonération de cotisations patronales étaient les **heures de travail effectif**, c'est-à-dire le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Certains employeurs demandaient, à l'inverse, que soit retenue une définition plus large, incluant **l'ensemble des heures rémunérées**, c'est-à-dire, outre les temps de travail effectif, les temps de pause, d'habillage ou de déshabillage, ainsi que les indemnités compensatrices de congés payés (ICCP) versées aux employés en intérim ou en contrat à durée déterminée. Cette définition extensive leur permettait de bénéficier d'allègements de cotisations plus importants.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 contenait, dans sa version initiale, un article validant l'interprétation la plus restrictive et limitant le champ des allègements Fillon aux seules heures de travail effectif, conformément à ce qui était la pratique mise en œuvre sur le terrain par les structures de recouvrement.

Toutefois, à l'issue des débats devant le Parlement, la solution exactement inverse a finalement été retenue et **l'article 14 de la loi de financement pour 2006 a fait prévaloir l'interprétation la plus laxiste, incluant toutes les heures rémunérées**, et non seulement les heures effectivement travaillées, dans l'assiette d'exonération.

Il est apparu assez rapidement que ce dispositif avait **un coût élevé, de l'ordre de 500 à 600 millions d'euros**, soit environ 400 millions pour les indemnités compensatrices de congés payés, près de 200 millions pour les temps de pause et une dizaine de millions pour les temps d'habillage et de déshabillage.

Or, les allègements Fillon sont, depuis 2006, compensés par un panier de neuf recettes fiscales affectées à la sécurité sociale. Si le montant de ce panier a été tout juste suffisant pour couvrir le coût des exonérations en 2006, il s'est, en revanche, révélé très insuffisant en 2007.

Afin de prévenir une nouvelle dégradation du solde de compensation, la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (Tepa) est revenue sur le mode de comptabilisation des heures concernées pour le calcul des exonérations de cotisations patronales, en faisant prévaloir un retour à l'interprétation la plus stricte, celle imposée par l'administration jusqu'en 2006, avec **une formule ne faisant référence qu'aux seules heures de travail effectif**.

Le gain attendu devait donc être de 500 à 600 millions d'euros par an. Cette opération, combinée avec la mise en place de nouvelles recettes au profit du panier¹, permettait d'envisager un retour à l'équilibre, et donc à une compensation intégrale des allègements généraux pour la sécurité sociale, dès la fin de 2007.

Toutefois, l'Assemblée nationale a inséré une mesure dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale revenant, à son tour, **partiellement** sur les dispositions adoptées dans la loi Tepa.

En effet, aux termes du présent article, **les rémunérations correspondant aux temps de pause, d'habillage et de déshabillage seraient réintégrées dans le champ de l'exonération de cotisations patronales**, à la demande en particulier d'employeurs du secteur de la grande distribution. En revanche, les indemnités compensatrices de congés payés resteraient bien

¹ Le projet de loi de finances rectificatives pour 2007 et le projet de loi de finances pour 2008 reversent dans le panier le reliquat de droits sur les tabacs et de taxe sur les salaires qui restait encore à l'Etat (1 milliard d'euros en 2007 et 1,2 milliard en 2008) ainsi que le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs (300 millions d'euros à partir de 2008).

exclues du dispositif, conformément au mécanisme revu dans le cadre de la loi Tepas.

Les rémunérations prises en compte seraient celles versées en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007, date de l'adoption du projet de loi de financement en Conseil des ministres et de son dépôt sur le bureau de l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Votre commission observe que la mesure adoptée par l'Assemblée nationale aura **un coût net de 200 millions d'euros par an pour les organismes de sécurité sociale**, puisque aucune compensation n'a été parallèlement prévue par le Gouvernement qui a pourtant donné son accord à l'amendement. Le schéma de retour à l'équilibre sur lequel celui-ci s'était engagé ne sera donc pas respecté.

Par ailleurs, l'argument selon lequel les entreprises concernées subiraient une hausse brutale de leurs cotisations patronales doit pour le moins être nuancé. Le principe de prise en compte des seules heures effectivement travaillées s'est appliqué jusqu'en 2005 inclus et ne constitue donc pas une innovation.

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

Article 9 E

(art. L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale)

Contributions patronale et salariale sur les stock options et les attributions gratuites d'actions

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'instituer des contributions patronale et salariale sur les stock options et les attributions gratuites d'actions.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A. Le contexte

Dans son rapport préparatoire au débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution¹, la Mecess a montré que la dynamique particulière de la dépense sociale justifie une étude rigoureuse de la situation

¹ *Protection sociale : trouver la ressource juste, promouvoir les bons usages - Rapport d'information de Alain Vasselle, n° 66 (2007-2008).*

spécifique des niches sociales, c'est-à-dire de l'ensemble des exonérations et allègements d'assiette existant en matière de prélèvements sociaux.

En effet, ceux-ci sont nombreux et coûteux, comme l'a montré avec éclat le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale¹, rendu public le 12 septembre dernier.

Ces dispositifs se répartissent entre des mesures en faveur de l'emploi - la plupart de ces mesures étant toutefois compensées à la sécurité sociale -, les dispositifs associant les salariés aux résultats des entreprises (participation, intéressement, stock options, attribution d'actions gratuites), la protection sociale en entreprise (retraite supplémentaire, prévoyance complémentaire), les compléments de salaires affectés (titres-restaurant, frais de transport, chèques-vacances, participation employeur au Cesu), les indemnités de départ de l'entreprise, les dispositifs spécifiques à certaines professions, les revenus du patrimoine. La Cour y ajoute la question de l'alignement des cotisations de l'Etat employeur sur celles applicables dans le secteur marchand.

Le tableau ci-après fournit les ordres de grandeur calculés par la Cour des comptes en termes de manque à gagner pour le régime général de la sécurité sociale au titre de ces « niches ». Au total, **c'est une somme de plus de 30 milliards d'euros qui est en jeu.**

(en milliards d'euros)

Dispositif	Enjeu pour le régime général
Mesures emploi	2,1
Dispositifs d'entreprise :	19,8/15,3
- association des salariés aux résultats	8,3/6,0
- protection sociale en entreprise	5,1/3,6
- indemnités de départ	3,9/3,2
- salaires affectés	2,5
Populations spécifiques	0,9
Revenus de remplacement et de complément	8,4
Revenus de capitaux mobiliers et fonciers	0,8
Cotisations des employeurs publics	4,6

Source : Cour des comptes.

Dans son rapport, la Cour insiste particulièrement sur la **niche « stock options »** en raison du montant total en cause, **plus de 3 milliards d'euros** selon ses calculs, et surtout en raison de l'avantage moyen que cette exonération représente par bénéficiaire, en l'occurrence 30 000 euros.

La Cour pointe également les avantages de départ en retraite et de licenciement qui entraînent un manque à gagner pour la sécurité sociale de près de 4 milliards d'euros pour un avantage par bénéficiaire estimé à 6 000 euros pour les indemnités de mise en retraite et à 4 000 euros pour les indemnités de licenciement.

¹ *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2007 - pp. 137-166.*

La commission des affaires sociales n'avait toutefois pas attendu ce rapport pour ouvrir le débat puisque, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, elle avait présenté **un amendement visant précisément à remettre en cause l'exonération applicable aux stock options**. Malheureusement, son initiative s'était alors heurtée à l'opposition du Gouvernement. Elle se réjouit donc que, grâce aux observations appuyées de la Cour des comptes, la situation puisse évoluer cette année.

Cependant, comme en matière fiscale, il manque une évaluation approfondie de l'efficacité de l'ensemble de ces dispositifs. Il conviendrait donc de compléter l'annexe 5 du projet de loi de financement sur les mesures d'exonération et les modalités de leur compensation en ce sens. Il faudrait aussi que l'indicateur « niches sociales » du programme de qualité et d'efficacité « financement » puisse apporter les informations les plus pertinentes et utiles à l'examen de la légitimité de ces mécanismes.

Aujourd'hui, pour que la sécurité sociale y trouve de nouvelles recettes, **deux pistes sont possibles** :

- celle de la remise en cause ponctuelle de certaines niches, ce qui signifie la mise en place d'une taxation dans des conditions normales ou allégées des assiettes correspondantes actuellement exonérées ;

- celle de l'application d'un taux faible à l'assiette totale représentée par ces niches (ou du moins la plus large possible), ce qui s'apparenterait à une sorte de cotisation patronale généralisée avec assiette large et taux réduit (*flat tax*).

B. Le dispositif voté à l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a choisi la première de ces deux pistes en instituant une contribution patronale et une contribution salariale sur les attributions de stock options et d'actions gratuites. Selon son rapporteur, *« il s'agit de faire en sorte que ces rémunérations déguisées, en forte expansion, participent davantage au financement de la protection sociale »*.

A cet effet, deux nouvelles sections viennent compléter le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, l'une pour la contribution patronale, l'autre pour la contribution salariale.

a) La contribution patronale

Selon le rapporteur de l'Assemblée nationale, *« d'un taux de nature à maintenir l'attractivité de notre pays, la contribution patronale, qui serait affectée aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie, offre aux employeurs l'avantage d'une bonne prévisibilité et aux régimes sociaux la certitude d'accroître immédiatement leurs recettes »*.

Il est donc créé un nouvel article L. 137-13-1 dans le code de la sécurité sociale afin d'instituer une contribution due par les employeurs, d'une part, sur les options consenties dans le cadre des dispositions des articles

L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce, d'autre part, sur les actions attribuées gratuitement dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

Pour les options de souscription ou d'achat d'actions, la contribution s'applique, au choix de l'employeur, soit à la juste valeur des options, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options à la date de la 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.

Ce dispositif s'applique également lorsque l'option est consentie ou l'action attribuée par une société mère dont le siège social est à l'étranger.

Enfin, il est prévu que la contribution sera recouvrée et contrôlée par les Urssaf dans les mêmes conditions que la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance (articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale).

b) La contribution salariale

Selon le rapporteur de l'Assemblée nationale, « *il ne serait pas logique que les salariés ne participent pas eux-mêmes au financement de la protection sociale à ce titre. C'est pourquoi [il est proposé] d'instituer une contribution salariale de 2,5 % affectée aux régimes d'assurance maladie et assise sur la plus-value d'acquisition des stock options ou sur la valeur des actions gratuites à leur date d'acquisition* ».

Il est donc créé un nouvel article L. 137-14 dans le code de la sécurité sociale, afin d'instituer **une contribution salariale de 2,5 %** assise sur le montant de l'avantage, tel qu'il est défini par le code général des impôts.

Elle serait, comme la contribution patronale, recouvrée par les Urssaf.

Enfin, il est prévu une date d'application : pour toutes les attributions consenties à compter du 16 octobre 2007, ainsi que pour les actions gratuites cédées ou les levées d'option réalisées à compter de cette même date.

II - La position de votre commission

Votre commission estime en effet indispensable que l'on s'oriente dès à présent vers l'une ou l'autre des pistes qu'elle a suggérées en matière de taxation des niches sociales. **La situation actuelle des comptes sociaux ne permet plus en effet qu'une part trop importante de l'assiette sociale échappe au prélèvement.**

Aussi, votre commission se félicite qu'à la suite de ce qu'elle avait proposé dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement pour 2007, l'Assemblée nationale ait choisi, par le vote de cette mesure, de faire participer les stock options et les attributions gratuites d'actions au financement de la protection sociale. Cela correspond en outre à l'une des préconisations de la Cour des comptes dans son dernier rapport sur la sécurité sociale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 9 E
(art. L. 137-15 du code de la sécurité sociale)*

**Instauration d'une contribution
sur les assiettes exonérées de charges sociales**

Objet : Cet article additionnel a pour objet, d'instaurer, au profit des régimes obligatoires de sécurité sociale, une taxe de 2 % sur l'ensemble des assiettes exonérées de charges sociales.

Comme indiqué à l'article 9 E ci-dessus, deux voies principales de taxation des « niches sociales » existent. L'Assemblée nationale en a retenu une, en instituant une contribution sociale sur deux « niches » ciblées : les stock options et les attributions gratuites d'actions.

Votre commission vous propose une autre démarche, celle de la *flat tax* avec l'instauration, au profit des régimes obligatoires de sécurité sociale, d'une contribution s'appliquant à l'ensemble de l'assiette actuellement exonérée de charges sociales mais en la taxant avec un taux très bas, de 2 %.

Afin de rendre les divers dispositifs contenus dans le présent projet de loi compatibles entre eux, l'amendement proposé écarte de l'assiette taxable les stock options, les attributions gratuites d'actions et les indemnités de mise à la retraite.

Un décret en Conseil d'Etat devra déterminer les modalités de recouvrement de cette contribution.

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

Article 9

(art. L. 162-16-5-1, L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-17-7, L. 162-18, L. 245-1, L. 245-2, L. 245-4, L. 245-5-2, L. 245-5-3, L. 245-6 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

Diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques

Objet : Cet article a pour objet de modifier l'assiette et le régime de recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques, ainsi que les modalités de calcul de diverses autres contributions.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte une série de dispositions relatives aux taxes et contributions versées par les entreprises pharmaceutiques au profit de l'assurance maladie.

1. Modifications de l'assiette et des modalités de recouvrement applicables aux taxes pharmaceutiques

Le **paragraphe I** comprend **neuf dispositions** modificatives du régime actuel des taxes pharmaceutiques.

Par souci de rationalisation des procédures, les **1° à 4°** ont pour objet de transférer de l'Acoss aux Urssaf désignées par le directeur de l'Acoss :

- le recouvrement de 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, en application de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale ;

- le recouvrement de la pénalité encourue en cas de non-respect de l'obligation de demander une autorisation de mise sur le marché ou l'inscription au remboursement pour des spécialités pharmaceutiques indiquées pour certaines maladies rares ou affections de longue durée, conformément au dispositif prévu à l'article L. 162-17-2-1 ;

- le recouvrement de 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, en vertu des articles L. 162-17-4 et L. 162-17-7 ;

- le recouvrement des remises prévues dans le cadre des conventions conclues avec le CEPS, conformément à l'article L. 162-18.

Le **5°** vise à corriger une incohérence rédactionnelle, en précisant à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale que le produit de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments est affecté non seulement à la Cnam mais également à la Haute Autorité de santé (HAS). En effet,

l'article L. 161-45 du même code prévoit que la HAS reçoit 10 % du produit de cette contribution.

Les 6° à 9° visent à aménager les règles d'assujettissement et de calcul des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

En effet, les articles L. 245-2, L. 245-4, L. 245-5-2 et L. 245-5-3 du code de la sécurité sociale prévoient que ces contributions sont assises sur les charges comptabilisées au cours « *du dernier exercice clos* ». Or, dans certains cas, ces dispositions ne permettent pas de prendre en compte la totalité des charges réelles des laboratoires pharmaceutiques, par exemple quand l'entreprise est 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.

En outre, un abattement forfaitaire a été institué sur le montant de la contribution (50 000 euros pour la taxe de promotion des dispositifs médicaux et 2,5 millions d'euros pour la taxe de promotion des médicaments) mais celui-ci n'est pas modulé en fonction de la durée de l'exercice comptable sur lequel porte la contribution. Son montant est donc identique lorsque la durée de l'exercice comptable est de douze mois ou d'une durée différente.

Il est donc proposé d'aménager la réglementation actuelle sur ces deux points en prévoyant, d'une part, que les charges sont comptabilisées au cours « *du ou des exercices clos depuis la dernière échéance* », d'autre part, que « *l'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois* ».

Tel est l'objet des a) et b) des 6° et 7° pour les dépenses de promotion des médicaments, et des a) et c) du 8° et des a) et b) du 9° pour les dépenses de promotion des dispositifs médicaux.

Le c) du 6° a pour objet, dans un souci d'équité entre les entreprises pharmaceutiques, de permettre à des « *entreprises appartenant à un groupe* » de faire bénéficier à d'autres filiales du groupe la part de l'abattement sur les chiffres d'affaires des génériques ou des médicaments orphelins qu'elles n'ont pas pu utiliser. En effet, dans certains groupes ayant spécialisé une de leurs filiales sur le développement des génériques ou des médicaments orphelins, le montant des abattements de 30 % des chiffres d'affaires réalisés sur ces spécialités est souvent supérieur aux dépenses de promotion qui constituent l'assiette de la contribution de l'entité. Les modalités d'application de ce dispositif seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Enfin, le b) du 8° permet de corriger une incohérence rédactionnelle relevée d'ailleurs par la Cour des comptes. Les dépenses de promotion des dispositifs médicaux qui constituent l'assiette de la contribution comprennent, selon l'article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale, l'intégralité des

dispositifs inscrits sur la liste de l'article L. 165-1, alors que la contribution définie à l'article L. 245-5-1 ne vise que les titres I^{er} et III de cette liste. Il est donc proposé de ne retenir également que ces deux titres dans l'article L. 245-5-2.

Le **paragraphe V** du présent article prévoit une entrée en vigueur différée au 1^{er} juillet 2008 des dispositions prévues par les 1° à 4° du paragraphe I.

2. Création d'une contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes

Le **paragraphe II** a pour objet de créer une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires des grossistes. Il s'agit du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en 2008 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières.

Cette contribution est due au titre de la vente en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables, à l'exception des médicaments orphelins.

Elle concerne principalement les grossistes-répartiteurs mais également les laboratoires qui vendent directement des médicaments aux pharmaciens.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il ne sera tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les grossistes sont autorisés à percevoir sur cette somme, conformément à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution comportera deux parts :

- la première sera constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2008 et son montant sera égal au produit de cette assiette par un taux de 0,22 % ;

- la seconde sera constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en 2008 et celui réalisé en 2007 et son montant sera égal au produit de cette assiette par un taux de 1,5 % ; si le montant de cette part est négatif, il viendra en déduction de la première part.

Il est par ailleurs précisé que les entreprises ne seront redevables que de la première part de la contribution si elles ont commencé leur activité commerciale en 2007 ou en 2008.

Enfin, il est prévu que la contribution exceptionnelle sera recouvrée le 1^{er} septembre 2009, dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale, qui disposent notamment que le directeur de l'Acoss désigne les Urssaf compétentes en matière de contrôle et de recouvrement des contributions.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette nouvelle mesure devrait produire **une recette supplémentaire de 50 millions d'euros** pour l'assurance maladie en 2008.

3. Maintien de la contribution de 1 % sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué, au profit de la Cnam et de manière durable, une contribution sur le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises exploitant en France des spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie.

Le taux de cette contribution a été fixé à 0,6 % du chiffre d'affaires réalisé.

Toutefois, à titre exceptionnel, ce taux a été porté :

- à 1,76 % pour la contribution due au titre de l'année 2006 par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

- à 1 % pour la contribution due au titre de l'année 2007 par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le 1° du **paragraphe III** du présent article vise à inscrire dans l'article L. 245-6 du code qui fixe les règles applicables à la contribution, le taux de 1 % du chiffre d'affaires réalisé, ce qui revient à pérenniser ce taux majoré.

Le rendement attendu de cette majoration est estimé à **100 millions d'euros**. Selon l'exposé des motifs du projet de loi de financement, cette mesure est justifiée par la vive croissance des dépenses de médicaments.

Le 2° du **paragraphe III** supprime l'abattement à cette contribution, introduit par la loi du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.

Cet abattement, qui figure à l'article L. 245-6-1 du code, avait été souhaité par le comité stratégique des industries de santé (CSIS) au mois de février 2007. Il était constitué :

- d'une part fixe, égale à 1,2 % de la masse salariale des emplois de recherche et de développement en pharmacie, au sens des dispositions prévues par le code général des impôts concernant le crédit d'impôt sur les dépenses de recherche ;

- d'une part en accroissement, égale à 40 % de la différence entre ces dépenses et la moyenne des dépenses de même nature réalisées au cours des années précédentes.

Cet abattement était chiffré à **50 millions d'euros** pour l'ensemble des entreprises pharmaceutiques.

Le Gouvernement propose de supprimer cet abattement au motif que le projet de loi de finances pour 2008 prévoit de lui substituer un dispositif bien plus favorable pour les entreprises pharmaceutiques, à travers la réforme du crédit d'impôt recherche. L'exposé des motifs du projet de loi de financement estime en effet qu'avec cette réforme, le secteur pharmaceutique devrait bénéficier d'un montant de crédit d'impôt-recherche annuel d'environ **500 millions d'euros**, ce qui justifie que l'on supprime l'abattement créé au mois de février dernier.

4. Fixation du montant de la clause de sauvegarde

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une **clause permanente de sauvegarde** destinée à recouvrer une partie du dépassement constaté entre la croissance du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale.

Conformément à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les entreprises ayant conclu une convention avec le CEPS sont exonérées du paiement de cette contribution et s'acquittent, en contrepartie, du paiement de remises conventionnelles.

Le **paragraphe IV** du présent article vise à fixer le taux K, c'est-à-dire, le taux de progression à partir duquel le calcul de la contribution est effectué, à **1,4 % pour 2008**, au lieu de 1 % prévu chaque année depuis 2005.

Ce taux de progression concerne aussi bien les médicaments remboursables délivrés en ville (taux K mentionné dans le tableau figurant au I de l'article L. 138-10) que ceux qui peuvent être rétrocédés par les établissements de santé (taux K mentionné dans le tableau figurant au II de l'article L. 138-10). On observera toutefois une légère contradiction avec l'exposé des motifs du projet de loi de financement qui semble limiter la portée de l'article aux seuls médicaments remboursables en ville.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements tendant à :

- **supprimer la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes**. Le Gouvernement, à l'initiative de cet amendement, a indiqué que la contribution serait remplacée par une baisse des marges, avec un impact équivalent sur les grossistes. La mesure sera prise par voie réglementaire afin de permettre des économies dès le 1^{er} janvier 2008 ;

- **conserver le caractère « exceptionnel » du maintien à 1 % en 2008 du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques**.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve l'essentiel des dispositions contenues dans cet article.

Elle se félicite toutefois que le Gouvernement ait renoncé à instituer une nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires des grossistes. Elle estime en effet qu'**une baisse des marges est plus profitable aux assurés et à ceux qui remboursent les produits**, assurance maladie et organismes complémentaires. Cela répond en outre aux préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, dans son rapport de juillet dernier, a insisté sur la nécessité de réguler davantage les marges de distribution des médicaments.

Elle regrette le fait que l'abattement pour les dépenses de recherche des laboratoires pharmaceutiques, instauré en février dernier, soit déjà supprimé, alors que la mesure destinée à le remplacer, c'est-à-dire l'amélioration du crédit d'impôt-recherche n'entrera effectivement en vigueur que dans un an. C'est pourquoi, elle vous propose **un amendement pour rétablir cet abattement mais à titre provisoire**, pour les seules dépenses de recherche effectuées en 2007.

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

Article additionnel après l'article 9

Instauration d'une taxe sur les boissons sucrées

Objet : Cet article additionnel a pour objet, d'instaurer, au profit de l'assurance maladie, une taxe sur les boissons sucrées.

Plusieurs pays ont déjà mis en œuvre une taxe à caractère nutritionnel dans un but de prévention de la santé publique.

On observe en effet, chez nos voisins comme dans notre pays, une progression des pratiques alimentaires néfastes pour la santé et une augmentation rapide de l'obésité.

Dans ce contexte, **l'intérêt d'une taxe nutritionnelle est double** :

- taxer les produits les moins favorables à la santé, à l'image de ce qui existe déjà en matière de tabac ;
- fournir une recette à l'assurance maladie qui doit prendre en charge les surcoûts que lui impose la consommation de ces produits.

Le **dispositif** que votre commission vous suggère d'adopter prévoit :

- l'instauration d'une contribution sur les boissons sucrées à l'exception des eaux minérales aromatisées et des jus de fruits ;

- une contribution assise sur le prix de vente hors taxe des produits concernés au taux de 1 % ;

- l'intervention d'un décret pour déterminer les modalités de recouvrement de la contribution ;

- le versement du produit aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans un premier temps, votre commission vous propose une taxe sur les seuls sodas et boissons sucrés. Il conviendra sans doute de l'étendre par la suite à d'autres aliments présentant les mêmes défauts en termes nutritionnels comme, par exemple, les barres chocolatées, les biscuits, les céréales, bref, l'ensemble des produits alimentaires visés par la loi de santé publique du 9 août 2004.

Cette contribution pourrait alors se substituer à l'obligation de messages d'information nutritionnelle dont ces produits doivent être assortis dans leurs campagnes publicitaires, conformément à ce texte. Au-delà de l'indigence de cette information, certaines analyses tendent à montrer que les messages sanitaires d'accompagnement des publicités semblent donner une sorte de visa favorable aux produits visés. Votre commission ne peut que dénoncer ce singulier paradoxe. L'évolution dramatique de l'obésité chez nos concitoyens, et tout particulièrement celle des enfants qui ne cesse de progresser, justifie qu'une autre sorte de mesure soit prise. C'est l'objet du présent amendement.

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

Article 9 bis

**Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires
des fabricants de tabac**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, institue une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac au profit de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a voté la création d'une taxe de 0,22 % sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac, tel que défini aux articles 575 et suivants du code général des impôts. Le dispositif adopté précise que le produit de la taxe sera versé aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Selon les estimations du Gouvernement, le rendement d'une telle contribution pourrait être de l'ordre de 5 millions d'euros.

II - La position de votre commission

L'examen de cette mesure fait apparaître trois difficultés :

- **une compatibilité incertaine au regard du droit communautaire**

Le droit communautaire permet aux Etats membres d'instaurer d'autres impositions indirectes que la TVA et les droits d'accise sur les tabacs manufacturés, dès lors que ces nouvelles impositions poursuivent des finalités spécifiques.

Or, taxer l'ensemble du chiffre d'affaires des fabricants, qu'il provienne ou non d'ailleurs de la vente de produits du tabac, ne permet pas de poursuivre un objectif de santé publique car la taxation serait sans lien avec la consommation de ces produits.

La taxe ici créée paraît plutôt avoir une finalité budgétaire, comme ses promoteurs l'ont d'ailleurs indiqué à l'Assemblée nationale. Elle n'a pas pour objet premier la lutte contre les dangers du tabac.

- **un dispositif inapplicable**

L'article 34 de la Constitution prévoit que la loi fixe l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature.

Or, le présent article ne précise ni le fait générateur, ni l'exigibilité de la taxe, ni ses modalités de recouvrement. Il est donc en l'état inapplicable, à l'instar de la taxe sur le papier à rouler les cigarettes, instaurée par l'article 6 de la loi du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes qui reste à ce jour inapplicable.

- **un impact limité à un seul fabricant**

La taxe créée par le présent article serait à la charge des fabricants, c'est-à-dire, conformément à l'article 276 de l'annexe 2 du code général des impôts, par des entreprises agréées auprès des services douaniers.

Actuellement seuls cinq fabricants sont agréés. L'un d'entre eux, la Seita, filiale d'Altadis spécialisée dans la fabrication, réalise 99,9 % du chiffre d'affaires cumulé de ces entreprises. Les fabricants étrangers qui commercialisent leurs produits en France et n'ont pas de fabrication dans notre pays ne seraient pas assujettis à la taxe.

Cette concentration sur un seul fabricant de la taxe ne paraît pas souhaitable, elle créerait une rupture d'égalité.

Dans ces conditions, et pour un produit financier faible de surcroît, la création de cette taxe ne semble pas opportune.

Votre commission vous demande donc de supprimer cet article.

Article 10

(art. L. 135-3, L. 136-2, L. 136-8, L. 137-10, L. 137-12 nouveau, et L. 241-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 122-14-13, L. 320-4 nouveau, art. L. 1221-18 nouveau, art. L. 992-9 nouveau du code du travail et article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites)

**Prélèvement social sur les préretraites
et les indemnités de mise à la retraite**

Objet : Cet article a pour objet de limiter le recours aux préretraites d'entreprise et aux mises à la retraite d'office.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à créer les conditions d'une augmentation du taux d'emploi des seniors. Il propose de pénaliser financièrement les principaux dispositifs de cessation précoce d'activité utilisés par les employeurs pour se séparer des personnels âgés de plus de cinquante ans : les préretraites d'entreprise et les mises à la retraite d'office.

Le **paragraphe I** tend à assujettir les préretraites au taux de droit commun de la CSG, soit 7,5 %. Dans cet objectif, le 1^o modifie l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale recensant les revenus exclus de l'assiette de la CSG, afin d'y supprimer les allocations de préretraite. Le 2^o propose de faire de même avec la liste des prestations sociales assujetties au taux réduit de 6,6 % exposées à l'article L. 136-8 du même code.

Le **paragraphe II** détermine la date d'entrée en vigueur et le champ d'application des dispositions du paragraphe I. La rédaction proposée englobe l'ensemble des allocations et des avantages perçus par les salariés au titre des préretraites et des cessations d'activité. Le Gouvernement a choisi de ne pas définir ces termes pour viser un maximum de cas de figure possibles.

Ces nouvelles dispositions s'appliqueront aux dispositifs de préretraite et de cessation d'activité ayant pris effet, c'est-à-dire dont le premier versement interviendra à compter du 11 octobre 2007, date de l'examen en conseil des ministres du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ces mesures, annoncées par les pouvoirs publics à plusieurs reprises depuis le printemps dernier, y compris par le Président de la République lui-même, ne seront pas rétroactives mais elles permettront ainsi d'éviter que certaines entreprises ne s'engouffrent dans une « trappe à droit » d'ici à la fin de l'année 2007. Une entrée en vigueur fixée au 1^{er} janvier 2008 aurait comporté le risque que des employeurs se hâtent de mettre en place *in extremis* de nouveaux programmes pluriannuels de préretraite.

Le **paragraphe III** tend à modifier et à étendre la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise qui a été créée par l'article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et codifiée à l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale.

Le 1° propose d'en affecter le produit à la Cnav en lieu et place du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Le 2° augmente son taux en le portant à 50 %, contre 24,15 % actuellement. Il convient d'ailleurs de noter que ce taux de 24,15 % ne s'applique pas encore, compte tenu d'un régime transitoire prévu pour durer jusqu'au 31 mai 2008 : les allocations de préretraite d'entreprise bénéficient jusque là d'un taux réduit de 19,5 % en 2007, puis de 22 % pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 mai 2008.

Le **paragraphe IV** a pour objet d'ajouter un nouvel article L. 320-4 au sein du chapitre préliminaire du titre II du livre III de l'actuel code du travail. Ces dispositions visent à soumettre les employeurs à une nouvelle obligation annuelle de déclaration faisant apparaître le nombre de salariés partis en préretraite ou en cessation anticipée d'activité. Elles s'inspirent de celles applicables pour l'embauche d'un salarié. Jusqu'ici, en effet, les pouvoirs publics ne disposent d'aucun moyen pour connaître le nombre des personnes concernées par les préretraites d'entreprise, car en l'espèce les employeurs ne font pas appel à l'Etat pour les cofinancer. Mais ces chiffres sont disponibles à l'inverse pour les deux formes de préretraite dites « publiques » : les cessations d'activité de certains travailleurs salariés (Cats) et les conventions d'allocation spéciale du fonds national pour l'emploi (FNE).

Il est proposé que l'employeur déclare au plus tard le 31 janvier de chaque année, le nombre et l'âge des salariés partis en préretraite et en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente ainsi que le montant de l'avantage alloué. On retrouve là encore, une rédaction très large destinée à couvrir le plus grand nombre de situations. Un arrêté est prévu pour déterminer le contenu et les modalités du formulaire de déclaration. En cas de non-respect par l'employeur de cette obligation déclarative, il sera passible d'une pénalité égale à trois cents fois le taux horaire minimum garanti servant de base de calcul aux avantages sociaux (soit actuellement l'équivalent de 963 euros). Cette pénalité présente surtout une valeur dissuasive, mais il est précisé qu'elle sera recouverte par les Urssaf et son produit affecté à la Cnav.

Le **paragraphe V** a pour effet de reproduire les dispositions du paragraphe IV dans la nouvelle version du code du travail qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} mars 2008, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007. Pour cela, il est proposé de créer un article L. 1221-8 identique au L. 320-4 présenté ci-avant.

Le **paragraphe VI** tend à abroger les III et IV de l'article 17 de la loi du 21 août 2003. Ceci a pour effet :

- d'étendre la contribution sur les préretraites d'entreprise aux avantages qui n'y étaient pas assujettis dans la mesure où ils étaient versés

dans le cadre d'accord collectif, de stipulation contractuelle ou de décision unilatérale de l'employeur conclus au plus tard le 27 mai 2003 (soit la date de l'examen en conseil des ministres du projet de loi portant réforme des retraites) ;

- de mettre fin, dès l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, au système du taux réduit applicable jusqu'au 31 mai 2008.

Par cohérence, le **paragraphe VII** prévoit que les dispositions du paragraphe V entrent en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 précitée. Il est par ailleurs précisé que les paragraphes III, IV, V et VI sont également applicables aux préretraites et avantages prenant effet à compter du 11 octobre 2007. Celles dont le premier versement est intervenu avant cette date ne sont donc pas concernées par les nouvelles obligations déclaratives pesant sur les employeurs, ni par le relèvement du taux de la contribution sur les préretraites d'entreprise.

Le **paragraphe VIII** propose d'ajouter une sixième section composée d'un nouvel article L. 137-12 au sein du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Il s'agit d'instituer une contribution sur les indemnités de mise à la retraite, sur le modèle de celle applicable aux préretraites d'entreprise.

Il est tout d'abord précisé que cette nouvelle contribution est due au titre des indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur. On notera que cette rédaction ne renvoie pas explicitement aux dispositions de l'actuel article L. 122-14-13 du code du travail, mais sa rédaction, volontairement très souple, englobe et est susceptible de dépasser ce seul cas de figure. Le taux de la contribution, fixé à titre transitoire à 25 % pour la période allant du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008, sera porté à 50 % après cette date. Son produit est affecté à la Cnav.

Le contrôle et le recouvrement de cette contribution sont confiés aux Urssaf et les contentieux afférents attribués aux tribunaux de la sécurité sociale.

Le **paragraphe IX** prévoit l'application de cette contribution sur les indemnités de mise à la retraite à partir du 11 octobre 2007.

Par coordination, les dispositions du **paragraphe X** proposent d'enlever de la liste des recettes du FSV le produit de la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise, pour l'affecter à celle de la Cnav, tout en lui ajoutant le produit de la contribution sur les mises à la retraite.

Le **paragraphe XI** fixe au 11 octobre 2007 la date d'entrée en vigueur du paragraphe X.

Le **paragraphe XII** tend à réduire l'attractivité pour les entreprises du dispositif de départ négocié en commun entre l'employeur et le salarié qui a été créé par l'article 106 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Il s'agit d'un mécanisme de substitution à la fin des mises à la retraite d'office prévue pour intervenir le 31 décembre 2009, dont le régime fiscal et social, très avantageux, est identique à celui de l'indemnité de licenciement. A l'exception de la CSG et de la CRDS, le départ négocié en commun est totalement exonéré de charges sociales. Ce dispositif doit s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2010 et jusqu'au 1^{er} janvier 2014 dans les branches professionnelles ayant conclu une convention ou un accord collectif étendu dérogeant à l'âge de soixante-cinq ans pour les mises à la retraite d'office. Le présent paragraphe XII propose d'en modifier le régime fiscal et social pour l'aligner sur celui, beaucoup moins avantageux, des indemnités de départ en retraite.

Le régime fiscal et social des indemnités de fin de contrat

- *Les indemnités de départ à la retraite*

Les indemnités versées à l'occasion d'un départ volontaire à la retraite sont considérées comme un élément de rémunération. Elles sont assujetties à ce titre en totalité aux cotisations de sécurité sociale. Elles sont également soumises à impôt sur le revenu avec un abattement de 3 050 euros.

Toutefois les indemnités de départ à la retraite versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi sont totalement exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, comme d'ailleurs de l'assiette de la CSG et de la CRDS dans la limite du montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement.

- *Les indemnités de mise à la retraite d'office*

L'indemnité de mise à la retraite d'office (IMR) est exonérée de cotisations sociales dans la limite du plafond le plus favorable pour l'assuré social. Il peut s'agir :

- ou du montant légal ou conventionnel (résultant d'un accord de branche ou professionnel ou interprofessionnel) ;

- ou d'un montant correspondant à deux fois la rémunération annuelle brute précédant la rupture du contrat de travail ou, si elle est supérieure, à 50 % de l'indemnité, dans la limite de cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale (160 920 euros en 2007).

L'IMR n'est pas non plus soumise à impôt sur le revenu dans les mêmes limites. Elle est exonérée de CSG et CRDS dans la limite du montant légal ou conventionnel.

- *Le départ en commun avec l'accord de l'employeur*

En l'état actuel du droit, l'indemnité versée à l'occasion d'un départ négocié entre 2010 et 2014 sera soumise au même régime fiscal et social que l'indemnité de licenciement. Elle sera donc exonérée de cotisations sociales dans la limite du plafond le plus favorable pour l'assuré social. Il pourra s'agir :

- ou du montant de l'indemnité de mise à la retraite légale ou conventionnelle ;

- ou encore d'un montant correspondant à deux fois la rémunération annuelle brute précédant la rupture du contrat de travail ou, s'il est supérieur, à 50 % de l'indemnité, dans la limite de six fois le plafond annuel de la sécurité sociale (193 104 euros en 2007).

Il est prévu que cette indemnité sera exonérée dans les mêmes limites de l'impôt sur le revenu, tout en étant assujettie en totalité à CSG et CRDS.

Le Gouvernement évalue l'impact de ces recettes supplémentaires, qui seront perçues par la Cnav en 2008, à respectivement :

- 7 ou 8 millions d'euros au titre de l'alignement des préretraites sur le taux de droit commun de la CSG ;

- 80 millions d'euros pour le relèvement du taux de la contribution sur les préretraites d'entreprise ;

- 300 millions d'euros au titre de la nouvelle contribution sur les mises à la retraite des salariés à l'initiative de l'employeur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale est allée au-delà des exigences du texte en supprimant le départ négocié d'un commun accord entre l'employeur et le salarié voté l'an dernier.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions du présent article, qu'elle appelait de ses vœux de longue date.

Quatre ans après l'entrée en vigueur de la réforme des retraites, en effet, le taux d'emploi des personnes âgées de cinquante-cinq à soixante-cinq ans demeure en France l'un des plus bas d'Europe. Tirant les conséquences de l'échec des politiques incitatives privilégiées jusqu'à ce jour, il convenait de changer d'approche et d'adopter des mesures plus dissuasives. C'est précisément ce qui est proposé dans cet article qui constitue la traduction juridique du discours prononcé le 18 septembre 2007 par le Président de la République.

Votre commission se félicite également de la suppression par l'Assemblée nationale du mécanisme dérogatoire de départ négocié en commun, qu'elle vous proposera de confirmer. Outre son coût potentiel très élevé pour les finances sociales, évalué à 600 millions d'euros par an au minimum entre 2010 et 2014, ces dispositions étaient contradictoires avec l'objectif d'encourager l'emploi des seniors.

Avec la taxation des préretraites d'entreprise et des mises à la retraite d'office, trois brèches majeures menaçant l'édifice de la réforme des retraites de 2003 seront ainsi comblées. Mais d'autres dispositifs de cessation précoce d'activité demeurent ouverts : les préretraites publiques, les préretraites au titre de l'indemnisation des victimes de l'amiante, les dispenses de recherche d'emploi des chômeurs âgés, voire les pensions d'invalidité.

Pour éviter d'éventuels phénomènes de substitution entre ces dispositifs, votre commission souhaite compléter le projet de loi initial. **Deux amendements** proposent d'étendre le champ d'application de la contribution sur les préretraites d'entreprise :

- à celles qui n'y sont pas encore soumises, lorsque le contrat de travail du salarié est simplement suspendu jusqu'à la liquidation de sa retraite ;

- à deux autres formes de préretraite : les cessations d'activité de certains travailleurs salariés (Cats) et les conventions d'allocation spéciale du fonds national pour l'emploi (FNE).

Quatre autres amendements ont pour objectif d'améliorer le suivi statistique et la connaissance du marché de l'emploi des seniors :

- en proposant que les employeurs déclarent également chaque année les départs de personnel intervenant dans les conditions dérogatoires de l'article L. 122-14-13 du code du travail ;

- en augmentant la pénalité prévue en cas d'absence de déclaration par l'entreprise ;

- en prévoyant que les entreprises de plus de 250 salariés déclarent aux services publics de l'emploi les licenciements de salariés âgés susceptibles de partir à la retraite à taux plein ;

- en proposant que les comités d'entreprise soient informés de la politique de l'employeur à l'égard des seniors grâce à l'élaboration d'un rapport annuel sur la situation des salariés de plus de cinquante ans dans l'entreprise, sur le modèle du rapport sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

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

Article 10 bis

(art. L. 421-9 du code de l'aviation civile)

**Suppression de la limite d'âge fixée à cinquante-cinq ans
pour les personnels navigants commerciaux de l'aviation civile**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet de permettre aux personnels navigants commerciaux de l'aviation civile de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a souhaité permettre la poursuite, au-delà de l'âge de cinquante-cinq ans, du contrat de travail des personnels navigants commerciaux de l'aviation civile, c'est-à-dire des stewards et des hôtesses de l'air.

Elle a donc modifié les dispositions de l'article L. 421-9 du code de l'aviation civile prévoyant que ces salariés ne peuvent plus exercer d'activité en vol au-delà d'un âge fixé par décret à cinquante-cinq ans. Leur contrat de

travail est automatiquement rompu s'ils ne reprennent aucun emploi au sol ou s'ils refusent l'offre qui leur est faite. Or, faute de reclassement, ces personnels se trouvent *de facto* mis à la retraite d'office, sans toujours disposer d'un nombre suffisant de trimestres de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Ce désavantage est susceptible d'être compensé par les prestations de la caisse de retraite du personnel navigant (CRPN) que les anciens navigants peuvent partiellement cumuler avec leurs allocations chômage. A ceci s'ajoute une importante indemnité de départ à la fois défiscalisée et exonérée de cotisations sociales. Mais l'ouverture des droits des salariés à la CRPN n'est possible à l'âge de cinquante-cinq ans que pour les personnels disposant d'au moins vingt ans d'ancienneté. Les autres ne peuvent prétendre qu'à trois ans d'indemnisation au titre de l'assurance chômage.

II - La position de votre commission

Par principe, votre commission est hostile à toute mesure « couperet » prévoyant une mise à la retraite d'office des salariés avant l'âge de soixante-cinq ans. Elle approuve donc ces dispositions mettent fin à un exemple caricatural de discrimination fondé sur l'âge. Au surplus, l'allongement de la durée d'activité des navigants aériens permettra d'accroître les recettes et donc d'atténuer les difficultés financières de la CRPN.

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

Article 11

(art. L. 136-4 du code de la sécurité sociale)

Aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée des non-salariés agricoles

Objet : Cet article a pour objet de simplifier les modalités de paiement de la contribution sociale généralisée des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à simplifier les procédures de recouvrement employées par les caisses de mutualité sociale agricole au titre de la CSG des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés.

Pour ces assurés sociaux, en effet, il est impossible d'utiliser le mode de calcul de droit commun consistant à utiliser la moyenne des revenus des trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. On a

donc recours à une assiette forfaitaire provisoire qui est ensuite régularisée lorsque les revenus définitifs sont connus. Or, ce mode de calcul dérogatoire n'est pas exempt de complication. L'exposé des motifs du projet de loi précise ainsi qu'environ la moitié des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole payent une contribution supérieure, parfois dans des proportions importantes, à celle due au moment de la régularisation lorsque les revenus sont connus. Cela conduit les caisses de mutualité sociale agricole à procéder à des remboursements de contributions.

Afin de remédier à ce problème, le présent article propose d'abaisser de façon substantielle les plafonds forfaitaires fixés à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale relatifs aux modalités de mise à contribution des revenus professionnels.

Le 1^o tire par avance les conséquences de l'adoption des dispositions proposées au 3^o ci-après. Il s'agit de supprimer les références :

- au paragraphe V, prévoyant que le Smic à prendre en considération est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année considérée ;

- aux multiples seuils exposés au paragraphe IV de l'article L. 136-4. Le droit actuel distingue en effet deux cas de figure. Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation¹, l'assiette forfaitaire est égale à mille fois le montant du Smic. Pour ceux qui commencent simultanément deux activités agricoles non salariées, dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la SMI, on utilise, au titre de la seconde activité, une assiette forfaitaire égale à 800 fois le montant du Smic, sans que le montant total de l'assiette globale puisse être supérieur à 2 028 fois le Smic.

Le 2^o propose de réécrire le paragraphe III du même article L. 136-4 en abaissant l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG des nouveaux installés à hauteur de 600 fois le montant du Smic. Cette modification représente non seulement une diminution sensible par rapport aux seuils actuels mais également une simplification bienvenue par rapport au droit existant d'une rare complexité. Dans sa rédaction actuelle, en effet, le paragraphe III de l'article L. 136-4 s'applique aux seuls chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation peut être appréciée en pourcentage de la SMI. On applique alors une assiette forfaitaire égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2 028 fois le montant du 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...

¹ La surface minimum d'installation (SMI) définit la surface en deçà de laquelle les installations agricoles ne sont plus encouragées par les pouvoirs publics. En matière de protection sociale agricole, la SMI sert à déterminer le seuil d'assujettissement au régime social agricole. Etre affilié à la MSA et bénéficier du statut d'agriculteur suppose d'exploiter au minimum la moitié de la SMI.

Le 3° tend, par coordination avec les dispositions du 1°, à procéder à l'abrogation des paragraphes III et IV de l'article L. 136-4.

Le 4° propose de modifier le paragraphe VII du même article L. 136-4 pour ramener de 150 à 100 Smic le montant de l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les nouveaux cotisants solidaires. On vise ici un autre cas particulier, celui des exploitations de petite taille (correspondant à moins de la moitié de la SMI définie pour chaque département) pour lesquelles on applique une cotisation de solidarité dans les conditions définies par l'article L. 731-23 du code rural.

Il s'agit là encore de réduire les niveaux forfaitaires actuels, tout en simplifiant le droit existant. L'actuel paragraphe VII de l'article L. 136-4 prévoit en effet que, lorsque l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut être appréciée en pourcentage de la SMI, l'assiette forfaitaire est égale au produit de ce pourcentage par 30 % de 2 028 fois le montant du Smic. Dans le cas contraire, elle est égale à 150 fois le montant du Smic.

Le 5° a pour objet de supprimer, pour le calcul de la CSG, les références au Smic et à la valeur de la SMI en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle est due la contribution. Ces précisions sont devenues sans objet car elles figurent désormais dans la nouvelle rédaction du VII de l'article L. 136-4 proposée par le 4° ci-dessus.

D'une façon générale, il convient de souligner que ces nouvelles modalités de calcul de la CSG concernent 17 716 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés. L'assiette de contribution correspondante au titre de l'année 2005 s'est établie à 144 millions d'euro. Les montants de CSG et de CRDS perçus se sont élevés à respectivement 10,8 et 0,7 millions d'euros. Dans le cas particulier des cotisants solidaires, les montants en jeu sont plus faibles encore. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole estime que l'application de la nouvelle assiette forfaitaire devrait permettre de ramener à 25 % la proportion de personnes payant des contributions provisoires supérieures à celles effectivement dues.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté deux aménagements techniques supplémentaires à ce dispositif :

- le premier de nature rédactionnelle crée un paragraphe II nouveau pour modifier les dispositions de l'article L. 136-5 ;

- le second insère un paragraphe III nouveau modifiant les dispositions de l'article L 741-27 du code rural afin de rétablir l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux par des groupements professionnels agricoles. Cette disposition était précédemment applicable au régime agricole. Elle figurait alors dans le code de l'action sociale et des familles. Mais ce n'était plus le cas depuis qu'elle a été intégrée dans le code de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à un système plus simple que les actuelles modalités forfaitaires de paiement de la CSG des nouveaux installés. Cette amélioration apparaît d'autant plus souhaitable que les sommes perçues sont relativement faibles.

Elle vous propose en conséquence d'adopter cet article sans modification.

Article 11 bis

(art. L. 731-13 du code rural)

Assouplissement du régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à assouplir les conditions d'exonération partielle de cotisations dont bénéficient les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En l'état actuel du droit, les dispositions de l'article L. 731-13 du code rural ouvrent aux jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole le bénéfice d'une exonération partielle de cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole.

Le champ de cette exonération apparaît relativement large puisqu'il concerne les cotisations dont ces jeunes agriculteurs sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise. Elle est toutefois limitée :

- par une condition d'âge, les bénéficiaires devant avoir entre dix-huit et quarante ans ;

- par une durée maximum de cinq années civiles, à compter de celle au cours de laquelle ils s'affilient au régime des non-salariés agricoles.

Le présent article vise à assouplir cette seconde condition pour permettre de couvrir ce que l'on pourrait qualifier « d'angle mort » de ce dispositif d'aide à l'installation. Il s'agit de faire en sorte qu'en cas de cessation momentanée de l'activité non salariée agricole au cours de cette période de cinq ans, les jeunes chefs d'exploitation ne perdent plus le bénéfice de cette exonération.

La rédaction de l'article L. 731-13 du code rural est modifiée en conséquence. Il est proposé de permettre de suspendre, à titre dérogatoire, le bénéfice de cette exonération partielle de cotisations et d'en reporter le bénéfice pour la durée restant à courir, à compter de la reprise de l'activité. La durée maximum de la cessation d'activité du bénéficiaire sera fixée par voie réglementaire.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ces dispositions. Le trop faible nombre d'installation de jeunes agriculteurs justifie pleinement cette mesure.

En conséquence, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 12

*(articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005
relative au développement des territoires ruraux)*

Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale

Objet : Cet article a pour objet de supprimer le dispositif d'exonération de charges sociales spécifique institué au profit des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale.

I - Le dispositif proposé

Les zones de revitalisation rurales (ZRR) ont été créées par l'article 42 de la loi n° 95-115 du 5 février 2005 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Compte tenu de leur fragilité économique, sociale et démographique, elles se sont vu accorder des aides financières ainsi qu'un régime fiscal dérogatoire destiné à réduire les inégalités de développement sur le territoire national. Les entreprises implantées dans une ZRR bénéficient, à ce titre, comme celles implantées dans une zone de redynamisation urbaine (ZRU), d'un régime d'exonération avantageux.

Le présent article a 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. Il est proposé par là même de mettre un terme à un dispositif spécifique d'exonération de charges sociales, distinct de celui des entreprises, et coûteux et jugé inefficace par le ministère des finances.

Il convient de rappeler que ces deux articles avaient à l'origine été adoptés à l'initiative de l'Assemblée nationale contre l'avis du Gouvernement. Ils prévoient que les gains et les rémunérations versés aux salariés employés dans les ZRR par des associations reconnues d'utilité publique mais aussi des fondations, des organismes d'intérêt général, des établissements d'enseignement supérieur, visés au 1 de l'article 200 du code général des impôts et qui ont leur siège social dans ces zones, sont exonérés des cotisations sociales.

Le dispositif d'exonération concerne les 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 des cotisations au fonds national d'aide au logement. On lui applique néanmoins un plafond individuel correspondant au produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du Smic majoré de 50 %.

L'article 15 vise les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ; l'article 16 concerne ceux au sens de l'article L. 741-10 du code rural.

L'exposé des motifs du projet de loi de financement justifie cette abrogation par deux raisons principales :

- son manque de ciblage : *« 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) : *« disproportionné par rapport aux avantages attendus »*.

La suppression de ce dispositif spécifique vise donc à assujettir les organismes d'intérêt général au régime d'exonération de droit commun des entreprises.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La discussion de cet article a été particulièrement vive. Cette exonération, il est vrai, bénéficie à des hôpitaux ruraux, à des maisons d'accueil pour handicapés, ainsi qu'à des maisons de retraite.

Une rédaction de compromis a été finalement adoptée, avec l'avis favorable du Gouvernement, afin de mettre en œuvre un processus de suppression progressif de ce mécanisme d'exonération particulièrement avantageux. La nouvelle présentation de l'article s'organise désormais en quatre paragraphes.

Le **paragraphe I** prévoit que ce dispositif d'exonération sera abrogé à compter du 1^{er} novembre 2007, mais que les dispositions antérieures continueront à s'appliquer aux contrats de travail conclus avant cette date, et ce jusqu'à leur terme.

Le **paragraphe II** crée un article L. 322-14 au sein du code du travail pour que les nouvelles embauches de ces organismes d'intérêt général visés au I de l'article 200 du code général des impôts puissent bénéficier du dispositif d'exonération de droit commun en ZRR jusqu'alors réservé aux entreprises.

Par cohérence avec d'autres dispositifs d'exonération et afin de ne pas pénaliser injustement les employeurs de bonne foi, le **paragraphe III** modifie l'article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale et tend à insérer un nouvel article L. 131-4-3. Il s'agit de préciser que la condition d'absence de licenciement qui subordonne le bénéfice de l'exonération ne porte que sur les cas de licenciements pour motif économique.

Le **paragraphe IV** prévoit en dernier lieu qu'une évaluation de ce dispositif sera faite avant le 30 juin 2009, sous la forme d'un rapport du Gouvernement présenté au Parlement.

III - La position de votre commission

Votre commission ne mésestime nullement le caractère onéreux du dispositif d'exonération des organismes d'intérêt général dans les ZRR. Pour autant, ces mesures ont aussi leur utilité puisqu'elles bénéficient à des structures à but non lucratif et qu'elles permettent de maintenir le lien social dans des régions en voie de désertification.

Le législateur est donc amené à concilier les nécessités de l'aménagement du territoire avec la bonne gestion des finances sociales. Par ailleurs, le *statu quo* n'est pas envisageable car le système actuel cumule plusieurs inconvénients :

- l'exonération n'a pas de limite de durée ;
- elle ne prévoit aucune dégressivité en fonction de la rémunération des salariés et s'apparente à une franchise de cotisation jusqu'à 1,5 Smic, sans plafond de rémunération ;
- l'effet d'aubaine est massif puisque cette exonération bénéficie à l'ensemble des salariés, et non pas aux seuls nouveaux embauchés, comme c'est le cas pour les entreprises privées en ZRR ;
- le nombre d'emplois créés est estimé à seulement 3 000. La subvention par emploi créé serait ainsi de plus de 40 000 euros par an, ce qui paraît considérable.

Au total, votre commission considère que le dispositif actuel justifie une réforme et que la solution proposée par l'Assemblée nationale constitue un bon compromis.

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

Article 13

(art. L. 311-2 du code de la sécurité sociale)

Dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus

Objet : Cet article a pour objet d'instituer un dispositif dérogatoire et expérimental d'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les personnes exerçant une activité réduite procurant de faibles revenus.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** institue une obligation d'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Cette affiliation interviendrait dans le cadre de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale qui pose le principe de l'assujettissement au régime général pour toutes les personnes exerçant une activité salariée et rémunérée.

En procédant ainsi, l'article crée une double dérogation :

- une dérogation aux conditions d'affiliation au régime général puisque les activités visées par l'article ne sont pas salariées ;
- une dérogation aux règles qui voudrait que les personnes concernées relèvent du régime social des indépendants.

Ce mécanisme particulier a en effet, selon l'exposé des motifs du projet de loi, pour objet de favoriser l'intégration sociale et professionnelle de personnes, souvent en difficulté, qui exercent des activités procurant de faibles revenus. Les activités visées sont, par exemple, un petit commerce local, la préparation de plats à domicile et vendus dans le voisinage, des travaux de couture, etc. Ces occupations ne sont généralement pas déclarées, aussi bien du fait de la lourdeur et de la complexité des formalités administratives et déclaratives nécessaires qu'en raison de la faiblesse des revenus qu'elles produisent.

L'idée est donc de permettre la déclaration de ces activités et, par ce biais, faire en sorte que les personnes concernées puissent accéder, dans un deuxième temps, au statut de travailleur indépendant, en s'insérant alors dans le système de protection sociale classique.

Les personnes visées par l'article seront accompagnées par des associations agréées à cet effet : associations d'aide à la création d'activité, associations pour les gens du voyage, associations locales de femmes, association pour le droit à l'initiative économique (Adie), etc. Selon les informations fournies par le Gouvernement, pour être agréées, ces associations devront répondre à des exigences d'ancienneté et de dimension et présenter

une situation financière saine et à jour du paiement des cotisations de sécurité sociale.

En conséquence, le **paragraphe II** prévoit qu'un décret fixera :

- la liste des activités éligibles ;
- la durée maximale de bénéfice de l'affiliation prévue à l'article L. 311-2 ;
- les conditions d'agrément et de rémunération des associations ;
- le seuil des revenus, tirés de l'activité visée, en deçà duquel l'éligibilité au dispositif est autorisée.

Sur ce dernier point, l'exposé des motifs indique que le montant des revenus à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier du dispositif devrait être fixé par référence au seuil de non-assujettissement à la CSG et à la CRDS pour les travailleurs indépendants, soit actuellement **4 489 euros par an**. Il est également précisé que le montant des cotisations sociales dues sera défini par arrêté.

Le **paragraphe III** dispose enfin que l'article sera applicable jusqu'au 1^{er} janvier 2013. Autrement dit, il s'agit d'un dispositif expérimental pour une durée de cinq ans.

L'exposé des motifs indique à ce sujet qu'à l'issue de l'expérimentation, une évaluation sera entreprise afin de déterminer l'efficacité du dispositif « *notamment en termes d'intégration sociale des personnes concernées et de coût de la mesure* ». Si l'évaluation s'avère positive, la mesure pourra être pérennisée.

Pour le Gouvernement, comme l'a dit Eric Woerth à l'Assemblée nationale, « *c'est un article important qui vise à réinsérer deux à quatre mille personnes défavorisées qui exercent de petites activités non imposées et à très faibles revenus. Maria Novak, présidente de l'Adie, confirme d'ailleurs que c'est une manière de légaliser un pan de notre économie en pleine croissance et de redonner de la dignité aux personnes concernées. Il s'agit là d'un dispositif simple et juste qui devrait recueillir le consensus* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements rédactionnels** qui contribuent effectivement à clarifier le dispositif de l'article : le premier remplace le principe d'une obligation d'affiliation au régime général par un droit à l'affiliation au régime général pour les personnes concernées ; le second tend à mieux préciser le contenu du décret d'application.

L'Assemblée nationale a également voté **un amendement tendant à réduire la durée d'expérimentation** prévue par l'article : deux ans au lieu de cinq. C'est donc au 31 décembre 2009 que prendrait fin le dispositif dérogatoire.

III - La position de votre commission

Cet article vise une population particulière et très ciblée dont les revenus sont extrêmement faibles et pour laquelle les dispositions existantes sont encore trop complexes ou coûteuses.

En effet, même le régime microsocial des articles L. 131-6 et L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit déjà un dispositif simplifié de déclaration des cotisations sociales ainsi qu'un allègement des charges sociales calculées en pourcentage du chiffre d'affaires semble difficile à appliquer dans certains cas recensés par les associations.

Dans ce contexte, la mesure proposée revêt un **caractère innovant**. Elle représente une première étape dans un parcours d'insertion économique vertueux comportant, notamment, la déclaration des activités et l'affiliation à un régime de sécurité sociale.

L'efficacité de cette mesure devra naturellement être **évaluée**. Aussi, votre commission approuve le fait qu'elle soit mise en œuvre **à titre expérimental**, afin de conditionner sa pérennisation à l'obtention de résultats tangibles.

Toutefois, pour que l'expérimentation soit effective, la durée de deux ans fixée par l'Assemblée nationale semble trop courte. C'est pourquoi, sans pour autant revenir à la durée initialement prévue par le projet de loi de cinq ans, **votre commission suggère de porter cette durée à trois ans**.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 13 bis

(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale)

Affiliation au régime général des collaborateurs occasionnels de l'Agence française de lutte contre le dopage

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à inclure les autorités publiques indépendantes dans la liste des autorités qui, en recourant à des collaborateurs occasionnels, permettent à ceux-ci d'être affiliés au régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article tire les conséquences de la loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage qui a transféré la compétence pour diligenter les contrôles du ministère des sports à l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD).

En effet, avant ce transfert de compétence, les médecins et vétérinaires préleveurs qui effectuaient des contrôles antidopage, sur ordre de mission délivré par le ministère des sports, étaient rattachés au régime général, conformément au 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci dispose en effet que « *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, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice* » font partie des personnes auxquelles s'impose l'obligation d'affiliation au régime général.

Cette disposition n'est toutefois plus applicable dès lors que les contrôles sont diligentés par l'AFLD, ce qui est la règle depuis la loi de 2006.

Aussi, le **paragraphe I** du présent article prévoit d'ajouter à la liste des autorités pouvant avoir recours à des collaborateurs occasionnels de service public, les autorités publiques indépendantes dotées de la personnalité morale.

Cela signifie que l'AFLD pourra bénéficier des mêmes modalités spécifiques applicables au calcul des charges sociales afférentes à ces collaborateurs que celles dont le ministère des sports bénéficiait antérieurement à la création de l'agence.

Le **paragraphe II** précise la qualité des personnes qui, au sens du 21° de l'article L. 311-3, sont susceptibles d'être considérées comme collaborateurs occasionnels du service public pour l'AFLD et donc à même de bénéficier de l'affiliation au régime général.

Il s'agit, d'une part, des personnes qui réalisent, à titre occasionnel, les contrôles visés à l'article L. 232-11 du code du sport, à savoir les différents « préleveurs » diligentés par l'agence (médecins, infirmières, etc.), d'autre part, des médecins qui participent aux travaux du comité des médecins visé à l'article L. 232-2 du même code, c'est-à-dire des professionnels qui examinent pour avis les demandes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

II - La position de votre commission

Votre commission considère que **les dispositions prévues au II de cet article ne relèvent pas de la loi mais du décret**. En effet, le 21° de l'article L. 311-3 définit une catégorie de personnes - les collaborateurs occasionnels du service public - et renvoie à un décret pour la détermination des types d'activités et de rémunérations.

Il n'y a donc pas lieu de mentionner expressément dans la loi les professionnels concernés.

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, le Gouvernement s'engage à prendre, dans les plus brefs délais, un décret modifiant le décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 afin d'inclure dans la liste

des collaborateurs occasionnels de service public les différents « préleveurs » diligentés par l'agence, en particulier les infirmières, ainsi que les médecins examinant pour avis les demandes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Dans ces conditions, **votre commission vous propose de supprimer le paragraphe II et d'adopter cet article ainsi amendé.**

Article 14

(art. L. 131-4-2, L. 161-1-2, L. 161-24, L. 241-5, L. 241-10, L. 241-12, L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale, L. 322-4-7 et L. 832-2 du code du travail, L. 5134-31 et L. 5522-18 du nouveau code du travail, L. 741-27, L. 751-17, L. 751-17-1 et L. 751-17-2 du code rural, article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004)

**Suppression des exonérations de cotisations
accidents du travail - maladies professionnelles**

Objet : Cet article tend à supprimer les exonérations de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

Cet article passe en revue une série de dispositifs « ciblés » d'exonérations de cotisations sociales (sans remettre en cause, donc, l'allègement général de cotisations « Fillon ») pour y supprimer les exonérations de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles et, par conséquent, rétablir leur paiement. Les treize dispositifs concernés sont régis, selon les cas, par le code de la sécurité sociale, le code du travail, le code rural ou par des lois non codifiées.

Le **paragraphe I** propose d'apporter les modifications nécessaires au code de la sécurité sociale.

Le 1° prévoit de modifier l'article L. 131-4-2, introduit par l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative). Cet article détermine les exonérations dont bénéficient les employeurs installés dans les zones de revitalisation urbaine (ZRU) et dans les zones de revitalisation rurale (ZRR).

Le 2° modifie l'article L. 161-1-2 et le 3° abroge l'article L. 161-24, qui définissent le régime de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (Accre).

Le 4° propose de poser un nouveau principe et de compléter à cette fin l'article L. 241-5, qui prévoit que les cotisations AT-MP sont à la charge exclusive de l'employeur et qui définit leur assiette. Il s'agit de préciser que ces cotisations ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération.

Le 5° prévoit de modifier l'article L. 241-10, qui fixe le régime des exonérations au titre de la rémunération d'une aide à domicile pour une personne dépendante, qu'elle soit employée par un particulier ou par une structure intermédiaire.

Le 6° tend à modifier l'article L. 241-12, qui fixe les règles de l'exonération au titre des activités exercées, dans un but de réinsertion socioprofessionnelle, par les personnes en difficulté accueillies dans les centres d'hébergement agréés au titre de l'aide sociale, tels les CHRS.

Le 7° modifie l'article L. 752-3-1, relatif aux exonérations dont bénéficient certains employeurs des Dom et de collectivités d'outre-mer.

Le **paragraphe II** propose de modifier plusieurs articles du code du travail.

Le 1° prévoit de modifier l'article L. 322-4-7, qui définit le régime d'exonérations pour les embauches réalisées en contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

Le 2° tend à modifier l'article L. 832-2, relatif aux exonérations afférentes au contrat d'accès à l'emploi en vigueur dans les Dom et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Par coordination, le **paragraphe III** propose d'introduire les mêmes modifications dans le nouveau code du travail. Le code du travail vient en effet de faire l'objet d'une recodification à droit constant¹. La nouvelle version de ce code entrera en vigueur vraisemblablement le 1^{er} mai 2008.

Le 1° tend à modifier l'article L. 5134-31, qui est l'équivalent de l'article L. 322-4-7, susvisé, du code du travail en vigueur. Le 2° tend à modifier l'article L. 5522-18, équivalent de l'actuel article L. 832-2.

Le **paragraphe IV** propose d'apporter des modifications au code rural.

Le 1° tend à modifier l'article L. 741-27, relatif à l'exonération au titre de la rémunération d'une aide à domicile, employée par les associations ou entreprises habilitées, pour remplacer les salariés agricoles absents.

¹ Cf. le rapport n° 459 (2006-2007) présenté par Catherine Procaccia, rapporteur, au nom de la commission des affaires sociales.

Le 2° prévoit que le dispositif visé à l'article L. 241-12 du code de la sécurité sociale, soit l'exonération au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté accueillies dans les centres d'hébergement agréés au titre de l'aide sociale, ne s'appliquera plus aux salariés agricoles. Cette mesure a donc un objet plus large que les seules exonérations de cotisations AT-MP.

Le 3° tend à abroger les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 qui prévoient une exonération de cotisations AT-MP dans l'hypothèse, respectivement, de l'embauche, effectuée entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2008, d'un salarié en CDI par un groupement d'employeurs agricoles et en cas de transformation, au cours de la même période, du CDD d'un salarié agricole en CDI.

Le **paragraphe V** propose de modifier les dispositions de trois lois non codifiées :

- le I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, qui fixe les règles applicables à l'exonération au titre des salariés employés par un établissement implanté en zone franche urbaine (ZFU) ;

- le I de l'article 15 et l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, qui détermine le régime de l'exonération de cotisations applicable au titre des salariés employés par des organismes d'intérêt général visés au 1 de l'article 200 du code général des impôts (fondations et associations reconnues d'utilité publique, établissements d'enseignement...) ayant leur siège en ZRR ;

- le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, relatif à l'exonération au titre des salariés employés 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.

Le **paragraphe VI** prévoit de modifier l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004, qui a créé une exonération au titre des salariés réalisant des projets de recherche et développement dans une jeune entreprise innovante.

Le **paragraphe VII** précise la date d'entrée en vigueur des mesures prévues à cet article : elles s'appliquent aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a procédé à plusieurs améliorations techniques du texte.

Au paragraphe I, elle a abrogé, par cohérence, non seulement l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale, mais aussi la division (sous-section 5 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}) dont il constitue l'article unique. Par coordination, elle a modifié une référence à l'article L. 161-27 du même code.

D'ailleurs, le texte initial prévoyait de modifier l'article L. 131-4-2 inséré dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance relative au code du travail (partie législative), mais il omettait de modifier l'article L. 322-13 du code du travail, qui contient actuellement les dispositions visées et qui restera applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance. L'Assemblée nationale a réparé cet oubli.

Au paragraphe III, elle a également supprimé la disposition, parfaitement inutile, précisant que les modifications apportées au nouveau code du travail entreront en vigueur en même temps que ledit code.

Elle a enfin adopté un amendement de coordination au paragraphe IV.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les mesures proposées à cet article, considérant qu'il est logique d'exclure les cotisations AT-MP du champ des exonérations afin de préserver leur caractère d'incitation à la prévention. Le niveau de ces cotisations est en effet fonction du nombre de sinistres recensés dans l'entreprise au cours des trois dernières années.

Votre commission souligne que ces mesures auront un impact positif non négligeable sur les recettes de la branche AT-MP, qui devraient s'accroître à hauteur de 180 millions d'euros en 2008. L'Etat réalisera aussi une économie substantielle, évaluée à 140 millions d'euros.

Aujourd'hui, la plupart des exonérations visées à cet article donnent lieu à une compensation par l'Etat du manque à gagner pour la sécurité sociale. La suppression d'une partie de ces exonérations dispensera l'Etat d'avoir à effectuer des compensations à l'avenir ce qui explique qu'il y trouve un intérêt financier. Les dispositifs qui ont l'impact budgétaire le plus significatif sont les ZFU (33 millions compensés en 2007) et l'aide aux entreprises implantées dans les Dom (63 millions).

Trois exonérations ne sont en revanche pas compensées : celles afférentes aux CAE (manque à gagner de 30 millions d'euros pour la sécurité sociale en 2007), au contrat d'avenir (perte de 23 millions) et à l'emploi d'une aide à domicile pour une personne dépendante (perte de 118 millions d'euros). La suppression de ces exonérations apportera directement des ressources supplémentaires à la branche AT-MP.

Les employeurs vont supporter l'intégralité du surcoût entraîné par ces mesures. Leurs organisations représentatives ont cependant indiqué qu'elles partagent la logique de prévention inhérente à la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et n'ont donc pas exprimé d'opposition à la suppression de ces exonérations.

La modestie des surcoûts par salarié permet de penser que la fin de ces exonérations n'aura pas d'impact sensible sur l'emploi des personnes peu qualifiées. Le niveau de ce surcoût varie en fonction du dispositif d'exonération considéré, du montant de la rémunération du salarié, de son temps de travail et de son secteur d'activité. A titre d'illustration, il est évalué à 19,20 euros par mois pour un salarié à temps plein rémunéré au Smic et employé en CAE par une collectivité territoriale ; il serait de l'ordre de 8,40 euros par mois pour une aide à domicile employée dix heures par semaine par une association ou une entreprise auprès d'une personne dépendante.

L'examen de cet article rappelle à quel point les exonérations ciblées de cotisations sont nombreuses et variées. Un examen périodique de leur efficacité s'impose pour éviter que leur multiplication n'altère le financement de la sécurité sociale sans effet tangible sur les buts d'intérêt général qu'elles poursuivent.

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

Article 15

(art. L. 651-1 et L. 651-3 du code de la sécurité sociale)

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

Objet : Cet article a pour objet d'assujettir à la contribution sociale de solidarité des sociétés, d'une part, la totalité de l'activité concurrentielle des organismes publics, d'autre part, les sociétés européennes et sociétés coopératives européennes.

I - Le dispositif proposé

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a été instituée en 1970 pour compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des non-salariés non agricoles, à un moment où le salariat était en fort développement.

Elle est actuellement due par les entreprises mentionnées à **l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale**, c'est-à-dire les sociétés commerciales, certaines entreprises publiques et sociétés nationales, des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique et des

groupements du secteur coopératif, dès lors que le chiffre d'affaires de ces organismes est au moins égal à 760 000 euros.

Son taux est de 0,13 % du chiffre d'affaires. Son produit, d'environ 4 milliards d'euros en 2007, est affecté au régime social des indépendants, qui a la charge de son recouvrement, ainsi qu'au fonds de solidarité vieillesse et au fonds de réserve des retraites.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a étendu l'assiette de la C3S aux entreprises et mutuelles des secteurs de la banque et de l'assurance. La loi de financement pour 2006 a de nouveau étendu cette assiette : aux filiales des entreprises publiques et sociétés d'économie mixte (Sem), aux personnes morales de droit public exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel, aux groupements d'intérêt public.

Le présent article **complète ce dispositif sur deux points** :

- le 1^o prévoit de supprimer la référence à l'article 256 B du code général des impôts qui, inscrite par le législateur à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale au moment de l'élargissement de l'assiette aux personnes morales de droit public exerçant une activité concurrentielle, ne permet pas de couvrir l'ensemble des organismes publics ayant une activité concurrentielle ;

- le 2^o complète l'article L. 651-1 par un 11^o qui vise les sociétés européennes et les sociétés coopératives européennes, désormais pleinement reconnues en droit français.

En conséquence de cet ajout, le 3^o de l'article procède à une coordination de références à l'article L. 651-3.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

Article 16

*(art. L. 241-16, L. 242-1 et L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale,
art. L. 722-24-1 et L. 741-10 du code rural,
art. L. 129-13, L. 441-1 et L. 444-12 du code du travail*

**Non-compensation de dispositifs d'exonération
de cotisations sociales**

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

I - Le dispositif proposé

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

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

En application de ces dispositions, le présent article prévoit la non-compensation de cinq mesures d'exonération relatives aux sommes versées aux juges et arbitres sportifs, aux attributions gratuites d'actions, aux rémunérations des enseignants des établissements d'enseignement privé, aux aides versées par les entreprises pour le financement d'activité de services à la personne, aux suppléments d'intéressement et de participation.

Ces mesures dérogatoires s'ajoutent aux dispositions votées en loi de financement pour 2007 qui prévoyaient la non-compensation des exonérations liées aux stages en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (Accre), mesures de non-compensation que votre commission avait souhaité supprimer.

Le **paragraphe I** complète l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale par un alinéa tendant à préciser que les exonérations de cotisations et contributions sociales sur les sommes versées, dans certaines limites, aux arbitres et juges sportifs ne donnent pas lieu à l'application de l'article L. 131-7, autrement dit ne sont pas compensées.

La loi n° 2006-1294 du 23 octobre 2006 portant diverses dispositions relatives aux arbitres a en effet mis en place un dispositif destiné à sécuriser le régime juridique des juges et arbitres sportifs, en reprenant et complétant des règles fixées en 1994.

Pour justifier la dérogation au principe de compensation des exonérations de charges, l'exposé des motifs du projet de loi indique que la non-compensation qui existait dans l'ancien dispositif est reconduite. Il ajoute par ailleurs qu'« *un système de compensation serait extrêmement complexe et coûteux à mettre en place* ».

L'annexe 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale chiffre le coût de cette mesure non compensée à 23 millions d'euros en 2007 et à **35 millions en 2008**.

Le **paragraphe II** complète les articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural afin de prévoir la non-application de l'article L. 131-7 aux attributions gratuites d'actions.

L'article 83 de la loi de finances pour 2005 a en effet institué un nouveau mécanisme d'actionnariat salarié en permettant aux sociétés par actions, cotées ou non, de procéder à l'attribution gratuite d'actions à leurs salariés ou à leurs mandataires sociaux. Ces actions attribuées gratuitement sont exclues de l'assiette des cotisations sociales, comme le prévoit l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

L'exposé des motifs justifie la non-compensation de cette exonération par le fait que « *ces attributions ne peuvent être comparées stricto sensu à des salaires, compte tenu surtout du délai de portage qui caractérise les actions gratuites par rapport à une rémunération monétaire* ».

L'annexe 5 du présent projet de loi de financement chiffre le manque à gagner correspondant pour la sécurité sociale à **33 millions d'euros en 2008**, première année au cours de laquelle le dispositif aura un impact financier.

Le **paragraphe III** prévoit que la perte de recettes résultant du transfert des enseignants et documentalistes des établissements privés du régime général au régime des fonctionnaires pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail - maladies professionnelles ne sera pas compensée. La même mesure est prévue pour les enseignants et documentalistes des établissements agricoles privés.

En effet, ces transferts ont entraîné l'application d'un taux réduit de cotisation aux rémunérations des enseignants, dans la mesure où l'Etat, comme pour l'ensemble des fonctionnaires, prend en charge lui-même les prestations en espèces, le régime général restant compétent pour les seules prestations en nature.

La perte de recettes qui en découle pour les régimes de sécurité sociale est estimée à **140 millions d'euros** par le Gouvernement. Elle ne figure toutefois pas dans l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité

sociale car elle est assimilée à un changement de périmètre plutôt qu'à une exonération de charges.

Le **paragraphe IV** complète l'article L. 129-13 du code du travail par la mention selon laquelle les dispositions de cet article ne donnent pas lieu à l'application du principe de compensation.

Ainsi, les aides versées, dans la limite de 1 830 euros par an et par salarié, par les entreprises en vue d'aider au financement d'activités de services à la personne, de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes dépendantes (sous la forme de Cesu préfinancés) sont totalement exonérées de cotisations sociales.

L'article L. 129-13 du code du travail précise en effet que ces sommes n'ont pas le caractère de rémunération. Pour le Gouvernement, ces aides complètent les aides déjà versées par les comités d'entreprise au titre de leur action sociale et culturelle. Aussi, leur non-compensation « *correspond essentiellement à une reconduction* ».

Selon l'annexe 5, le coût de cette mesure non compensée serait de 25 millions d'euros en 2007 et de **30 millions en 2008**.

Le **paragraphe V** modifie les articles L. 441-1 et L. 441-12 du code du travail afin de préciser que les mesures d'exonération applicables à l'intéressement, au supplément d'intéressement et au supplément de réserve spéciale de participation ne sont pas compensées.

Il est en effet explicitement mentionné dans la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié qui a créé ces mécanismes, que ceux-ci ne doivent se substituer à aucun des éléments de rémunération antérieurs donnant lieu à cotisations.

Le coût de cette mesure de non-compensation n'est pas chiffré, au motif que seules quelques informations parcellaires sur ces formes de rémunération sont disponibles, ce qui rend une estimation délicate.

Le **paragraphe VI** prévoit que les dispositions de cet article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007. Cela signifie que l'Etat s'exonère rétroactivement de l'obligation de compenser aux régimes de sécurité sociale des mesures d'exclusion ou d'allégement d'assiette récemment mises en œuvre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a **supprimé deux de ces mesures** de non-compensation :

- celle du paragraphe II qui vise les attributions gratuites d'actions, en coordination avec le vote d'un amendement spécifiant que ces attributions

d'actions devront être traitées comme des revenus d'activité et donc être taxées ;

- celle du paragraphe V relative à l'intéressement, au supplément d'intéressement et au supplément de réserve spéciale de participation.

III - La position de votre commission

Les mesures prévues par cet article auront un impact financier réel cette année, évalué au total à **235 millions d'euros**, et cela sans prise en compte de la perte sur l'intéressement.

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

Cette décision revient en effet à **mettre à la charge de la sécurité sociale des politiques qui sont celles de l'Etat** comme l'illustre par exemple le choix fait en faveur du développement d'un actionnariat salarié.

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

Elle vous demande donc de supprimer cet article.

Article 16 bis

(art. L. 725-24 du code rural)

Publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à organiser la publicité des décisions rendues par les caisses de la mutualité sociale agricole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article complète le dernier alinéa de l'article L. 725-24 du code rural afin de prévoir que le décret en Conseil d'Etat qui doit en définir les modalités d'application comporte, notamment, « *les modalités de publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement* ».

Or, cet article du code rural, introduit par l'ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005, prévoit que les caisses de mutualité sociale agricole doivent se prononcer explicitement sur toute demande d'un cotisant ou d'un futur

cotisant. Il institue en fait un mécanisme de rescrit social, similaire à celui mis en place dans le cadre du régime général.

Mais, pour être complet, ce mécanisme doit assurer une publicité des réponses apportées par les organismes de sécurité sociale aux demandes de rescrit. Le présent article remédie donc à cette lacune en faisant en sorte que les conditions de publicité des décisions soient définies par le décret en Conseil d'Etat prévu par l'article.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite d'une disposition qui a pour objet d'accroître la transparence et la sécurité juridique auxquelles les assurés du régime agricole ont droit comme les autres.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 16 ter

Conversion du repos compensateur de remplacement en une majoration salariale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise, à titre expérimental, à permettre au salarié qui le souhaite, en accord avec son employeur et par dérogation aux accords collectifs, à convertir un repos compensateur de remplacement en une majoration salariale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article s'inscrit dans le nouveau contexte législatif ouvert par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi Tepas. Il a pour objet de corriger ce qui peut apparaître comme une incohérence.

En effet, dans certaines entreprises, en application d'accords collectifs qui n'ont pas été renégociés, les heures supplémentaires ne font pas l'objet d'une majoration salariale, mais d'une compensation sous la forme d'un repos compensateur de remplacement. Cela signifie que les salariés de ces entreprises ne peuvent bénéficier des dispositions de la loi Tepas.

L'article adopté par l'Assemblée nationale vise à lever cette difficulté. Il propose qu'à titre expérimental et pour une durée limitée à deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008, le salarié pourra décider que le repos compensateur de remplacement qui lui serait applicable soit pour tout ou partie converti, à due concurrence, en une majoration salariale. Cette conversion ne pourra intervenir qu'avec l'accord de l'employeur. La majoration salariale correspondante devra respecter les taux fixés au I de

l'article L. 212-5 du code du travail, soit 10 %, 25 % ou 50 % selon l'existence ou non d'un accord collectif et selon le nombre d'heures supplémentaires concernées.

Il est par ailleurs spécifié que les dispositions de l'article premier de la loi Tepas, qui a mis en place la détaxation des heures supplémentaires, seront bien appliquées à cette majoration salariale.

Enfin, il est prévu que cette expérimentation fera l'objet d'un bilan avant le 31 décembre 2009.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure qui vise à assouplir un peu la réglementation actuelle des heures supplémentaires et à donner tout son sens à la philosophie de la loi Tepas, c'est-à-dire « travailler plus pour gagner plus ».

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

Article 17

Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales

Objet : Cet article propose d'approuver le montant de la compensation des exonérations de cotisations et contributions sociales dites « ciblées », soit 3 milliards d'euros, leur détail figurant dans l'annexe 5 du projet de loi de financement.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

(extraits du III)

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

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

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

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2008, en le fixant à **3 milliards d'euros**.

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

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

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

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

- allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
- heures supplémentaires et complémentaires ;
- mesures visant à promouvoir l'apprentissage, la qualification et les stages ;
- mesures destinées à favoriser l'emploi de publics en difficulté : jeunes et titulaires de minima sociaux ;
- mesures ciblées sur les services à la personne ;
- dispositifs propres à l'emploi dans le secteur agricole ;

- exonérations ciblées sur certains territoires (zones de revitalisation rurale ou urbaine, zones franches urbaines, Dom) ;
- exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (hôtels, cafés, restaurants, jeunes entreprises innovantes, marins salariés) ;
- exonérations applicables aux travailleurs non salariés non agricoles ;
- mesures applicables aux différents types de volontariat ;
- mesures de réductions ou d'abattement de l'assiette des cotisations ou contributions de sécurité sociale entrées en vigueur postérieurement à la loi du 13 août 2004 (Cesu préfinancé, attribution gratuite d'actions, bonus exceptionnel de 1 000 euros).

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

En effet, tout au long de l'année et dans des textes très différents, des mécanismes d'exonération sont votés. On peut citer par exemple cette année les exonérations applicables aux arbitres et juges sportifs, mises en place par la loi du 23 octobre 2006 portant diverses dispositions relatives aux arbitres, ou encore le régime « microsociet » issu de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

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

Pour la première fois, la quasi-totalité des mesures envisagées pour 2008 au titre de ces exonérations n'a pas pour objet d'étendre ou d'accroître les dispositifs actuels (sauf de façon marginale pour les jeunes entreprises innovantes), mais à l'inverse de **revenir sur un certain nombre d'entre eux**, dont la justification ne paraît pas toujours évidente ou, plus encore, dont le coût au regard du bénéfice attendu semble largement excessif. L'encadré ci-dessous fournit la liste de ces mesures qui figurent soit dans le présent projet de loi de financement, soit dans le projet de loi de finances pour 2008.

Les mesures de remise en cause d'exonérations dont l'adoption est envisagée pour 2008

- suppression de l'exonération des cotisations AT-MP (article 14 du projet de loi de financement) - impact financier : **150 millions d'euros** ;
- suppression de l'exonération spécifique applicable aux associations et organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (article 12 du projet de loi de financement) - impact financier : **185 millions d'euros** ;

- suppression de l'exonération liée aux contrats de professionnalisation (article 53 du projet de loi de finances) - impact financier : 140 millions d'euros ;
- intégration progressive dans la réduction générale des cotisations patronales, des exonérations pour aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile (article 55 du projet de loi de finances) - impact financier : 20 millions d'euros ;
- modification des exonérations en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine (article 58 du projet de loi de finances) - impact financier : 16 millions d'euros ;
- élargissement du périmètre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes (article 47 du projet de loi de finances) - non chiffré

Malgré ces mesures d'économie, le montant de l'ensemble des mesures d'exonérations - générales et ciblées - reste très élevé. En outre, il progresse à nouveau fortement entre 2007 et 2008.

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices allant de 2006 à 2008. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées, en léger retrait au cours de la période.

Coût des exonérations			
<i>(en millions d'euros)</i>			
Dispositifs	2006	2007	2008
Allègements généraux (« réduction Fillon »)	19 490	21 532	22 721
Heures supplémentaires (loi Tepas)	-	273	4 125
Allègements ciblés	3 415	4 066	3 045
Total mesures compensées	22 905	25 870	29 891
Mesures non compensées	2 699	2 808	2 465
Total exonérations compensées et non compensées	25 604	28 679	32 356
<i>Source : annexe 5 du PLFSS</i>			

Ce tableau fait notamment apparaître :

- **le coût très élevé de la politique d'allègement de charges sociales**, qui dépasse 32 milliards d'euros en 2008, en augmentation de 12,8 % par rapport à 2007 ;

- l'impact prépondérant dans cette progression de la « réduction Fillon » et de la montée en charge de la détaxation des heures supplémentaires au titre de la loi Tepas ;

- le poids des mesures non compensées : malgré plusieurs mesures d'économie, ce montant est légèrement inférieur à 2,5 milliards d'euros en 2008 ; il n'est pas très éloigné de celui des mesures d'allègement ciblés et compensées.

La compensation des exonérations ciblées, évaluée à 3,04 milliards d'euros pour 2008, se fait par crédits budgétaires. Quatre missions y contribuent pour l'essentiel ainsi que le montre le tableau ci-après.

(en millions d'euros)

Compensation budgétaire	2006 Exécution	2007 LFI	2008 PLF
Mission Travail	1 139	1 528	1 585
Mission Outre-mer	823	823	867
Mission Ville	313	333	341
Mission Industrie	99	105	120
Total des allègements ciblés compensés (toutes missions)	2 434	2 902	3 045

Pour la mission Travail, il s'agit principalement de compenser les exonérations liées au contrat d'apprentissage (720 millions inscrits dans le projet de loi de finances pour 2008) et au contrat de professionnalisation (278 millions d'euros) ainsi qu'au développement des services à la personne. La mission Outre-mer finance la franchise de cotisations patronales pour les entreprises implantées dans les Dom, mesure la plus importante en termes de volume financier, soit 843 millions d'euros. La mission Ville compense les exonérations liées aux zones franches urbaines (335 millions d'euros), la mission Industrie celles relatives aux jeunes entreprises innovantes (115 millions d'euros).

Ces crédits se révèlent être, année après année, **insuffisants**. En 2006, l'insuffisance constatée a été de **près de 1 milliard d'euros**, due d'une part à la sous-exécution des crédits votés en loi de finances initiale et rectificative, à hauteur de 640 millions d'euros, d'autre part, au dynamisme, par rapport aux prévisions initiales, de certains dispositifs : en faveur des Dom (+ 245 millions), en faveur de l'apprentissage (+ 225 millions), pour les contrats de qualification (+ 109 millions d'euros) et de professionnalisation (+ 67 millions d'euros).

Pour 2007, les crédits budgétaires consacrés à la compensation de mesures d'exonération représentent 2,9 milliards d'euros. Compte tenu des prévisions des régimes, les insuffisances de crédits s'élèveraient à **1,1 milliard d'euros**. Elles se concentrent sur les exonérations outre-mer, les contrats d'apprentissage et les dispositifs de la loi relative au développement des services à la personne.

Dans ces conditions, les prévisions budgétaires pour 2008, quasiment identiques à celles de 2007, risquent, en dépit des mesures d'économie figurant dans les projets de loi de financement et de finances

pour 2008, estimées à 500 millions d'euros, de ne pas permettre de faire face, en totalité, aux besoins financiers de la compensation.

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

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

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

Même si le Gouvernement a réglé début octobre, comme il s'y était engagé, une grande partie de sa créance vis-à-vis de la sécurité sociale, soit 5,1 milliards d'euros, il n'en demeure pas moins que **les crédits budgétaires des allègements ciblés pour 2008 apparaissent une nouvelle fois sous-estimés**. Selon les informations recueillies par votre rapporteur, cette insuffisance de financement pourrait s'élever à environ **600 millions d'euros**.

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

Il est impératif que les ministères respectent les conventions financières signées avec chaque régime pour préciser les dates et montants des paiements pour l'ensemble des dispositifs pour lesquels des crédits de compensation sont inscrits en loi de finances initiale.

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

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

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

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général, ainsi que des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Les recettes attendues pour 2008 s'élèvent à **414,8 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,9 % par rapport à 2007. Pour le régime général, ce montant est de **302,3 milliards**, en hausse de près de 5 % par rapport à 2007.

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

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

- **Les cotisations**

En 2008, les cotisations s'élèveraient à **213 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 3,4 % par rapport à 2007 et à **168,4 milliards d'euros** pour le régime général, en hausse de 3,2 %.

Depuis la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie et malgré la montée en charge des mesures d'allègement de charges, les cotisations patronales assurent l'essentiel des cotisations, soit environ 75 % de l'ensemble en 2007, contre seulement près de 20 % pour les cotisations salariales.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (44,8 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 35,6 %, la famille pour 15,4 % et les accidents du travail pour 4,1 %.

Selon les calculs de la commission des comptes de la sécurité sociale, la valeur d'un point de cotisation représente, en 2006, **4,5 milliards d'euros** pour le régime général au titre des salariés du secteur privé.

- **Les impôts et taxes affectés**

En 2008, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **110,7 milliards d'euros**, en augmentation de 6 % par rapport à 2007. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **92,8 milliards d'euros**, en hausse de 6,4 % par rapport à 2007.

Cette catégorie continue à augmenter fortement, en particulier du fait de l'affectation de nouvelles recettes fiscales en compensation des allègements généraux de charges sociales et de la détaxation des heures supplémentaires.

La branche maladie est la première bénéficiaire de ces recettes, avec plus de 70 % de l'ensemble, en raison de l'affectation à cette branche de la majeure partie de la CSG, soit 58 milliards d'euros sur un produit total de 82,5 milliards.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), soit des recettes attendues respectivement pour 2008 de 2,75 et 4,18 milliards d'euros.

• Les contributions publiques

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

Le total de ces contributions atteindrait, pour l'ensemble des régimes de base, **17,7 milliards d'euros** en 2008, en augmentation de 2,4 % par rapport à 2007.

Les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, pourraient s'élever à **5,7 milliards**, dont 2,9 milliards pour la SNCF (soit environ la moitié de l'ensemble), 1,1 milliard pour le régime des ouvriers de l'Etat, 752 millions pour le régime des marins et 800 millions pour le régime minier. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

Les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat pourraient s'élever à **7 milliards d'euros** en 2008, dont 5,58 milliards au titre de l'allocation aux adultes handicapés et 1,07 milliard pour l'allocation de parent isolé, servies par la Cnaf.

Enfin, les remboursements de cotisations atteindraient **4,2 milliards d'euros**. Il s'agit du financement des exonérations ciblées de charges sociales, qui seraient quasiment stables par rapport à 2007, sous l'effet de mesures d'économie mais aussi de l'extinction des contrats de qualification et d'une légère diminution attendue des effectifs d'apprentis.

• Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale atteindraient **31,1 milliards d'euros**, en augmentation de 6,2 % par rapport à 2007.

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

- les recettes du FSV

Les prévisions de recettes du FSV pour 2008, inscrites au 3° de cet article, atteignent **14,8 milliards**, au lieu de 14 milliards d'euros en 2007, soit une progression de 5,7 %.

Ces recettes sont, conformément à l'annexe C, pour l'essentiel des impôts et taxe affectées, pour un montant de 12,4 milliards d'euros, dont 11,5 au titre de la CSG.

L'autre source de recettes pour le FSV est constituée d'un transfert de la Cnaf au titre des majorations de pensions pour enfants à charge. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et fixé initialement à 15 % du montant de ces majorations, le taux de ce transfert a été porté à 30 % en 2002, puis à 60 % pour 2003, 2004 et 2005. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a figé ce taux à 60 % pour les années 2006 et suivantes. Pour 2008, 2,4 milliards d'euros sont attendus de ce transfert.

- les recettes du Ffipsa

Les recettes attendues pour le Ffipsa en 2008 s'élèvent à **14,2 milliards d'euros**, soit au même montant qu'en 2007. L'annexe C en fournit le détail.

Les cotisations ne représenteraient que 1,7 milliard d'euros, soit un montant stable par rapport à 2006 et 2007. Les impôts et taxes affectées atteindraient 6 milliards d'euros, dont l'essentiel au titre de la taxe sur les tabacs, à hauteur de 4,95 milliards d'euros, et près de 1 milliard d'euros de CSG. Enfin, 6,3 milliards d'euros proviendraient de transferts, principalement au titre des transferts de compensation interrégimes, pour 5,5 milliards d'euros.

Le tableau ci-après détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2008 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2008 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2008 sur les recettes	2 029	2 063
Suppression de l'exonération AT-MP	180	180
Maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique à 1 %	100	100
Taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes	43	50
Prélèvement à la source sur les dividendes (mesures PLF)	867	867
Instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite	300	300
Augmentation de la contribution sur les préretraites et affectation de tout le produit de la taxe à la Cnav	80	80
Affectation de nouvelles recettes fiscales pour compenser les allègements généraux de charges sociales (mesure PLF)	459	486

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles ayant le plus fort impact** sont l'instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite, prévue à l'article 10, pour environ 300 millions d'euros, la suppression de l'exonération de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles, prévue à l'article 14, pour un rendement estimé à 180 millions d'euros, le maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique à 1 %, prévue à l'article 9, pour environ 100 millions d'euros, la création d'une taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes, également prévue à l'article 9, pour un rendement estimé à 50 millions d'euros.

Néanmoins l'essentiel des recettes nouvelles attendues pour 2008 figure dans le projet de loi de finances avec :

- la mise en place du **paiement à la source des prélèvements sociaux sur les dividendes**, mesure inscrite à l'article 6 du projet de loi de finances, dont le produit attendu serait de 1,3 milliard d'euros, réparti entre 870 millions pour le régime général, 170 millions pour le FSV, 156 millions pour le FRR, 47 millions pour la CNSA et 60 millions pour la Cades ;

- l'affectation de nouvelles recettes fiscales pour compenser les allègements généraux de charges sociales, conformément à l'article 29 du projet de loi de finances, soit près de 500 millions d'euros pour les régimes de sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a voté, en seconde délibération, un amendement pour tirer les conséquences, dans chacun des tableaux concernés de cet article, des dispositions qu'elle a adoptées en termes de recettes :

- l'instauration de contributions patronales et salariales sur les attributions de stock options et d'actions gratuites (article 9 E) ;

- la modification du calcul des allègements Fillon avec l'intégration des temps de pause et d'habillage (article 9 D) ;

- la suppression de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes (article 9).

Au total, l'impact est **un accroissement des recettes de 100 millions.**

III - La position de votre commission

Votre commission constate - et le regrette vivement - que **le bouclage financier du projet de loi de financement pour 2008 se fait, une nouvelle fois, par une mesure à effet unique.**

En effet, c'est grâce au paiement à la source des prélèvements sociaux sur les dividendes que le déficit de la sécurité sociale pourra être ramené en-deçà de 9 milliards d'euros en 2008. Cette mesure s'inscrit d'ailleurs en continuité des dispositions votées dans les lois de financement pour 2007, sur le changement des modalités de versement des prélèvements sociaux sur les placements financiers, et pour 2006, avec la mesure PEL.

Or, ces mesures n'ont qu'un impact ponctuel sur les comptes de l'année concernée et ne permettent aucunement de résoudre de façon durable le problème du financement de la sécurité sociale. La mesure PEL de 2006, dont le rendement a été supérieur à ce qui était attendu, a notamment fait croire à une amélioration des comptes sociaux alors qu'il n'en était rien.

Votre commission déplore par ailleurs que les principales mesures nouvelles pour 2008 soient inscrites dans le projet de loi de finances et non dans le présent projet de loi de financement.

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

Article 19

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Le tableau fait apparaître un déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires, en 2008, de **7,7 milliards d'euros** au lieu de 11,4 milliards pour l'année en cours, soit une amélioration de 3,7 milliards d'euros.

Deux branches seraient excédentaires, l'une et l'autre avec un excédent proche de 300 millions d'euros : les accidents du travail-maladies professionnelles et la famille.

Les deux autres branches seraient déficitaires, de façon pratiquement égale, avec un déficit de 4,2 milliards d'euros pour la maladie et de 4,1 milliards pour la vieillesse.

En dehors du régime général, les autres régimes obligatoires devraient être globalement équilibrés et même excédentaires pour la branche vieillesse (1 milliard d'euros).

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2008, examinées à l'article 18 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 49 pour la branche maladie, 53 pour la branche vieillesse, 58 pour la branche accidents du travail et 62 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2008 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2008 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	1 744	2 025
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2008	1 644	1 925
Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux	723	850
Maîtrise médicalisée avenant n° 23	543	635
Mesures structurantes proposées par l'Uncam	86	100
Calcul des indemnités journalières	60	70
Plan médicament : baisses de prix génériques	77	90
Plan médicament : baisses de prix médicaments sous brevet	43	50
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	26	30
Dispositif d'entente préalable	43	50
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD	43	50
Mesures d'économies hors Ondam	100	100
Participation de l'Etat au financement de l'Eprus	100	100
Mesures nouvelles 2008 sur les autres branches	85	85
Droit d'option entre l'AEEH et la PCH	50	50
Alignement des taux d'effort pour les ménages modestes pour la garde des enfants par des assistantes maternelles ou en mode collectif	- 35	- 35
Majoration unique par âge	80	80
Revalorisation de rentes de certains ayants droit de victimes AT-MP	- 10	- 10

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2008, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, les économies atteignant un total de 2 milliards d'euros, dont 850 millions au titre des franchises, 635 millions de maîtrise médicalisée et 100 millions de mesures structurantes proposées par l'Uncam.

Ces montants sont sensiblement inférieurs à ceux qui figuraient dans les lois de financement pour 2006 et 2007.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En conséquence de ses votes sur les recettes, l'Assemblée nationale a adopté, en seconde délibération, un amendement pour rectifier les montants inscrits dans le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base pour 2008.

Au total, **le déficit est réduit de 100 millions d'euros** et pourrait donc atteindre **7,6 milliards d'euros** en 2008.

III - La position de votre commission

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

Article 20

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2008 du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées à l'article 19 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2008, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître un **déficit de 8,9 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 4,3 milliards pour l'assurance maladie ;
- 5,1 milliards pour la branche vieillesse ;
- 0,3 milliard pour la branche famille ;
- 0,3 milliard pour la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

Ce déficit est en baisse de 2,8 milliards d'euros par rapport au déficit du régime général de 2007 mais supérieur de 200 millions à celui de 2006.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- l'assurance maladie qui voit son déficit ramené à 4,3 milliards d'euros, au lieu de 6,2 milliards en 2007 ;

- l'assurance vieillesse qui creuse son déficit, passé de 1,9 milliard en 2006 à 4,6 milliards en 2007 et fixé à 5,1 milliards pour 2008, sous l'effet notamment de l'arrivée à l'âge de la retraite des premières classes nombreuses du « baby boom ».

Le déficit de la branche famille disparaît en 2008, avec un excédent prévisionnel de 300 millions d'euros, grâce à la diminution des effets de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). La branche accidents du travail sera également excédentaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En conséquence de ses votes sur les recettes, l'Assemblée nationale a adopté, en seconde délibération, un amendement pour rectifier les montants inscrits dans le tableau d'équilibre du régime général pour 2008.

Au total, **le déficit est réduit de 100 millions d'euros** et pourrait donc atteindre **8,8 milliards d'euros** en 2008.

III - La position de votre commission

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

Article 21

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

Objet : Cet article a pour objet de déterminer le tableau d'équilibre pour 2008 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées précédemment à l'article 19.

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître un excédent de 600 millions d'euros pour le FSV et un déficit de 2,7 milliards pour le Ffipsa.

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 18, et les prévisions de charges, commentées à l'article 72, pour chacun de ces deux organismes.

• **Le fonds de solidarité vieillesse**

Le FSV afficherait un excédent de **600 millions d'euros** en 2008, prolongeant ainsi la tendance à la rapide amélioration de son solde, passé de - 2 milliards en 2005 à - 1,3 milliard d'euros en 2006, puis à - 300 millions en 2007.

Néanmoins, au 31 décembre 2008, le FSV présenterait encore un déficit cumulé de 4,8 milliards d'euros. Celui-ci serait néanmoins, pour la première fois depuis 2001, en léger recul.

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

Le Ffipsa connaîtrait un déficit de **2,7 milliards d'euros** en 2008, soit un montant encore supérieur à ceux enregistrés en 2006 et 2007, respectivement 1,3 milliard et 2,3 milliards d'euros. La dégradation provient du décalage entre le dynamisme des dépenses, notamment d'assurance maladie, et la stagnation du niveau des recettes.

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

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission prend une nouvelle fois acte, pour le regretter, du fait qu'aucune mesure ne soit prévue pour le traitement des déficits de ces deux fonds.

A la fin de 2008, **les déficits cumulés du FSV atteindront en effet 4,8 milliards d'euros et ceux du Ffipsa 7,7 milliards**, soit 12,5 milliards en tout.

Comme la Cour des comptes qui a formulé un certain nombre de propositions, votre commission rappelle encore l'impérieuse nécessité pour l'Etat de régler rapidement la question du financement du Ffipsa, ainsi que le traitement de la dette accumulée par ces deux fonds. Reporter la résolution de ce problème n'a pour conséquence que d'en transférer la charge sur les générations futures, ce qui n'est pas acceptable.

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

Article 22

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

Objet : *Cet article a pour objet de fixer pour 2008 l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.*

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Cet article a deux objets :

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

Le présent article fixe à **2,8 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2008, en hausse de 200 millions d'euros par rapport à 2007.

Au cours des années antérieures à 2005, ce montant était supérieur à 3 milliards, mais la reprise par la Cades de la dette de l'assurance maladie, à hauteur de 35 milliards d'euros en 2004, a entraîné une augmentation des charges d'intérêts et, consécutivement, une baisse de l'amortissement.

En 2008, ce montant augmente par rapport à 2007, principalement du fait de l'augmentation des recettes de CRDS.

En l'absence de nouvelle reprise de dette, la dette cumulée reprise par la Cades devrait s'élever au 31 décembre 2008 au même montant qu'en 2007, soit **107,61 milliards d'euros**, dont 70,09 milliards resteraient à rembourser, l'amortissement cumulé s'établissant à cette date à 37,52 milliards d'euros.

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

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

Pour 2008, il est prévu d'affecter **1,7 milliard d'euros** au FRR. Cette somme correspond au montant estimé de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement qui lui revient.

En effet, aucun versement d'excédent n'est prévu. De fait, tant la Cnav que le FSV affichent des déficits en 2007, ce qui rend évidemment impossible tout versement d'excédent au FRR.

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

De même, aucune recette n'est prévue au titre de **l'affectation au FRR des contrats d'assurance vie en déshérence**, nouvelle recette introduite par la loi de financement pour 2007 et que certains avaient imaginé prometteuse.

A la fin de 2008, les réserves du FRR devraient s'élever à environ 38 milliards d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

(art. L. 114-6-1 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale)

Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de compléter le dispositif législatif applicable à la certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le principe de la certification des comptes des organismes et régimes de la sécurité sociale a été introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005.

Conformément à **l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières**, « *chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre Ier du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés.* »

L'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, met en place les procédures que doivent respecter les organismes nationaux et les organismes de base des régimes obligatoires de sécurité sociale en vue de la certification de leurs comptes. Il pose le principe, pour tous les régimes, d'**une validation des comptes** des organismes locaux par les organismes nationaux. Ainsi, les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement ou du régime.

Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

Le **paragraphe I** insère, à la suite des dispositions ainsi décrites, un **nouvel article L. 114-6-1** dans le code de la sécurité sociale afin de prévoir :

- d'une part, que les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels et des comptes combinés annuels sont communs à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale ;

- d'autre part, qu'un décret en Conseil d'Etat définira les rôles respectifs du directeur, de l'agent comptable et du conseil d'administration dans la procédure d'établissement et d'arrêté des comptes.

L'objectif est en effet à la fois de rendre parfaitement concordants les principes et les modalités d'intervention prévalant pour les missions légales de certification des comptes, et de permettre une meilleure identification des interlocuteurs successifs du certificateur (Cour des comptes pour les branches et les caisses du régime général, commissaires aux comptes pour les autres organismes nationaux de sécurité sociale et pour les organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes).

Le **paragraphe II** complète l'**article L. 114-8** du même code par huit alinéas.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 114-8 dispose que les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins. Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes, auxquels les magistrats de la Cour des comptes peuvent demander tous renseignements sur les sociétés qu'ils contrôlent. Ces dispositions doivent s'appliquer au plus tard aux comptes de l'exercice 2008.

Les **ajouts proposés** visent à prévoir :

- la communication aux autorités de tutelle du rapport des commissaires aux comptes ;

- la possibilité pour les autorités de tutelle de demander aux commissaires aux comptes tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé, les commissaires aux comptes étant alors déliés du secret professionnel à leur égard ; en sens inverse, les autorités de tutelle peuvent transmettre aux commissaires aux comptes toute information nécessaire à l'accomplissement de leur mission, ces informations étant couvertes par le secret professionnel ; enfin, les autorités de tutelle peuvent transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont tenus de répondre sous la même forme ;

- l'obligation pour les commissaires aux comptes de signaler dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle toute violation aux dispositions législatives et réglementaires susceptible d'avoir des effets significatifs sur les comptes ou tout fait de nature à entraîner le refus de la certification des comptes ou l'émission de réserves, aussi bien pour les organismes proprement dits que, le cas échéant, pour les entités entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés ; la responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution de ces dispositions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **six amendements**, dont trois de précision rédactionnelle. Les autres ont pour objet :

- de prévoir l'accès aux travaux des commissaires aux comptes non seulement pour les autorités de tutelle mais également pour les autorités chargées de l'exercice du contrôle économique et financier de l'Etat ;

- de supprimer la description du contenu du rapport des commissaires aux comptes, en raison de l'existence d'une norme d'exercice professionnelle récemment homologuée par arrêté du ministre de la justice.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve pleinement l'économie générale de ces dispositions destinées à clarifier le cadre législatif applicable à la certification des comptes des organismes de sécurité sociale. En effet, la certification des comptes représente une étape importante dans la voie de l'amélioration de la comptabilité et de la gestion des organismes de sécurité sociale et il convient qu'elle soit parfaitement encadrée sur le plan juridique.

L'expérience du premier rapport de certification des comptes établi par la Cour des comptes au mois de juin dernier pour les caisses nationales et les comptes consolidés des branches du régime général s'est d'ailleurs révélée extrêmement concluante et devrait certainement être porteuse de progrès pour la gestion de ces organismes.

Afin d'harmoniser les termes utilisés dans cet article avec ceux figurant dans le tout récent décret n° 2007-1431 du 4 octobre 2007 relatif aux travaux de certification des comptes de l'Etat et de la sécurité sociale et modifiant le code des juridictions financières, votre commission vous propose **un amendement de précision rédactionnelle** au paragraphe II.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 24

**Habilitation des régimes de base et des organismes
concourant à leur financement à recourir à l'emprunt**

Objet : Cet article fixe les plafonds d'avance de trésorerie pour 2008.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Huit organismes (au lieu de sept en 2007) sont habilités par cet article à recourir en 2008 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le tableau ci-après en fournit le détail et rappelle le montant des plafonds votés en 2006 et 2007.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2006, 2007 et 2008

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Régime général	18 500	28 000	36 000
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa)	7 100	7 100	8 400
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	550	350	250
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	150	150	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	300	200	400
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	475	500	550
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	50	50	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	-	-	1 700

1°) Le régime général

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2008 s'élève à **36 milliards d'euros**, soit son record historique. Ce plafond a beaucoup varié au cours des dernières années, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Année	Plafond en milliards d'euros
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28
2008	36

La trésorerie des différentes branches du régime général, gérée par l'Acoss, s'opère *via* le compte unique de disponibilités courantes de l'agence auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

Par ailleurs, depuis 2007, en application de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Acoss a la possibilité de faire appel au marché en émettant des **billets de trésorerie**.

L'émission de billets de trésorerie par l'Acoss

Cette diversification des modes de financement a un **triple intérêt pour l'Acoss** :

- elle peut permettre, en fonction de la situation des marchés, de réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie. Les premières émissions de billets de trésorerie début 2007 se sont conclues à un prix de Eonia + 1 point de base, ce qui signifie que pour un milliard d'euros emprunté, on économise 50 000 euros de frais financiers sur un mois par rapport à des avances prédéterminées à plus de trente jours ;

- il s'agit également de compléter les avances consenties par la Caisse des dépôts afin de couvrir l'ensemble des besoins de trésorerie de l'Acoss ;

- enfin, cette diversification des modes de financement répond à une volonté du Gouvernement d'optimiser la gestion de trésorerie des administrations publiques.

Fin 2006, l'Acoss a obtenu une autorisation d'émettre au maximum 5 milliards d'euros de billets de trésorerie. Une première émission auprès de la seule caisse de la dette publique (CDP) a été effectuée le 27 décembre 2006 pour un montant de 4,96 milliards d'euros.

De janvier à juillet 2007, l'Acoss a poursuivi l'utilisation de ce mode de financement : l'encours moyen de billets de trésorerie émis a été de 2,4 milliards. Il devrait être de 2,5 milliards sur l'année. En effet, en raison de la crise de liquidités constatée sur le marché au cours de l'été 2007, l'Acoss a décidé de réduire ses objectifs d'encours de billets de trésorerie qu'elle comptait initialement passer à 4-5 milliards.

A la fin de l'été 2007, les autorités de tutelle ont relevé le plafond d'émissions de billets de trésorerie de l'Acoss, à hauteur de 5 milliards, pour permettre à l'Etat de mener à bien une opération d'apurement de sa dette pour 5,1 milliards. Cette opération s'est effectuée le 5 octobre par le biais d'une émission de billets de trésorerie de l'Acoss auprès de la caisse de la dette publique.

En 2007, la trésorerie du régime général a connu un solde négatif dès le 1^{er} janvier, ce qui a obligé l'Acoss à recourir quotidiennement aux avances de la Caisse des dépôts, **tous les jours de l'année ayant été négatifs**, au lieu de 360 jours négatifs en 2006 et de 206 jours en 2005. Le point le plus haut a été atteint le 7 février à - 4,2 milliards d'euros, tandis que le point le plus bas a été atteint le 25 septembre à - 24,5 milliards d'euros. Ce point bas est intervenu à la veille du remboursement de la dette de l'Etat au régime général le 5 octobre, à hauteur de 5,1 milliards d'euros. En fin d'année, le solde devrait s'établir à - **21,9 milliards d'euros**.

En 2008, aucune reprise de déficit n'est envisagée, ce qui entraînera à nouveau **un solde constamment négatif** de la trésorerie du régime général. Le profil de trésorerie envisagé, compte tenu des hypothèses du présent projet de loi de financement, est un solde moyen au cours de l'exercice de - 18,08 milliards avec un point haut le 7 février à - 6 milliards et un point bas en octobre à - 34,5 milliards. Au 31 décembre 2008, le solde de trésorerie du régime général pourrait atteindre - **30 milliards d'euros**.

Au regard de ces éléments, le plafond d'avances fixé par le présent article est de 36 milliards d'euros pour le régime général. Sa prévision reste extrêmement **dépendante des hypothèses macroéconomiques associées au projet de loi**. Ainsi, une augmentation plus faible que prévue de la masse salariale aurait un impact sur les recettes du régime général. De même, un rythme de progression des dépenses d'assurance maladie supérieur aux anticipations augmenterait les besoins. Enfin, ces prévisions sont très sensibles aux aléas de calendrier, notamment en termes d'encaissements et de décaissements. Cela signifie que des retards de versement de l'Etat peuvent avoir un impact important sur la trésorerie de l'Acoss.

2°) Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles

Pour le Ffipsa, le montant élevé du plafond demandé, soit **8,4 milliards d'euros**, supérieur de 1,3 milliard d'euros au plafond demandé en 2006 et 2007, est justifié par la situation très dégradée des comptes. Le déficit prévu pour 2008 est en effet de 2,7 milliards.

Selon l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, la trésorerie 2008 du Ffipsa partirait de - 4,83 milliards d'euros en début d'année pour atteindre au 31 décembre un solde de - 7,48 milliards.

Ces chiffres incluent l'opération de reprise de la dette héritée du Bapsa par l'Etat, pour un montant de 619 millions d'euros, qui devrait figurer dans la loi de finances rectificative pour 2007 et intervenir début 2008.

Au regard de ces chiffres, le plafond de 8,4 milliards permet de laisser une **marge de sécurité** de 3 % du montant des dépenses par rapport au point bas prévu, afin de prendre en compte les aléas liés à l'évolution des recettes et des dépenses et au rythme des encaissements.

3°) La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2008, la CNRACL devrait dégager un solde positif, comme au cours des années précédentes. Son résultat net serait même en amélioration, à 426 millions d'euros au lieu de 157 millions en 2007.

Pour couvrir ses charges de trésorerie, la CNRACL est habilitée par cet article à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de **250 millions d'euros**, au lieu de 350 millions en 2007.

L'amélioration de la situation financière de la CNRACL justifie cette baisse du plafond. Quelques incertitudes pèsent néanmoins sur cette prévision, liées notamment au changement de comportement des collectivités en matière de versement des cotisations à la suite de la mise en place du règlement par virement bancaire et au nombre et au montant des validations de services effectués par les fonctionnaires en qualité de non titulaire.

4°) Le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

Le FSPOIE bénéficie d'une subvention d'équilibre de l'Etat et dégage donc des résultats en équilibre. Toutefois, un plafond d'avance de 150 millions d'euros, équivalent à un mois de trésorerie, a été ouvert à titre de précaution, afin de se prémunir contre la principale inconnue qui est celle du calendrier de versement des subventions, celles-ci représentant 54 % des ressources du fonds.

Pour 2008, le profil de trésorerie devrait rester positif. Si le calendrier de versement des subventions de l'Etat est identique à celui de 2007, le point bas devrait être atteint en décembre, à 48 millions d'euros, et le point haut fin janvier à 941 millions d'euros.

5°) La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

La CANSSM serait autorisée en 2008 à contracter des emprunts dans la limite de **400 millions d'euros**, au lieu de 200 millions en 2007 et 300 millions en 2006.

En 2007 en effet, contrairement à 2006, la caisse devrait avoir besoin de recourir à des emprunts de trésorerie, avec un point bas à - 69,3 millions d'euros en décembre.

La trésorerie de l'exercice 2008 devrait se dégrader sensiblement, le point bas atteignant, dans les hypothèses actuelles, - 370 millions d'euros en décembre. C'est pourquoi il est demandé le doublement du plafond d'avances.

La **marge de sécurité** de 30 millions est notamment justifiée par l'incertitude de la date de réalisation des ventes immobilières qui sont programmées à la fin de 2007.

6°) La caisse nationale des industries électriques et gazières

La CNIEG, créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, est chargée de la gestion des prestations aux assurés. Chaque branche de la caisse affiche en principe un résultat net égal à zéro. Toutefois, afin de faire face au décalage entre les encaissements et les décaissements, la caisse est autorisée à contracter des emprunts.

En 2006, le plafond de ces emprunts a été fixé à 475 millions d'euros et en 2007 à 500 millions d'euros. Pour 2008, le niveau d'avances demandé est de **550 millions d'euros**, compte tenu des incertitudes qui pèsent encore sur le profil de trésorerie de la caisse, liées au décalage entre le rythme de versement des pensions de retraite aux affiliés de la CNIEG et le rythme des transferts en provenance de la Cnav.

7°) La caisse de retraite du personnel de la RATP

Le décret n° 2005-1635 du 26 décembre 2005 a instauré la caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRPRATP) dans le cadre de l'adossement prévu de ce régime spécial au régime général. Cette caisse reprend les obligations de la RATP en matière de prise en charge des pensions des personnels du régime spécial. Toutefois, l'adossement ne sera effectif que lorsque les conventions entre la CRPRATP, la Cnav et l'Acoss auront été signées. A titre transitoire, l'Etat assure l'équilibre financier de la caisse par le versement de subventions.

En 2006, la caisse, qui a bénéficié des subventions de l'Etat, n'a pas eu recours à des emprunts de trésorerie, malgré le plafond de 50 millions fixé à titre prévisionnel dans la loi de financement pour 2006.

En 2007, le même montant a été retenu mais n'a pas été utilisé, la CRPRATP ayant à nouveau bénéficié de subventions de l'Etat (354 millions d'euros de crédits budgétaires pour le financement des charges techniques du régime).

Pour 2008, afin de permettre à la caisse de faire face à ses obligations dans l'hypothèse de la mise en œuvre de l'adossement au régime général, il est proposé de retenir le même montant qu'en 2007, soit **50 millions d'euros**.

8°) La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) apparaît pour la première fois dans la liste des régimes autorisés à emprunter dans la limite d'un montant fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

Elle a en effet été créée par le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 et établie à compter du 30 juin 2007. L'article 23 de ce décret a délégué la gestion de trésorerie de la nouvelle caisse à l'entreprise SNCF jusqu'au 31 décembre 2007.

En 2008, la caisse devra conclure une convention de gestion de trésorerie avec des partenaires financiers. Toutefois, compte tenu des délais de mise en place de ces relations, la caisse devrait continuer à recourir, par voie de gré à gré, aux services de la direction financière de la SNCF dans les premiers mois de 2008.

Le profil de trésorerie de la caisse traduit le décalage entre, d'une part, le rythme de versement des pensions de retraite aux affiliés (versement trimestriel), d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations (au début de chaque mois) et du versement de la subvention de l'Etat (2,9 milliards d'euros en 2008 qui seront versés en quatre échéances).

Ce décalage explique des besoins de trésorerie très importants, principalement au début de chaque trimestre. C'est pourquoi, le montant du plafond est fixé à **1,7 milliard d'euros**. Selon l'annexe 9 du projet de loi, ce montant permettra à la caisse de faire face à un point bas estimé à 1 580 millions d'euros début janvier. Il est précisé 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* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel relatif à l'intitulé de la caisse de retraite du personnel de la RATP.

III - La position de votre commission

Comme elle l'a déjà souligné à plusieurs reprises, votre commission s'interroge sur le montant record du plafond d'emprunt fixé pour le régime général en 2008. Celui-ci devrait, à son sens, être considéré comme une limite, ce qui signifie qu'une décision sur le traitement des déficits accumulés à l'Acoss va devoir être prise au cours des prochains mois.

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 25

(art. L. 162-14-1-1 nouveau et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)

Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires

Objet : Cet article a pour objet de modifier les conditions d'entrée en vigueur des revalorisations tarifaires prévues par les accords conventionnels conclus entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Depuis 1971, les tarifs des actes et prestations réalisés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixés par les conventions nationales organisant les rapports des professions concernées avec l'assurance maladie.

Cette compétence des partenaires conventionnels a fait l'objet de critiques sévères émises par la Cour des comptes qui a estimé dans plusieurs rapports que la « *voie conventionnelle ne s'est pas avérée être un outil de régulation à court terme comme espéré dans le système de 1996. Le fait même que la plus grande partie des professions aient été sous convention pendant la plus grande partie de la période (...) et que, cependant le rythme des dépenses se soit fortement accéléré met cette limite en relief.* ¹»

C'est à juste titre que la Cour des comptes souligne la faible contribution des conventions à la réduction des dépenses de santé. Cette contribution est d'autant plus réduite que les négociations tarifaires engagées par les partenaires conventionnels ne font l'objet d'aucun encadrement financier.

¹ *La sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2003 et septembre 2007.*

En effet, depuis l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, compétents pour approuver ces accords ne peuvent plus s'opposer à l'approbation d'une convention du fait de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie.

Le dérapage de l'Ondam constaté au premier trimestre 2007 a fait apparaître les limites de cette situation.

A la suite du déclenchement de la procédure d'alerte prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, pour un dépassement de l'Ondam 2007 alors évalué à 2,6 milliards d'euros, le Gouvernement et les caisses d'assurance maladie ont dû mettre en place un plan d'économies.

L'annonce de ces mesures, d'un montant de 1,225 milliard d'euros, le 4 juillet 2007 a coïncidé avec l'entrée en vigueur de la revalorisation des honoraires des médecins (passage du tarif de consultation de 21 à 22 euros) négociée par les partenaires conventionnels à l'automne 2006.

Cette revalorisation tarifaire a été critiquée pour deux raisons :

- tout d'abord, elle est venue aggraver les comptes de l'assurance maladie à un moment où le Gouvernement demandait des efforts supplémentaires à l'ensemble des acteurs du système ;

- ensuite, elle est intervenue dans une période où les résultats de la maîtrise médicalisée conventionnelle n'étaient pas conformes aux engagements souscrits. Or, ainsi que la ministre chargée de la santé l'a rappelé lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 4 juillet, il convient d'établir un lien plus étroit entre le respect des objectifs conventionnels et la revalorisation des tarifs de consultations accordée aux professionnels de santé, car ces engagements justifient les revalorisations accordées.

Le présent article propose donc d'encadrer les effets des conventions en matière de fixation des tarifs.

Le paragraphe I insère un article L. 162-14-1-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale qui dispose que toute mesure conventionnelle, ayant pour effet une revalorisation des tarifs et honoraires, rémunérations et frais accessoires, **entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention.**

Cette disposition concerne les conventions signées par les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires d'analyses biomédicales et les transporteurs sanitaires.

Il est également prévu qu'en cas de déclenchement de la procédure d'alerte prévue à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs au cours de l'année est **suspendue**. A défaut d'un amendement

fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur compatible avec les mesures de redressement envisagées par les caisses d'assurance maladie, ces revalorisations ne pourront être mises en œuvre que le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Selon l'exposé des motifs « *il s'agit de mieux prévenir les risques de dépassement de l'objectif de dépenses et, lorsque le risque est avéré, d'éviter d'aggraver le dépassement.* »

Le paragraphe II modifie la rédaction de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale afin d'associer l'Uncam à la préparation des mesures de redressement que les caisses d'assurance maladie doivent proposer après le déclenchement de la procédure d'alerte.

Il prévoit par ailleurs que l'avis rendu chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, par le comité d'alerte, sera transmis à l'Uncam.

Enfin, en cas de déclenchement de la procédure d'alerte, le comité devra également notifier son avis à l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux mesures rédactionnelles, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de fond visant à :

- préciser que la mise en œuvre des revalorisations tarifaires n'est suspendue que lorsque le dépassement de l'Ondam ayant provoqué le déclenchement de la procédure d'alerte, est imputable aux dépenses de soins de ville ;

- prévoir la consultation des partenaires conventionnels avant de suspendre l'entrée en vigueur des revalorisations.

III - La position de votre commission

Bien que ces mesures se traduisent par une réduction des compétences des partenaires conventionnels dont le pouvoir de négociation en matière tarifaire est encadré, votre commission approuve ces mesures qui permettent de renforcer les effets de l'intervention du comité d'alerte en cas de risques sérieux de dépassement de l'Ondam.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 26

(art. L. 162-1-14 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable

Objet : Cet article propose d'élargir la procédure de mise sous accord préalable.

I - Le dispositif proposé

En 2003, une étude de l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (Anaes), aujourd'hui intégrée au sein de la Haute Autorité de santé, a évalué à environ 2 milliards d'euros les économies qui pourraient être obtenues en limitant les actes et traitements inutiles.

Cette analyse a été rendue publique alors que le système des ententes préalables, c'est-à-dire la possibilité de subordonner à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie la couverture des frais engagés par l'assuré, avait été progressivement réduit, y compris dans le secteur dentaire, à l'exception de l'orthodontie.

La loi du 13 août 2004 a réintroduit une procédure de mise sous accord préalable, applicable pour les prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires. Ce mécanisme est actionné lorsque le nombre ou la durée d'arrêts de travail ou de transports sanitaires prescrits par un médecin sont significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même Urcam. Le seuil à partir duquel ces prescriptions sont considérées comme abusives est déterminé au niveau national. Les médecins qui sont mis sous accord préalable sont ceux qui prescrivent quatre fois plus que leurs confrères. A titre d'exemple, les médecins généralistes prescrivent en moyenne 2 200 indemnités journalières par an, mais certains praticiens en prescrivent plus de 10 000.

En 2006 et 2007, 180 médecins généralistes (sur 54 000) auront été mis sous entente préalable. Malgré le petit nombre de médecins concernés, les sommes en jeu sont relativement élevées puisque cette procédure a permis à l'assurance maladie de réaliser une économie de 35 millions d'euros.

Le **paragraphe I** propose d'étendre le principe de cet accord préalable à tous les actes médicaux, ainsi qu'aux prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux.

Selon les termes de l'exposé des motifs, « *la procédure de mise sous accord préalable permet en effet, sans recours à une sanction, un accompagnement des surprescripteurs vers de bonnes pratiques, voire la mise en place d'un dispositif permettant de préserver les intérêts de l'assurance maladie en cas de comportements abusifs.* »

Le **paragraphe II** complète la rédaction de l'article L. 162-1-15 afin de préciser qu'un prescripteur peut se voir appliquer la procédure d'accord préalable si son taux de prescriptions de transports en ambulance, d'actes, produits ou prestations est considéré comme significativement supérieur à la moyenne des prescriptions constatée dans la région.

Le **paragraphe III** précise la rédaction du dernier alinéa du même article L. 162-1-5 afin de préciser que l'accord préalable des caisses d'assurance maladie n'est pas requis en cas d'urgence.

Le **paragraphe IV** complète la rédaction de l'article L. 162-1-14 qui prévoit les sanctions, notamment financières, applicables aux professionnels de santé, assurés, employeurs et établissements de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale. Désormais, faire volontairement obstacle à la procédure d'accord préalable, par une invocation excessive de l'urgence pour s'y soustraire, sera sanctionné.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Le présent article s'inscrit parfaitement dans le développement de la politique de lutte contre les abus et les fraudes souhaitée par le Gouvernement et menée par l'assurance maladie, dont votre commission approuve le principe et les modalités d'exécution.

Dans ses propositions sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2008, remises au Parlement et au Gouvernement, l'Uncam avait demandé un renforcement substantiel du dispositif d'accord préalable.

Le présent article répond à cette demande et s'inscrit dans la continuité des mesures présentées par le Gouvernement, en réponse à la procédure déclenchée au mois de juin dernier après que le comité d'alerte eut constaté un dépassement de l'Ondam 2007 supérieur à 2 milliards d'euros. Le plan d'économies présenté à cette occasion prévoyait en effet 95 millions d'économies au titre de la lutte contre les abus et les fraudes

Votre commission vous propose **deux amendements** visant à étendre le dispositif d'accord préalable à tous les professionnels de santé, d'une part, et aux établissements de santé, d'autre part. Dans ce dernier cas, il s'agit de permettre la mise sous accord préalable des établissements de santé qui ont anormalement facturé ou tarifé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 27

(art. L. 332-5 du code la sécurité sociale)

Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi

Objet : Cet article a pour objet le renforcement de la régulation des dépenses de transports.

I - Le dispositif proposé

Dans son rapport de septembre 2004, la Cour des comptes soulignait que les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie se répartissent entre les transports sanitaires, catégorie qui regroupe les ambulances et les véhicules sanitaires légers, et les transports non sanitaires, effectués en taxi, en transports en commun ou avec un véhicule personnel.

La première catégorie représente environ 75 % des dépenses engagées au titre des dépenses de transports.

Ces dépenses ont connu des taux de progression très élevés au cours des dernières années, 9 % en 2006 et 7,3 % en 2007, confirmant une tendance constatée sur une période plus longue. Leur montant s'élève à 2,257 milliards d'euros en 2006.

L'analyse fait notamment ressortir la croissance très forte des dépenses de taxi, qui représentent 29 % des dépenses totales et progressent de 14 % par an.

La réglementation en vigueur dispose que les frais de transports sont pris en charge sur la base du mode de transport le moins onéreux, au regard de l'état de santé du bénéficiaire. La prise en charge est subordonnée à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale motivant le déplacement.

Le recours au taxi, s'il est justifié médicalement, ne fait l'objet que d'un très faible encadrement. La prise en charge de ces frais ne fait l'objet d'aucune obligation. La loi ne prévoit qu'une convention facultative négociée entre les caisses d'assurance maladie et les entreprises de taxi. Par ailleurs, les assurés peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de frais.

Les tarifs des taxis sont fixés par référence à des arrêtés ministériels. Ils sont aujourd'hui supérieurs à ceux des véhicules sanitaires légers. Selon la Cour des comptes, cette situation a vraisemblablement contribué à la hausse plus rapide des transports en taxi puisqu'une même entreprise peut disposer des deux types de véhicules et aura donc tendance à privilégier le mode qui lui est le plus rentable.

Le **paragraphe I** propose de modifier la rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale afin de mieux encadrer la prise en charge des transports assurés par les taxis.

Dorénavant, celle-ci ne sera effective que si l'entreprise a préalablement conclu une convention avec la caisse locale d'assurance maladie.

Cette convention, conforme à un contrat-type approuvé par le directeur général de l'Uncam, fixe les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais. La convention peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable.

Le **paragraphe II** fixe les modalités de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions. Elles prendront effet six mois après la date de publication de la présente loi, un délai nécessaire pour permettre aux partenaires locaux (caisses primaires d'assurance maladie et entreprises de taxis) de conclure les conventions nécessaires à la prise en charge des frais de transports. Les conventions conclues sur les fondements de la rédaction antérieure de l'article L. 325-5 prendront fin à cette date.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant, outre l'amélioration rédactionnelle du texte, à :

- prévoir que les organisations syndicales seront consultées pour la rédaction de la convention type ;
- fixer à cinq ans la durée de cette convention.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette évolution de l'encadrement des dépenses de transports. Elle souligne que, outre cet article, le projet de loi de financement comporte plusieurs dispositions de même inspiration, comme l'extension de l'accord préalable à l'ensemble des prescriptions médicales et l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge des transports prescrits à l'hôpital.

Elle considère que la réduction du déficit de l'assurance maladie nécessite la révision des modalités d'encadrement de tous les postes de dépenses afin de s'assurer du respect des règles existantes et de procéder, si nécessaire, à un ajustement des modalités de prise en charge. Cette démarche a déjà été entreprise avec succès depuis 2003 pour les indemnités journalières : elle a permis d'optimiser la prise en charge des assurés et de lutter contre les abus ou les fraudes. Le présent article s'inscrit dans la même logique.

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

Article 28

(art. L. 1111-3 du code de la santé publique)

**Amélioration de l'information des assurés et du contrôle
des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires**

Objet : Cet article vise à améliorer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

Le code de la santé publique dispose que toute personne a droit, à sa demande, à une information sur le coût d'un acte et sur les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ces dispositions concernent aussi bien les actes médicaux et chirurgicaux que dentaires ou optiques.

Un arrêté du 11 juin 1996 fixe les obligations que les professionnels de santé doivent remplir pour satisfaire cette exigence.

L'obligation d'affichage des tarifs dans la salle d'attente des médecins libéraux

Les médecins libéraux doivent afficher, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente, les indications suivantes :

1) Leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non), y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle et leur droit à dépassement permanent ;

2) Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des prestations sanitaires suivantes, lorsqu'elles sont couramment pratiquées par le praticien : consultation, visite à domicile, indemnité de nuit et de dimanche ;

3) Pour les praticiens qui n'effectuent pas couramment les prestations visées à l'alinéa 2, les fourchettes d'honoraires d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées par le praticien ;

4) Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont réglementés, les phrases : « Pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixes par la réglementation. Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence exceptionnelle du patient, de temps et de lieu ; dans ce cas, votre médecin vous donnera toutes les informations sur les honoraires demandés. ».

5) Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont libres, les phrases : « Pour tous les actes, sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer » ;

6) Pour les praticiens non conventionnés, les phrases : « Pour tous les actes, sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des tarifs d'autorité. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer. ».

Source : article premier de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux.

Le présent article propose de compléter les obligations d'information des assurés pesant sur les professionnels de santé, pour traduire les conclusions de deux rapports émanant l'un de l'inspection générale des affaires sociales, l'autre du Hcaam, et pour tenir compte d'une enquête menée par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) :

- les travaux menés par l'Igas révèlent que le montant des dépassements d'honoraires a doublé en valeur réelle entre 1990 et 2005. En 2005, le montant des sommes demandées au-delà du tarif de remboursement de la sécurité sociale s'est élevé à près de 2 milliards d'euros (sur les 18 milliards d'euros d'honoraires totaux), dont les deux tiers sont demeurés, après intervention des mutuelles complémentaires, à la charge du patient. L'Igas souligne que cette pratique est restée contenue chez les généralistes, mais est devenue majoritaire chez les spécialistes. Il en résulte des inégalités d'accès aux soins, renforcées par la grande diversité des niveaux de prise en charge de ces dépassements par les assureurs complémentaires. Le rapport conduit à la nécessité d'une meilleure information des patients et d'un encadrement des dépassements, allant de leur simple limitation à leur suppression totale ou partielle¹ ;

- le Hcaam a également fait part de son inquiétude face à la pratique de plus en plus fréquente des dépassements d'honoraires. Il rappelle que les tentatives d'encadrement des dépassements tarifaires ébauchées par les acteurs conventionnels en 1989 et 1990 ont échoué ; il indique que ces dépassements sont pratiqués, le plus souvent, lors d'actes techniques, parfois lourds, et qu'ils ne sont pas l'apanage des professionnels de santé libéraux puisqu'ils sont aussi pratiqués, sous certaines conditions, par des praticiens hospitaliers² ;

- l'enquête de la DGCCRF révèle un net recul du respect des obligations d'affichage par rapport aux observations faites en 2000. Cette dégradation serait générale, et non imputable à un groupe de médecins en particulier³.

¹ Igas, les dépassements d'honoraires médicaux, avril 2007.

² Note sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux, mai 2007.

³ Compte rendu de l'enquête relative à l'information du consommateur sur les honoraires pratiqués par les médecins libéraux, note d'information n° 2006-98, avril 2006.

En conséquence, le **paragraphe I** complète la rédaction de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique afin de préciser qu'un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale fixe le tarif remboursable des actes au-delà desquels une information écrite préalable, précisant les actes effectués, la nature et le montant du dépassement facturé, doit être obligatoirement remise par le professionnel à son patient.

Le **paragraphe II** précise la rédaction de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale afin que les caisses d'assurance maladie puissent veiller à ce que les dépassements d'honoraires soient pratiqués par les professionnels de santé « avec tact et mesure », conformément aux dispositions de l'article 53 du code de déontologie médicale et à l'article 4.3 de la convention médicale du 12 janvier 2005.

Le **paragraphe III** prévoit que le fait d'avoir exposé les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure est passible des sanctions financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant, outre l'amélioration rédactionnelle, à :

- renforcer l'obligation d'affichage des tarifs pesant sur les professionnels de santé ;

- imposer aux praticiens exerçant en secteur 2 de transmettre un relevé semestriel de leur activité aux caisses ;

- contraindre les praticiens exerçant en secteur 2 à pratiquer les tarifs opposables pour une partie de leur activité.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable au renforcement des obligations de transparence des informations transmises au patient.

Elle propose toutefois **deux amendements** visant à :

- supprimer l'obligation faite aux professionnels exerçant en secteur 2 d'adresser un bilan semestriel de leur activité aux caisses. Cette transmission lui semble inutile, puisque les caisses reçoivent déjà les feuilles de soins se rapportant à chaque acte ou prestation ;

- supprimer l'obligation faite à ces mêmes professionnels de pratiquer une partie de leur activité en secteur 1. La convention régissant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie les autorise à pratiquer les tarifs opposables sous certaines conditions. La commission considère que ce choix doit demeurer du ressort de chaque praticien.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 28 bis

(art. L. 4311-1 du code de la santé publique)

Possibilité pour les infirmiers de pratiquer la vaccination

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'autoriser les infirmières et infirmiers à pratiquer certaines vaccinations sans prescription médicale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie, conclue le 22 juin 2007, évoque la possibilité de favoriser la participation de cette profession de santé à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé.

La convention propose que, dans un premier temps, cette démarche s'engage dans le cadre de la vaccination grippale, hors primo-injection. Les parties signataires ont souhaité rendre ce dispositif opérationnel dès la campagne 2007, ce qui suppose une modification de la législation qui n'autorise pas les infirmières et infirmiers à pratiquer la vaccination hors de la responsabilité d'un médecin. Cette mesure figure dans les propositions sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2008 transmises par l'Uncam au Parlement et au Gouvernement.

Le présent article propose de mettre en place ce dispositif en accordant aux infirmiers le droit d'effectuer des vaccinations sans prescription médicale. La première injection du vaccin devra toutefois continuer à être prescrite par un médecin afin qu'il détermine si l'état de santé du patient est compatible avec la vaccination, notamment sur le plan allergique.

Un décret en Conseil d'Etat précisera la liste et les conditions de réalisation de ces vaccinations.

II - La position de votre commission

Votre commission considère que cette mesure va dans le sens d'une valorisation du rôle des infirmières et infirmiers libéraux. Elle permettra également de réduire le coût des campagnes vaccinales menées par l'assurance maladie. Cette disposition répond d'ailleurs à une recommandation formulée dans un récent rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) consacré à la politique vaccinale.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 29

(art. L. 161-37 et L. 161-38 du code de la sécurité sociale)

**Prise en compte du critère médico-économique dans les avis
et recommandations de la Haute Autorité de santé**

Objet : Cet article a pour objet de compléter les compétences de la Haute Autorité de santé en l'autorisant à émettre des avis et recommandations d'ordre médico-économique.

I - Le dispositif proposé

Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé (HAS) est une instance d'expertise scientifique. Elle constitue un élément important de la nouvelle organisation sanitaire puisque son rôle est d'éclairer les pouvoirs publics sur les décisions de remboursement des produits et services médicaux et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

La création de cette instance avait été recommandée par le Hcaam qui avait souligné la nécessité de « *structurer davantage le fonctionnement du système de soins, d'éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse* »¹.

Pour accomplir sa mission, la HAS a repris les missions exercées par la commission de la transparence et la commission d'évaluation des produits et prestations, du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique ainsi que, à l'initiative du Sénat, celles de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

Ce regroupement permet à la HAS de disposer d'une vision globale du système de santé puisqu'elle est chargée :

- de l'évaluation du service rendu des produits, médicaments et dispositifs ;
- de la certification des établissements de santé, des réseaux de soins et des centres de santé ;
- de la diffusion de l'information médicale, de la certification des sites Internet santé et des logiciels de prescription ;
- de la publication de recommandations relatives à la définition et à la prise en charge des affections de longue durée ;
- de la définition des dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles.

A l'exception des activités de certification qu'elle est chargée de mettre en œuvre, la HAS contribue donc à l'optimisation du système de soins par l'intermédiaire de ses avis et recommandations. Elle peut également être

¹ *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2004.*

consultée, notamment par l'Uncam, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou d'une catégorie de produits ou prestations.

Le présent article propose de l'autoriser à **émettre des avis et recommandations médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.**

Cette disposition permet de clarifier les compétences de la HAS puisque les dispositions antérieures ne précisaient pas clairement sa capacité à se prononcer sur la dimension économique des sujets qu'elle abordait.

Auditionné par la commission des affaires sociales¹, le président de la HAS a indiqué qu'un groupe de travail a été mis en place pour réfléchir à un modèle d'évaluation médico-économique. Les avis et recommandations qui seront émis dans ce cadre devront s'intégrer dans une stratégie globale d'amélioration du système d'assurance maladie. Toutefois, cette évolution des compétences de la HAS ne devrait pas modifier les modalités de travail et le rôle de la commission de la transparence et de la commission d'évaluation des produits et prestations chargés.

Ces éléments rejoignent le constat du Hcaam : *« la recherche de l'efficacité médico-économique ne consiste pas à retenir un acte ou un produit qui ferait faire des économies au système, une telle situation ne se rencontre d'ailleurs que de manière exceptionnelle. L'approche de l'efficacité consiste en général à comparer pour différentes modalités alternatives les suppléments d'utilité ou de surcoûts résultants et à retenir la modalité qui présente le meilleur bilan médico-économique. Une telle approche, pour être transparente, nécessite par ailleurs de mettre en évidence et de clarifier dans les décisions prises, les critères médicaux, sociaux ou économiques retenus. »*²

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a précisé que la HAS doit veiller à ce que les logiciels de prescription dont elle assure la certification informent les professionnels de santé utilisateurs du coût de la prescription qu'ils délivrent.

III - La position de votre commission

Votre commission rappelle que, parmi toutes les structures nouvelles créées par la loi du 13 août 2004, la HAS est celle qui a été installée le plus rapidement et qu'elle a su faire la preuve de son indépendance à plusieurs occasions, notamment lorsqu'elle a proposé le déremboursement de 245 médicaments à service médical rendu insuffisant.

¹ Cf. *compte rendu de l'audition de Laurent Degos, président du collège, et François Romaneix, directeur de la HAS - Tome II - Assurance maladie, p. 54.*

² *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2004.*

Le présent article permettra désormais à la HAS de se prononcer sur l'impact médico-économique des stratégies de soins et d'éclairer ainsi les décisions du Gouvernement et de l'Uncam.

Elle rappelle que les critères d'appréciation utilisés par la commission de la transparence, chargée d'évaluer, indication par indication, le service médical rendu par un médicament (SMR), ainsi que l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le même médicament, pour motiver ses avis sont fixés par voie réglementaire. Elle souligne que le présent article ne modifie pas la place de la commission de la transparence au sein de la HAS et qu'en conséquence, l'adoption de ces dispositions ne modifiera pas, en l'état, les critères d'admission au remboursement des médicaments.

Enfin, votre commission propose **trois amendements** se rapportant aux compétences de la HAS en matière de médicaments et dispositifs médicaux, visant :

- la création d'une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments ;

- la création d'une banque de données administratives et scientifiques sur les dispositifs médicaux.

Cette base publique a été prévue une première fois par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 mais ce projet n'a pas été mené à son terme. Or, une telle base est indispensable pour délivrer aux professionnels de santé une information publique, indépendante de l'industrie pharmaceutique et gratuite ;

- à faire figurer les indications thérapeutiques fournies par la commission de la transparence, et notamment celles relatives à la posologie, sur les prescriptions rédigées par les médecins. Cette référence à la posologie pourrait constituer utilement une condition limitative de prise en charge dans certains traitements comme ceux relatifs à la toxicomanie.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 bis
(art. L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale)
**Application de sanctions en cas de non-réalisation
d'une étude post-AMM**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que la non-réalisation d'études post-AMM commandées par les autorités sanitaires est passible de sanctions.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Sénat, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu que le comité économique des produits de santé (CEPS) détermine les conditions dans lesquelles sont menées les études pharmaco-épidémiologiques postérieures à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

Ces études, dites post-AMM, doivent permettre d'étudier les effets d'un médicament après sa commercialisation.

Cet objectif peut paraître surprenant dès lors que l'autorisation de mise sur le marché d'un produit de santé n'est délivrée qu'après une analyse de sa balance bénéfico-risque et que la décision de remboursement survient après analyse du service médical rendu.

Mais le recours à de telles études se justifie par le fait que la décision de mise sur le marché ne porte pas sur l'impact du médicament sur la santé publique mais uniquement sur la qualité du produit évaluée à partir de recherches expérimentales menées sur des échantillons réduits de population.

Les études post-AMM visent donc à apporter des éléments de réponse aux interrogations sur les conditions réelles de prescription et d'utilisation du médicament (caractéristiques du prescripteur et des patients, traitements choisis, durée du traitement, respect des référentiels et des recommandations de bonne pratique), sur la comparaison des résultats observés en conditions réelles de prescription et d'utilisation par rapport aux données des essais thérapeutiques et sur les risques non étudiés ou tardifs qui pourraient apparaître lors de l'utilisation d'un médicament.

La méthodologie retenue pour mener à bien ces études repose sur de nouveaux essais cliniques, ainsi que sur l'observation et l'exploitation de données recueillies par les bases de données informatisées, notamment celles de l'assurance maladie.

Le résultat de ces études peut se traduire par une modification des indications retenues pour le remboursement du produit ou par une modification du prix du médicament. Enfin, il peut avoir une conséquence sur l'AMM si l'étude démontre un risque qui s'avère plus important que prévu.

Selon les statistiques disponibles, 131 études post-AMM ont été commandées depuis 1997 et seules sept d'entre elles ont été menées à leur terme.

Le présent article propose donc d'autoriser le CEPS à **sanctionner les entreprises pharmaceutiques en cas de non-réalisation d'une étude commandée par les autorités sanitaires**. Ces sanctions consisteront en une baisse du prix du médicament concerné.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette disposition qui s'inscrit dans le prolongement des travaux de la mission d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments qu'elle a menés l'an dernier¹.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 30

*(art. L. 162-12-21 nouveau, L. 162-5 et L. 162-5-1 nouveau
du code de la sécurité sociale)*

Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés

Objet : Cet article vise à permettre aux organismes locaux d'assurance maladie de conclure des contrats individuels avec les médecins libéraux et aménager le champ de la convention nationale des médecins.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** propose d'introduire un article L. 162-12-21 nouveau dans la section II-2 (« *accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins* »), du chapitre II (« *dispositions générales relatives aux soins* ») du titre VI (« *dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales* ») du livre I^{er} (« *généralités - dispositions communes à tout ou partie des régimes de base* ») du code de la sécurité sociale.

Il crée une nouvelle catégorie de contrats pouvant être conclus entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins. Ce dispositif déroge aux règles existantes en matière de contractualisation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

¹ Cf. Rapport d'information « *Médicament : restaurer la confiance* » de Marie-Thérèse Hermange et Anne-Marie Payet, au nom de la commission des affaires sociales, Sénat n° 382 (2005-2006).

En effet, le code de la sécurité sociale connaît deux types de relations entre les caisses et les médecins. Le premier est fondé sur l'adhésion à la convention nationale négociée entre l'Uncam et les syndicats représentatifs des médecins. L'article L. 162-5 énumère les compétences des partenaires conventionnels. Il définit notamment les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins et les conditions d'exercice de la médecine. L'article L. 162-14-1 précise, quant à lui, que les partenaires conventionnels sont compétents pour fixer les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux.

Cette convention est complétée par un ou plusieurs accords de bon usage de soins (Acbus), des contrats de bonne pratique conclus par les partenaires conventionnels aux niveaux national ou régional ainsi que des contrats de santé publique. L'objectif principal de ces mesures est de déterminer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les Acbus font l'objet d'une adhésion collective de la part de la profession tandis que les autres contrats font l'objet d'une adhésion individuelle. Ces contrats peuvent comporter, en contrepartie des engagements qu'ils prévoient, un complément forfaitaire de rémunération.

Le dispositif prévu par le présent article s'inscrit dans une logique différente. Un contrat type sera élaboré par l'Uncam, sans consultation des partenaires conventionnels. Ce contenu est encadré par la loi : il pourra comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, les actions de prévention ou encore la coordination et la permanence des soins, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

Ce contrat type sera soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres se voient reconnaître la faculté de suspendre l'application de ces contrats pour des motifs de santé publique ou lorsque les effets de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

Selon l'exposé des motifs, ces contrats doivent « *permettre aux médecins qui souhaitent aller plus loin de s'engager sur des objectifs individualisés de leurs pratiques* ».

Auditionné par la commission, le directeur général de l'Uncam a précisé que ces contrats porteront en priorité sur des objectifs de santé publique¹.

Il semble que l'ambition finale de ces contrats soit d'instiller une nouvelle forme de rémunération des médecins inspirée, toutes choses égales par ailleurs, du « *Pay for performance* » proposé depuis 1977 aux médecins du *National Health Service britannique*. Par l'intermédiaire de ce nouveau mode

¹ Cf. audition de Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam - PLFSS pour 2008 - Tome II - Assurance maladie - p. 41.

de contractualisation, les médecins français pourront percevoir une rémunération mixte, dont la base sera toujours constituée par le paiement à l'acte après chaque consultation et qui sera complétée par des éléments forfaitaires versés en fonction des engagements souscrits. Il faut souligner que d'autres compléments de rémunération sont d'ores et déjà versés par l'assurance maladie, comme le forfait annuel de 40 euros pour la prise en charge des malades atteints d'une affection de longue durée.

Le **paragraphe II** complète l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale qui précise le champ de négociations conventionnelles. Désormais, les engagements de maîtrise médicalisée conclus entre les médecins et les caisses d'assurance maladie pourront également porter sur des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique, c'est-à-dire des produits pour lesquels existent une spécialité de référence et des médicaments génériques.

Le **paragraphe III** insère un article L. 162-5-1 nouveau dans le même code de la sécurité sociale afin de modifier la rédaction des engagements conclus entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Jusqu'à présent, les accords de maîtrise médicalisée conventionnelle exprimaient leurs objectifs d'économies en millions d'euros ; c'est ainsi que les médecins s'étaient engagés à 988 millions d'économies en 2005, 791 en 2006 et 623 en 2007.

Afin de neutraliser les variations de prix, par exemple les baisses de prix sur les médicaments, qui sont indépendantes de l'action des médecins, ces engagements seront désormais exprimés en volume.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois améliorations rédactionnelles, l'Assemblée nationale a apporté trois modifications au texte, afin de :

- étendre aux centres de santé la possibilité de signer des contrats avec les caisses primaires d'assurance maladie ;

- prévoir que l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) est saisie pour avis sur le contrat type élaboré par l'Uncam ;

- prévoir que les organisations signataires de la convention médicale sont saisies pour avis sur ce même contrat type.

III - La position de votre commission

Votre commission souligne que le dispositif prévu par le présent article ne s'apparente pas à l'option référente des généralistes créée par la convention médicale du 12 mars 1997.

L'objectif de cette mesure conventionnelle était bien d'améliorer les soins par une meilleure prise en charge des patients par les professionnels de santé et par un mode de rémunération distinct du paiement à l'acte. Toutefois, une différence notable existe entre ces deux formules : si le médecin référent recevait une rémunération forfaitaire en fonction du nombre de patients inscrits auprès de son cabinet, les nouveaux contrats prévoient expressément un lien entre les objectifs souscrits et le versement d'une rémunération complémentaire. Il s'agit donc d'un dispositif distinct, reposant sur une logique propre.

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

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

Objet : Cet article prévoit d'autoriser les missions régionales de santé à expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de la permanence des soins.

I - Le dispositif proposé

La rémunération des professionnels de santé repose aujourd'hui sur le paiement direct des honoraires par le malade. Ce mode de paiement est considéré comme l'un des principes fondateurs de la médecine libérale au même titre que le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription et la liberté d'installation. Ces principes sont reconnus par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

Le principe du paiement à l'acte connaît pourtant des exceptions. La convention médicale de 2005 prévoit que le médecin traitant touche un forfait de 40 euros annuels pour chaque patient suivi souffrant d'une ALD. Les indemnités versées au titre de la permanence des soins s'apparentent également à une rémunération forfaitaire.

Ces dérogations au principe du paiement à l'acte demeurent marginales. Selon une étude réalisée par le Hcaam, ces formes de rémunération représenteraient 210 millions d'euros en 2005, soit à peine plus de 1 % des honoraires perçus par les professionnels de santé libéraux¹.

¹ Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), mai 2007.

Toutefois, le recours au paiement à l'acte n'est pas toujours adapté au suivi des patients les plus âgés, ni à la prise en charge de certains patients, le forfait versé pour la prise en charge des ALD en témoigne.

Par ailleurs, un nombre croissant de professionnels de santé souhaite la mise en place de nouvelles modalités de rémunérations susceptibles de favoriser une meilleure prise en charge des patients.

Le paragraphe I propose donc de mener, pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2008, une expérimentation portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des centres de santé.

Les modes de rémunération expérimentés pourront compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Ils seront versés sur le fondement d'une analyse quantitative et qualitative de l'activité réalisée par les professionnels et les centres de santé concernés.

Cette expérimentation pourra déroger aux règles conventionnelles régissant habituellement les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, et fixant notamment la rémunération des actes accomplis par ceux-ci, ainsi qu'au principe du paiement à l'acte.

Elle pourra porter sur les actes de médecine, de chirurgie, de soins dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de transports, des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive, y compris dans le domaine bucco-dentaire, ainsi que sur les frais pharmaceutiques.

Il pourra également être dérogé aux règles fixant les conditions de la participation de l'assuré. Cette disposition soulève néanmoins un certain nombre d'interrogations notamment sur l'application des dispositions prévues au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (participation forfaitaire d'un euro) ou sur la perception des franchises dues au titre de la participation des assurés aux frais de transports sanitaires ou des consultations paramédicales, prévues par l'article 35 du présent projet de loi de financement.

Enfin, alors que les contrats individuels prévus à l'article 30 du texte sont conclus entre les médecins et les caisses primaires d'assurance maladie, les modalités de rémunération développées dans le cadre de cette expérimentation font l'objet d'**une convention entre les missions régionales de santé et les professionnels de santé volontaires.**

Cette rémunération sera financée grâce à des crédits délégués par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs).

Le paragraphe II propose également de mettre en œuvre, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période qui n'excédera pas cinq ans, une expérimentation destinée à développer de nouvelles modalités d'organisation et de rémunération de la permanence des soins.

Cette expérimentation s'inscrit dans un contexte particulier dû, pour une part, aux difficultés anciennes d'organisation de la permanence des soins sur certaines parties du territoire et, pour une autre part, à l'impact des évolutions démographiques attendues sur le nombre de médecins en activité.

A la suite de plusieurs mouvements de grève des gardes des médecins généralistes en 2001 et 2002, la permanence des soins ambulatoires a fait l'objet de plusieurs aménagements réglementaires et législatifs en 2003, 2005 et 2006.

La permanence des soins revêt désormais le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux, sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20 heures à 8 heures en semaine et du samedi 12 heures au lundi 8 heures. Elle est organisée au niveau départemental, sous l'autorité du préfet. La rémunération des astreintes effectuées par les médecins libéraux est prise en charge par l'assurance maladie. Le montant de cette rémunération est fixé par la convention médicale organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins.

Cinq rapports publiés entre 2006 et 2007 ont souligné les dysfonctionnements du dispositif actuel, considéré comme peu efficace, en raison d'un pilotage trop complexe et d'un financement dispersé.

Le dernier rapport publié sur ce thème recommande de mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents¹.

L'expérimentation proposée par le présent article a pour objectif de développer de nouvelles formes de rémunération de la permanence des soins.

Les missions régionales de santé (MRS) volontaires pourront fixer dans le cadre de cette expérimentation le montant et les modalités de rémunération forfaitaire des médecins assurant la permanence des soins. Elles pourront également financer les maisons médicales de garde, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

Ces expérimentations seront financées par l'intermédiaire d'une dotation du Fiqcs, dont la gestion est assurée au niveau régional par les services des Urcam.

Les MRS seront chargées de réaliser une évaluation annuelle de ces expérimentations.

Le paragraphe III complète l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le champ de compétences des MRS et de leur permettre de conduire des expérimentations.

¹ *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Jean-Yves Grall, rapport remis au ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, août 2007.*

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre dix amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant à :

- permettre aux centres de santé de participer à l'expérimentation ;
- prévoir la consultation de l'Urcam et de l'Unocam ;
- permettre à l'expérimentation de proposer des modes de rémunération se substituant aux paiements par forfait prévus par la convention médicale ;
- prévoir la consultation du conseil national de l'ordre des médecins.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable aux développements de ces expérimentations visant à développer de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de la permanence des soins.

Elle souhaite également que soient coordonnées les conditions dans lesquelles seront mis en œuvre, d'une part, les contrats individuels proposés par la Cnam au titre de l'article L. 162-12-21, d'autre part, les rémunérations complémentaires versées au titre de l'expérimentation menée par les MRS sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Le cahier des charges de cette expérimentation doit être rédigé de manière à éviter l'apparition d'effets d'aubaine.

Par ailleurs, consciente de la nécessité d'anticiper les évolutions démographiques attendues dans les différentes professions de santé, elle proposera **six amendements**, dont un rédactionnel, destinés à :

- définir le statut des maisons de santé ;
- permettre à ces maisons de participer à l'expérimentation ici présentée sur les modalités de rémunération des professionnels de santé ;
- autoriser, à titre expérimental, ces maisons à conclure des accords et contrats (accord de bon usage, contrat de bonne pratique, contrat de santé publique) avec l'assurance maladie ;
- associer les gestionnaires du Fiqcs à la définition du cahier des charges de l'expérimentation envisagée par la permanence des soins ;
- accorder la personnalité juridique aux MRS.

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

Article 31 bis

(art. L. 161-35 du code de la sécurité sociale)

**Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas
une transmission électronique de leurs actes**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, crée une contribution forfaitaire à la charge des professionnels de santé qui utilisent encore les feuilles de soins « papier ».

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les feuilles de soins électroniques (FSE) font partie du nouveau système de remboursement des soins de santé mis en place depuis 1998 par la Cnam. Les FSE remplacent les traditionnelles feuilles de soins papier. Elles sont élaborées sur ordinateur, par les médecins, avec la carte Vitale du patient. Ce document électronique a la même valeur qu'une pièce justificative en papier. Les FSE sont ensuite transférées aux organismes d'assurance maladie, afin d'assurer le remboursement du patient.

Afin de promouvoir ce recours à la télétransmission, l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avait prévu des sanctions. Les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, sans utiliser de FSE, étaient dans l'obligation d'acquitter une contribution forfaitaire aux frais de gestion. Le montant de cette sanction, déterminé par feuille de soins papier, devait être fixé par arrêté. Or, depuis onze ans, le Gouvernement n'a pas publié cet arrêté.

Le paragraphe I propose de transférer cette compétence, du Gouvernement vers les partenaires conventionnels. Pour fixer le montant de cette contribution, ces derniers devront tenir compte du volume de soins papier et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels concernés.

Le paragraphe II précise que les partenaires conventionnels disposent d'un délai de douze mois pour mettre en œuvre ce dispositif.

II - La position de votre commission

Votre commission s'interroge sur l'opportunité de mettre en œuvre de telles dispositions, qui plus est pour un problème qui est déjà en voie de résolution : le nombre de professionnels de santé ayant recours aux feuilles de soins électroniques est aujourd'hui supérieur à 80 %. De plus, un simple arrêté du Gouvernement peut mettre en œuvre cette disposition s'il l'estime utile.

Elle considère d'ailleurs que le recours à la voie réglementaire, prévu depuis dix ans, serait sans aucun doute plus rapide et moins coûteux que le transfert de cette compétence aux partenaires conventionnels.

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

Article 32

*(art. L. 162-12-2, L. 162-9, L. 162-12-9 et L. 162-47
du code de la sécurité sociale,
L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles)*

Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

Objet : Cet article vise à inciter plusieurs professions de santé à définir de nouveaux moyens pour remédier à leur inégale répartition sur le territoire. Il précise également les compétences des missions régionales de santé.

I - Le dispositif proposé

Le 22 juin dernier, les infirmiers et infirmières libéraux ont conclu avec l'assurance maladie un protocole relatif à la régulation des installations.

Ce protocole est motivé par le fait qu'ils constituent l'une des professions de santé pour laquelle les écarts de densité observés entre les départements sont parmi les plus importants (1 à 7). Ce déséquilibre comporte des incidences en termes d'accès aux soins pour la population.

Les partenaires conventionnels ont donc souhaité, sur la durée de la convention, rééquilibrer la répartition géographique de ces professionnels.

Toutefois, la mise en œuvre d'un tel dispositif outrepassé les compétences qui leur sont déléguées. Ils ont donc entamé des démarches auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir l'adaptation des mesures législatives et réglementaires qui encadrent les relations conventionnelles. Cette évolution est cohérente avec les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie dont l'article premier dispose que les professionnels de santé et les régimes d'assurance maladie « *veillent à la répartition homogène de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire* »¹.

Cet accord a été cité en exemple par le Président de la République qui, lors d'une intervention le 18 septembre 2007, a déclaré qu'« *en matière de démographie médicale, il faut au minimum s'inspirer des négociations entre l'assurance maladie et les infirmières* »².

¹ Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

² A l'occasion du 40^e anniversaire de l'association des journalistes de l'information sociale.

Dans ce contexte, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 présente deux articles visant à inciter les partenaires conventionnels à définir de nouveaux instruments permettant d'assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Le premier (article 32) concerne notamment les infirmiers, le second (article 33) les médecins.

Le paragraphe I du présent article modifie les règles applicables aux infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux afin de leur permettre de déterminer les conditions et les modalités de leur conventionnement dans le cadre des relations conventionnelles qu'ils entretiennent avec l'assurance maladie.

Il répond ainsi à la demande exprimée par les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, et étend le bénéfice de ce dispositif à d'autres professions de santé précédemment énumérées. Il s'agit d'une évolution législative importante. En effet, jusqu'à présent le conventionnement est quasiment automatique puisqu'en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les règles conventionnelles sont applicables aux professionnels de santé *« tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions »*.

Désormais, les modalités de conventionnement pourront être modulées selon les zones de recours aux soins ambulatoires définies par les missions régionales de santé (MRS).

Le paragraphe II propose une nouvelle rédaction du 1° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale qui détermine les compétences des missions régionales de santé (MRS).

Créées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les MRS sont constituées entre l'ARH et les Urcam pour exercer les compétences conjointes à ces deux structures.

Leur mission principale consiste à définir les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé exerçant à titre libéral. C'est précisément ce à quoi elles ont procédé en 2005-2006.

Or, la Cour des comptes a constaté que *« le zonage réalisé par les MRS s'avère hétérogène car les méthodes utilisées ont différé en fonction des régions. Cette situation pose problème car le classement des zones est opposable aux partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans ces zones déficitaires »*¹.

¹ La sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2007.

Le texte propose donc de modifier les compétences des MRS en matière de zonage, d'une part, pour tenir compte de ces critiques, d'autre part, pour leur confier, dans le prolongement des nouvelles compétences attribuées aux partenaires conventionnels, la tâche de **répertorier les zones sous-médicalisées ou surdotées**.

Afin d'assurer l'homogénéité des zonages, la méthodologie à suivre est désormais encadrée par la loi. Ces zones sont déterminées en tenant compte des critères démographiques, géographiques, d'activités économiques et d'existence d'infrastructures de transports : l'étude de la répartition des professionnels de santé sera établie à partir des bassins de vie¹.

S'agissant des médecins, des zones distinctes seront établies pour les médecins généralistes et spécialistes et, le cas échéant, en fonction des tarifs pratiqués. Cette distinction s'explique par le rôle joué par chaque catégorie de médecins : les généralistes assurent la prise en charge des soins de premier recours, ils doivent donc être accessibles plus facilement pour les malades et être présents sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, dans un souci d'homogénéisation de ces recensements, ces travaux seront soumis à l'approbation du directeur général de l'Uncam et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Auparavant, chaque MRS aura recueilli l'avis des représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés.

Ce recensement sera révisé tous les cinq ans.

Le paragraphe III prévoit de renforcer l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médicosociale au niveau régional. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, établi par le préfet de région, devra donc tenir compte non seulement des établissements et services médicosociaux mais également de la densité en infirmiers, afin que les conditions d'implantation des nouveaux services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) prennent en compte la présence des infirmiers libéraux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté une nouvelle rédaction du paragraphe I pour tenir compte du protocole conclu entre la ministre chargée de la santé et les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine et de jeunes médecins pour mettre fin à leur mouvement de grève.

¹ La délimitation d'un bassin de vie correspond à des zones d'activités homogènes reposant sur des besoins locaux et structurés à partir du flux migratoire quotidien de la population et de la capacité d'attraction des équipements et services publics et privés (définition donnée par le comité interministériel à l'aménagement du territoire).

Cette nouvelle rédaction ne concerne que les infirmiers. Elle prévoit que les partenaires conventionnels décident des mesures d'adaptation, notamment incitatives, susceptibles d'être appliquées afin de favoriser une meilleure répartition des infirmiers dans les zones définies par les MRS.

Innovation importante, les organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers seront consultées avant la conclusion de ces négociations conventionnelles.

III - La position de votre commission

Votre commission a récemment souligné que les mesures incitatives mises en œuvre pour favoriser une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé n'ont jusqu'à présent pas produit beaucoup d'effets¹.

Deux raisons peuvent expliquer leur faible impact : d'une part, le caractère très récent de la plupart de ces dispositions, d'autre part, l'absence d'une véritable politique de diffusion de l'information à l'intention des étudiants et des jeunes diplômés des professions concernées.

Aujourd'hui, plusieurs institutions (académie de médecine, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ...) estiment que cette « *politique de moindre contrainte* » est insuffisante devant l'ampleur du problème. Le protocole conclu entre les infirmiers et infirmières libéraux et l'assurance maladie semble indiquer que les professionnels de santé eux-mêmes sont ouverts à l'idée d'expérimenter de nouveaux dispositifs.

La nouvelle rédaction de cet article, dont votre commission approuve l'objectif, propose, dans le respect du principe de la liberté d'installation, que les partenaires conventionnels puissent moduler les mesures d'adaptation, notamment incitatives, en fonction des zonages réalisés par les MRS.

Elle présente sur ce point **deux** amendements, l'un de précision rédactionnelle, et l'autre pour prévoir la consultation des régions et départements concernés lors de la détermination des zonages réalisés par les MRS.

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

¹ *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information de Jean-Marc Juilhard au nom de la commission des affaires sociales, Sénat n° 14, (2007-2008).*

Article 32 bis

(art. L. 162-9 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale)

**Répartition géographique des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes
et des auxiliaires médicaux sur le territoire**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à inciter les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux à définir de nouveaux instruments permettant de remédier à leur inégale répartition sur le territoire, dans le cadre des accords conventionnels conclus avec l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans le texte initial du projet de loi de financement, l'article 32 réunissait des dispositions relatives aux infirmiers, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux, précisant les compétences des partenaires conventionnels en matière de détermination des conditions et modalités du conventionnement.

Lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a souhaité que ces dispositions fassent l'objet de deux articles distincts : l'un consacré aux infirmiers libéraux (article 32), l'autre aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux. Ce à quoi procède le présent article.

Le dispositif proposé est identique à celui retenu pour les conventions régissant les relations entre les infirmiers libéraux, les médecins et l'assurance maladie. Il permettra à ces professions de conclure des accords destinés à équilibrer leur répartition sur l'ensemble du territoire, notamment grâce à des mesures incitatives, dans le cadre d'une concertation à laquelle seront associées les associations les plus représentatives des étudiants et des jeunes professionnels concernés.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette évolution qui permettra à ces professions de définir, dans le cadre conventionnel, des mesures destinées à faciliter leur installation sur certaines parties du territoire.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33

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

**Répartition géographique des médecins libéraux
sur l'ensemble du territoire**

Objet : Cet article vise à inciter les médecins à définir de nouveaux instruments permettant de remédier à leur inégale répartition sur le territoire, dans le cadre des accords conventionnels conclus avec l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

L'assurance maladie et les infirmiers libéraux ont signé, le 22 juin, un protocole qui prévoit de mettre en œuvre de nouvelles modalités de conventionnement destinées à assurer une meilleure répartition de la profession sur l'ensemble du territoire.

Le Président de la République a souhaité que cet accord serve de modèle à l'ensemble des professions de santé.

Cet article propose de modifier l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui fixe le cadre des négociations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie, afin d'autoriser les partenaires conventionnels à définir les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice choisie.

Cette mesure renforce les compétences déjà acquises en matière d'installation. En effet, l'article 49 de la loi du 13 août 2004 autorise les partenaires conventionnels (médecins et assurance maladie) à déterminer les conditions dans lesquelles les médecins libéraux s'installant dans les zones sous-médicalisées pouvaient bénéficier de mesures d'aides. Il prévoit également que la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales dues par les médecins peut être modulée en fonction du lieu d'installation ou d'exercice.¹

L'avenant n° 20 de la convention du 12 janvier 2005 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie applique ces dispositions et prévoit notamment des compléments d'honoraires réservés aux médecins exerçant, sous certaines conditions, dans les zones sous-médicalisées. Son article 5 dispose que si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, les partenaires conventionnels envisageraient de **prendre des mesures de régulation, y compris financières, à l'égard des médecins installés dans les zones surdotées.**

¹ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions ont provoqué une grève des internes en médecine qui ont vu dans cette mesure une atteinte au principe de la liberté d'installation garantie par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

Ce mouvement de protestation a pris fin avec la conclusion d'un protocole d'accord signé par la ministre chargée de la santé et les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine et des jeunes médecins. Ce document précise, d'une part, que les organisations signataires seront consultées par les partenaires conventionnels avant toute décision relative à la mise en œuvre de mesures visant à réguler l'installation des médecins ; il prévoit, d'autre part, que des états généraux de la santé seront organisés à partir de janvier 2008 afin d'étudier les solutions à apporter pour réduire les effets de la crise de la démographie médicale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié cet article afin de tenir des engagements pris par le Gouvernement devant les représentants des étudiants, internes, chefs de clinique et jeunes médecins.

La rédaction retenue est identique à celle régissant les relations conventionnelles des infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou auxiliaires médicaux avec l'assurance maladie, telle qu'elle figure aux articles 32 et 32 *bis*.

Elle prévoit que toute mesure conventionnelle relative à l'installation des médecins ne peut être prise qu'après consultation des organisations représentant les étudiants et les jeunes médecins.

III - La position de votre commission

Votre commission rappelle que les difficultés liées à la démographie médicale concernent, d'une part, la réduction du nombre de médecins en activité sur l'ensemble du territoire, d'autre part, l'aggravation des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Il n'existe pas de réponse unique pour assurer une meilleure répartition des médecins sur l'ensemble du territoire. La loi du 13 août 2004 a délégué cette compétence aux partenaires conventionnels. Elle considère qu'il est donc pertinent de leur confier des responsabilités supplémentaires dans ce domaine, car la question des règles d'installation ne peut être traitée sans l'accord des professionnels concernés.

Dans ce contexte, votre commission approuve l'organisation des états généraux de la santé qui permettront d'aborder l'ensemble des questions liées à l'organisation des soins (formation initiale, incitations à l'installation, modes d'exercice professionnel).

Elle vous propose **un amendement** permettant le développement d'un statut de collaborateur salarié spécifique aux médecins et susceptible de favoriser l'installation des médecins, notamment celles des généralistes, qui hésitent parfois à pratiquer l'exercice libéral.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 34

(art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale)

**Elargissement du dispositif de pénalité financière
aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis**

Objet : Cet article propose d'étendre aux transporteurs sanitaires le dispositif de sanctions applicables en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué des pénalités financières applicables en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale pour les professionnels de santé, les assurés, les employeurs ou les établissements de santé.

Ces mesures nouvelles répondaient à une demande de la Cnam qui déplorait l'absence de sanctions intermédiaires entre un simple rappel à l'ordre et l'engagement d'une procédure contentieuse devant les juridictions ordinaires ou les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Depuis l'instauration de ces mesures, 1 300 actions ont été engagées à l'encontre d'assurés, de professionnels de santé ou d'employeurs et quarante-huit sanctions, sous forme de pénalités financières, ont été prononcées : trente-six concernent des assurés, onze des professionnels de santé et un employeur.

Pour les professionnels de santé, les motifs de ces sanctions se rapportaient, pour huit d'entre elles, au programme national de contrôle sur les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne. Pour les assurés, elles se fondaient sur de fausses déclarations de ressources destinées à bénéficier d'une aide du fonds de solidarité invalidité (FSI). Pour l'employeur, elle sanctionnait une fausse attestation de salaire. Le montant global de ces pénalités s'élève à 65 592 euros.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre plus large de la politique de lutte contre les abus et les fraudes développée par l'assurance maladie. C'est ainsi qu'en 2006, 1 616 procédures pénales ont été engagées tandis que les tribunaux ont prononcé des condamnations financières dont le montant global

s'élève à 2,4 millions d'euros et que 143 personnes ont été condamnées à des peines de prison. La même année, les caisses ont engagé 422 actions ordinaires.

Le présent article propose de compléter la rédaction de l'article L. 162-4-14 du code de la sécurité sociale afin d'étendre ce dispositif de sanction aux transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs de services et de prestations.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a triplé le montant de l'amende prévue en cas d'utilisation d'un véhicule sanitaire non agréé.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette extension du dispositif de sanctions aux fournisseurs et autres prestataires de services, d'une part, parce qu'elle a elle-même souhaité que la liste des personnes physiques ou morales pouvant faire l'objet d'une sanction soit complétée lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 en mentionnant les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, d'autre part, parce que cette disposition s'inscrit dans une démarche plus large de maîtrise des dépenses de transports sanitaires.

Elle vous présente **un amendement** rédactionnel et **vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 35

(art. L. 242-1, L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1, L. 432-1, L. 711-7, L. 863-6, et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, art. 83 et 995 du code général des impôts)

Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux

Objet : Cet article propose la création d'une nouvelle participation forfaitaire versée par les assurés pour les dépenses de médicaments, les consultations paramédicales et les transports sanitaires.

I - Le dispositif proposé

Lors de son discours de politique générale du 3 juillet dernier, le Premier ministre a annoncé la création d'une nouvelle participation forfaitaire à la charge des assurés sous forme de franchises fractionnées, limitée par un plafond annuel par personne.

Le 31 juillet 2007, le Président de la République a précisé que cette participation forfaitaire supplémentaire aura pour objet de contribuer au financement de trois chantiers : la recherche contre la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le plan cancer. Il s'agit donc, grâce à l'apport de nouveaux financements, de poursuivre les investissements consacrés à ces dossiers prioritaires sans qu'ils soient entravés par la dégradation des comptes de l'assurance maladie.

Le présent article propose d'intégrer ce nouveau dispositif dans le code de la sécurité sociale.

Le 1° du **paragraphe I** complète la rédaction de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. Cet article rassemble les dispositions relatives à la participation des usagers aux dépenses d'assurance maladie (ticket modérateur et participation forfaitaire de un euro créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

Il précise qu'en sus de la participation versée au titre du ticket modérateur, **une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs aux médicaments, aux transports sanitaires (hors intervention d'un véhicule d'urgence) et aux consultations paramédicales.**

Le montant de cette franchise, fixé par voie réglementaire tout comme le forfait un euro, peut varier suivant les prestations visées. Selon l'exposé des motifs de l'article, « *il sera demandé 50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire* ». Cette franchise est due dans la limite d'un plafond annuel qui devrait être fixé à 50 euros.

Un plafond quotidien sera fixé par voie réglementaire, notamment lorsque plusieurs dépenses nécessitant le versement d'une franchise seront effectuées dans une même journée (un transport sanitaire et un achat de médicament par exemple). A titre d'exemple, ce plafond serait de 4 euros pour la participation forfaitaire applicable aux consultations médicales et aux actes de biologie.

Enfin, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance de frais, ce qui est le cas de quasi-totalité des assurés pour les dépenses de médicaments, les sommes dues au titre de la franchise pourront être, soit récupérées lors d'une prestation à venir, soit versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie.

Le 2° dispense du paiement de cette franchise les assurés mineurs ou bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Par ailleurs, dès lors qu'elle n'est pas expressément mentionnée, l'assurance maternité n'est pas concernée par cette mesure : les femmes enceintes sont donc exonérées de ces franchises durant les périodes légales¹.

¹ Article L. 330-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le 3° dispose que le régime local d'assurance maladie complémentaire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ne peut pas prendre en charge cette nouvelle participation forfaitaire.

Le 4° prévoit les modalités de remboursement des frais de transports sanitaires afin de tenir compte de l'instauration de cette nouvelle franchise.

Le 5° étend cette franchise aux assurés relevant des régimes spéciaux.

Le 1° du A du **paragraphe II** précise que les contrats collectifs de prévoyance dont bénéficient les salariés du secteur privé ne peuvent pas prendre en charge cette nouvelle participation forfaitaire.

Le 2° du A dispose que le bénéfice de l'aide à l'acquisition des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels est subordonné à la condition que les contrats ainsi souscrits ne couvrent pas ces nouvelles franchises.

Le 3° du A du II prévoit que le cahier des charges des contrats responsables exclut la prise en charge de cette franchise annuelle.

Les 1° et 2° du B du II modifient la rédaction des articles 83 et 995 du code général des impôts. Les exonérations fiscales dont peuvent bénéficier les contrats responsables seront limitées aux contrats respectant le nouveau cahier des charges fixés par le présent article, c'est-à-dire aux contrats qui ne couvrent pas les sommes versées par l'assuré au titre de cette nouvelle franchise.

Le C précise que ces dispositions s'appliquent aux garanties nouvelles, reconduites ou en cours au 1^{er} janvier 2008.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que, chaque année, le Gouvernement présente un rapport au Parlement précisant les conditions d'utilisation des ressources tirées des franchises instituées par le présent article.

III - La position de votre commission

Lors du débat d'orientation budgétaire tenu au mois de juillet 2007, alors que le débat sur l'instauration de nouvelles franchises était ouvert, votre commission s'était prononcée en faveur d'une démarche pragmatique consistant à étendre le principe de la participation forfaitaire prévue par la loi du 13 août 2004 aux dépenses de médicaments.

Son souci était de choisir un dispositif dont la mise en œuvre serait possible rapidement.

Le Gouvernement fait à son tour le choix du pragmatisme : les franchises sont appliquées aux dépenses de médicaments, de consultations paramédicales et de transports sanitaires, trois des postes de dépenses les plus dynamiques des dernières années.

Votre commission constate que la mise en œuvre des franchises annuelles se fait selon un schéma identique à celui retenu pour la participation forfaitaire de un euro créée par la loi du 13 août 2004 (plafond quotidien, plafond annuel, récupération des sommes dues au titre des prestations ayant bénéficié d'une dispense d'avance de frais, encadrement des modalités de prise en charge de cette franchise par les assureurs complémentaires).

Elle souligne toutefois que la mise en œuvre de ces franchises suppose un préalable technique : les différents systèmes d'information (pharmacies, professions paramédicales, transports sanitaires et assurance maladie) devront être techniquement adaptés à leur traitement automatisé. Ensuite, il conviendra d'organiser clairement, pour la bonne compréhension des assurés, le circuit de prélèvement de ces franchises. Par exemple, lors de l'envoi des feuilles de remboursement, il faudra indiquer précisément les prélèvements qui sont effectués au titre des différentes participations dues par l'assuré (ticket modérateur, forfait un euro, franchise) afin de limiter les réclamations.

Enfin, l'assurance maladie devra sans doute adresser à certains assurés une demande en recouvrement pour des franchises impayées. On ne peut exclure que ces démarches administratives soient parfois plus coûteuses que les sommes à récupérer.

Si elle admet le principe de la franchise en raison notamment des causes qu'elle est censée financer, votre commission s'engage à se montrer vigilante sur le respect des engagements pris par le Gouvernement.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 35 bis

(art. L. 5125-23 du code de la santé publique)

Conditionnement des médicaments

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les obligations des pharmaciens d'officine en matière de délivrance des grands conditionnements de médicaments.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Avant 2004, les conditionnements de spécialités pharmaceutiques remboursables étaient souvent inadaptés aux posologies et durées de traitement prescrites par les médecins, notamment pour le traitement des affections de longue durée et des maladies chroniques.

La loi du 13 août 2004 a précisé que les spécialités pharmaceutiques remboursables doivent être présentées sous des formes appropriées au regard

des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de ces produits par l'assurance maladie (article L. 162-17-1-1 du code la sécurité sociale).

L'existence de nouveaux conditionnements, destinés à couvrir trois mois de traitement, devait permettre de limiter les renouvellements d'ordonnances, évitant ainsi les risques d'interruption du traitement. Dans son rapport de juin 2005, la commission des comptes estimait que cette mesure permettrait une économie de 470 millions d'euros, dont 180 sur les marges de distribution.

Depuis lors, les entreprises pharmaceutiques ont adapté leurs chaînes de production afin de commercialiser ces grands conditionnements. Or, trois ans après l'entrée en vigueur de cette mesure, cette nouvelle présentation des médicaments n'est jamais disponible dans les pharmacies d'officine.

Le présent article propose de créer l'obligation pour le pharmacien de délivrer une spécialité pharmaceutique en grand conditionnement lorsque le traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la commercialisation des grands conditionnements de médicaments. Elle approuve donc cette mesure susceptible de favoriser leur distribution.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 35 ter

(art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale)

Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire des règles relatives au parcours de soins coordonnés

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit que les contrats CMU-c ne pourront pas prendre en charge les frais provoqués par le non-respect du parcours de soins.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Sénat, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007 ont modifié les droits des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) :

- d'abord, pour intégrer les règles du parcours de soins à ces contrats en prévoyant l'interdiction de prendre en charge les majorations de tarif pour non-désignation d'un médecin traitant ;

- puis, en 2007, pour appliquer la règle selon laquelle le bénéfice de la dispense de frais (tiers-payant) peut être retiré aux assurés qui refuseraient la substitution d'un médicament par un produit générique.

Or, deux ans après son adoption, la mise à la charge des assurés de la majoration de tarif pour non-respect du parcours de soins n'est toujours pas entrée en vigueur, en l'absence de publication du décret d'application.

Cette situation s'expliquerait par d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre : les bénéficiaires de la CMU-c étant dispensés d'avance de frais, il ne serait pas possible de récupérer les sommes dues à ce titre.

Afin d'intégrer cette obligation dans les règles des contrats de CMU-c, le présent article propose **de subordonner le bénéfice de ces contrats à la désignation d'un médecin traitant**. Cette nouvelle exigence devra être satisfaite lors de toute demande de souscription d'un contrat CMU-c.

Une période d'adaptation étant nécessaire, cette mesure n'entrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} juillet 2008.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve le contenu de cet article. Elle souhaite toutefois le compléter en modifiant la prise en charge des bénéficiaires de la CMU-c arrivés en fin de droits.

Dans la législation actuelle, les assurés placés dans cette situation bénéficient d'un dispositif appelé « contrat de sortie » qui propose, à un tarif préférentiel et pour une durée d'un an, une couverture identique à celle de la CMU-c.

Votre commission vous propose **un amendement** supprimant ces contrats de sortie CMU-c afin de les remplacer par l'attribution, pendant un an, de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 36

(art. L .161-36-3-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Dossier médical personnel

Objet : Cet article met en place un portail d'accès unique au dossier médical personnel (DMP). Par ailleurs, il autorise le patient à masquer certaines informations figurant dans ce dossier.

I - Le dispositif proposé

• Le dossier médical personnel (DMP) est l'un des principaux instruments conçus par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin d'assurer une meilleure coordination et une plus grande qualité des soins, en réduisant notamment la iatrogénie médicamenteuse ainsi que les actes redondants. Conformément aux dispositions de l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, il a vocation à recueillir l'ensemble des données de santé des assurés sociaux, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins.

Le deuxième alinéa de cet article précise que le dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel, soumis à agrément préalable.

• Le **paragraphe I** du présent article insère un nouvel article L. 161-36-3-1 dans la section du code de la sécurité sociale relative au DMP. Il prévoit la mise en place d'un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé **portail du dossier médical personnel**, destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé.

Ce portail d'accès internet remplira **trois missions** :

- permettre aux bénéficiaires de l'assurance maladie de choisir leur hébergeur de données de santé à caractère personnel ;

- donner la possibilité à ces bénéficiaires de gérer leur dossier, c'est-à-dire procéder à l'ouverture du dossier, le consulter et, le cas échéant, le compléter par les informations qu'ils souhaiteraient faire figurer dans « l'espace d'expression » qui leur est réservé ;

- donner également à ces bénéficiaires la faculté de gérer les droits d'accès des professionnels de santé à leur dossier.

Au titre de ces missions, le portail d'accès unique devra :

- assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données inscrites dans le DMP ;

- assurer également la traçabilité des accès, afin de vérifier que les personnes consultant un DMP y ont été dûment autorisées par son titulaire ;

- enfin, garantir l'intégrité des transferts de dossiers médicaux personnels entre les hébergeurs, c'est-à-dire vérifier que le fichier informatique correspondant n'est pas altéré lorsqu'un assuré a décidé de changer d'hébergeur.

La confidentialité des données est évidemment opposable à l'administrateur du portail lui-même, qui « *ne peut en aucun cas accéder aux informations contenues dans le dossier médical personnel* » (dernier alinéa du nouvel article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale).

L'avant-dernier alinéa du même article prévoit la possibilité de mettre les fonctions offertes par le portail à la disposition « *d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé* », dont la liste sera arrêtée par le ministre de la santé.

Selon l'exposé des motifs, le souhait du Gouvernement est de permettre à des structures, du type réseaux de santé, d'utiliser ce portail pour la gestion de leurs dossiers professionnels, comme par exemple **le dossier communiquant en cancérologie**. Le but est de permettre aux patients, aux professionnels et aux établissements de santé de bénéficier d'un point de passage unique **pour l'ensemble des données partagées**. Les données gérées par d'autres organismes seront amenées à converger avec celles du DMP, voire à être hébergées par le même prestataire. Cette mutualisation des moyens permettra ainsi d'obtenir des économies d'échelle importantes.

Enfin, le nouvel article L. 161-36-3-1 prévoit que le portail devra produire les statistiques nécessaires à l'évaluation du service qu'il offre. Selon les informations communiquées à votre rapporteur, cette précision vise à permettre un suivi de l'activité du portail, en ce qui concerne en particulier l'évolution du nombre de dossiers ouverts.

• Le **paragraphe II** du présent article modifie le premier alinéa de l'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale. Celui-ci précise, en l'état actuel du droit, 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 [du DMP] et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel* ».

Le 1° supprime, tout d'abord, la référence, devenue obsolète, au conseil supérieur des professions médicales, dans la mesure où cette instance a été supprimée par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

Le 2° pose le principe selon lequel **certaines informations inscrites au DMP peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal**. Il reviendrait au décret en Conseil d'Etat de l'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale de fixer les conditions de ce « **droit de masquage** ».

A l'appui de cette mesure, le Gouvernement invoque le droit au respect de la vie privée du patient et au secret des informations le concernant, consacré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de soins, dite loi « Kouchner ».

Devant l'Assemblée nationale, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Roselyne Bachelot, a précisé que le dispositif proposé comporte non seulement un droit pour le patient de rendre inaccessible aux professionnels de santé une partie des informations contenues dans le DMP, mais également lui donne la possibilité de ne pas laisser apparaître qu'il a interdit l'accès à des informations. En d'autres termes, **le titulaire du DMP dispose d'un droit de masquage et, également, d'un droit de « masquage du masquage »**.

- Le **paragraphe III** modifie les termes de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique¹ qui a institué un **identifiant de santé** des patients, « *utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel* ». Le dispositif concerne, en l'état actuel du droit, les « *personnes* » prises en charge par un professionnel ou un établissement de santé. Ce terme est supprimé afin de lui substituer celui de « *bénéficiaires de l'assurance maladie* », qui auraient donc seuls vocation à recevoir un identifiant de santé.

- Enfin, le **paragraphe IV** revient sur une disposition de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit opposable au logement et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Son article 35 a complété les dispositions de l'article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs, afin d'ajouter à la liste des documents qu'il est interdit aux bailleurs de demander à des candidats locataires le dossier médical personnel de ceux-ci.

Toutefois, cette règle est assortie d'une exception : le bailleur peut obtenir un accès au DMP « *en cas de demande de logement adapté ou spécifique* » par une personne présentant un handicap.

Dès le mois d'avril 2007, le Gouvernement avait annoncé son intention de revenir sur cette rédaction, manifestement incompatible avec le respect du principe du secret médical et avec les principes fondamentaux posés par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La dérogation permettant au bailleur d'accéder au DMP d'un locataire handicapé demandant l'accès à un logement adapté ou spécifique serait ainsi supprimée.

¹ Issu de l'article 25 de la 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.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **deux modifications mineures** au texte proposé.

Elle a tout d'abord substitué, au sein du nouvel article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, les mots « *assure le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels* » aux mots « *assure l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données ainsi que la traçabilité des accès* », initialement prévus par le Gouvernement pour définir les missions du portail d'accès unique. Cette réécriture procéderait d'une remarque, tardivement prise en compte, du Conseil d'Etat, invoquant le fait que l'administrateur du portail d'accès unique sera principalement chargé d'assurer le contrôle des accès aux DMP, mais ne sera naturellement pas appelé à connaître de leur contenu.

Elle a ensuite adopté un amendement excluant **le dossier pharmaceutique** du champ du décret en Conseil d'Etat prévu pour la mise en place du DMP, estimant que cet instrument est d'ores et déjà opérationnel et qu'il convient donc de permettre sa mise en œuvre sur la base d'un décret spécifique, nonobstant le fait que le dossier pharmaceutique a vocation à « *alimenter* »¹ le DMP.

III - La position de votre commission

L'exposé des motifs du présent article précise, d'emblée, que la mesure qu'il contient « *crée les conditions de mise en œuvre du dispositif du DMP* ».

On sait cependant les retards considérables accumulés à ce sujet, alors que le dossier médical personnel aurait dû être opérationnel au 1^{er} juillet dernier²...

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Roselyne Bachelot, et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, Eric Woerth ont demandé un rapport sur la question du DMP à l'inspection générale des affaires sociales (Igas), à l'inspection générale des finances (Igf) et au conseil général des technologies de l'information (CGTI), dans une optique de **remise à plat**.

Les premiers éléments de ce document ont été remis aux ministres le 30 octobre dernier et transmis à votre commission le 9 novembre³. Les termes qu'il utilise pour décrire l'opération menée depuis 2004 sont d'une très grande

¹ Selon les termes de l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale.

² On se référera, en particulier, aux analyses très pertinentes de notre collègue Jean-Jacques Jégou dans le rapport d'information n° 62 (2005-2006) fait au nom de la commission des finances sur l'informatisation dans le secteur de la santé.

³ Rapport sur le dossier médical personnel - Mission interministérielle de revue de projet sur le dossier médical personnel (DMP).

dureté¹ et confirment que le projet ne pourra pas être mené à son terme avant **une dizaine d'années**, avec un coût dépassant en tout état de cause largement celui annoncé initialement (qui était de plus d'un milliard d'euros sur cinq ans).

Le prérapport contient deux séries de remarques relatives à des éléments contenus dans le présent article.

Jugeant indispensable de relancer le projet, « *mais méthodiquement, étape par étape, sur des bases solides et en prenant le temps qu'il faut* », les auteurs estiment tout d'abord que l'appel d'offres pour désigner l'hébergeur de référence a été lancé de façon précipitée et que le cahier des charges comporte des impasses.

En l'état actuel du dossier et au terme de sa réflexion, la mission préconise donc de « ne pas donner suite » à la procédure d'appel d'offres en cours en vue de la désignation d'un hébergeur de référence.

Ensuite, le rapport préconise d'organiser la fonction d'hébergement sur la base d'un dispositif simple et lisible. Il juge en effet que **le choix de l'hébergeur par le patient repose largement sur une fiction**, et qu'une concurrence des hébergeurs pour conquérir des clients est susceptible d'engendrer des dérives. C'est pourquoi il est proposé de renoncer au principe de libre choix de son hébergeur par le patient et de limiter le rôle de l'Etat à :

- garantir aux patients la sécurité et le bon usage du DMP ;
- organiser en amont la concurrence en matière d'hébergement dans le cadre de règles transparentes.

Ces propos appellent une prise de position claire de la ministre de la santé afin qu'elle précise la portée exacte qu'elle souhaite donner aux dispositions du I du présent article et qu'elle indique comment elle pense pouvoir répondre aux objections formulées par la mission conjointe Igas/Igf/CGTI.

Par ailleurs, le prérapport met en relief les évolutions imposées au DMP, initialement outil mis à la disposition des médecins pour assurer une meilleure qualité des soins, devenu dossier du patient qui en a le contrôle et pourrait décider de masquer certaines des informations qu'il contient. Ce glissement fait dire aux auteurs que **le masquage n'étant pas repérable, il risque d'induire le professionnel de santé en erreur.**

¹ *En particulier le passage suivant : « Des délais de réalisation toujours plus serrés et impossibles à tenir, comme des objectifs toujours plus larges et ambitieux, ont fait peser sur les équipes chargées du développement du projet une pression constante et contre-productive, et ont eu pour conséquence une forme de fuite en avant conduisant à négliger certaines étapes fondamentales, à faire de multiples hypothèses, aboutissant à un écart croissant entre les objectifs annoncés et l'avancement réel du projet. Il n'a pu en résulter en définitive qu'une perte de crédibilité générale dans le discours de l'Etat et dans la viabilité du projet et, consécutivement, une perte de confiance chez de nombreux acteurs. ».*

Votre commission approuve cette remarque dont le bien-fondé n'est pas contestable : **le masquage et le « masquage du masquage » portent une atteinte grave au principe même du DMP** en soustrayant à la connaissance des professionnels de santé des éléments nécessaires à la réalisation de leur mission et en effaçant le fait même que ces informations aient été soustraites à leur connaissance.

On rappellera d'ailleurs que conformément à la logique visant à faire du DMP un instrument efficace d'amélioration de la qualité des soins, l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale prévoit, dans son deuxième alinéa, que le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie doit être subordonné à l'autorisation que donnera 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 sera 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 commission observe également que la rédaction retenue par le Gouvernement ne prend même pas en compte les propositions nuancées du rapport Fagniez¹ qui, tout en étant favorable au masquage, préconise un mécanisme d'omission partagée qui ferait du masquage une décision prise conjointement par le patient et le professionnel de santé, seul à même d'évaluer les risques qui lui sont attachés.

Pour ces motifs, votre commission vous propose de supprimer le 2° du II du présent article qui autorise le patient à rendre inaccessibles certaines informations insérées dans son DMP.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 36 bis

(art. L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale)

Modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La 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 a prévu la

¹ « Le masquage d'informations par le patient dans son DMP » - Mission confiée au député Pierre-Louis Fagniez - Rapport au ministre de la santé et des solidarités - 30 janvier 2007.

création d'un dossier pharmaceutique. **Ce dossier, ouvert pour chaque assuré, a pour objet de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments.** Il doit permettre de lutter contre les risques d'iatrogénie médicamenteuse et limiter les traitements redondants. Il est alimenté par les pharmaciens, avec le consentement des assurés.

Cet article propose que les informations contenues dans le dossier pharmaceutique et utiles à la coordination des soins puissent être reportées dans le dossier médical personnel (DMP) et constituer le volet relatif au traitement médicamenteux du patient.

Il autorise donc la mise en œuvre du dossier pharmaceutique, expérimenté dans six départements depuis le 15 mai 2007, sans qu'il subisse les conséquences des retards pris dans la définition et le développement du DMP. Un décret fixera les conditions d'application de ce texte.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à ce dossier pharmaceutique qui devrait apporter sa contribution à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse responsable de 130 000 hospitalisations chaque année.

Elle souhaite néanmoins attirer l'attention des maîtres d'œuvre sur la nécessité de s'assurer de sa compatibilité technique avec le futur DMP.

Sous cette réserve, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 37

*(art. L. 172 nouveau et L. 322-3 du code de la sécurité sociale
et art. L. 732-10 et L. 732-12 du code rural)*

Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale

Objet : Cet article vise à améliorer la coordination des règles entre les régimes sociaux en matière de maladie et de maternité.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet principal d'introduire un principe de coordination entre tous les régimes obligatoires de sécurité sociale pour le risque maladie-maternité. Au passage, il est proposé d'améliorer le congé maternité des femmes chefs d'entreprise et des agricultrices, ainsi que de donner une nouvelle définition des conditions de prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée (ALD) ne figurant pas sur la liste prévue à cet effet.

Le **paragraphe I** propose d'insérer un nouvel article L. 172-1-A au sein de la section 3 du chapitre II du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Ceci conduit à rappeler que la coordination entre les régimes sociaux s'est construite de façon parcellaire et progressive. Aujourd'hui encore, les dispositions en vigueur se limitent à l'assurance invalidité (article L. 172-1 du code de la sécurité sociale). Par conséquent, faute d'une base légale appropriée, seules des coordinations ponctuelles ont pu être mises en place entre certains régimes. C'est le cas entre le régime général et les régimes spéciaux, sur la base des articles D. 172-1 et suivants du même code. Il en va de même pour la coordination entre le régime agricole et les autres régimes, codifiée aux articles R. 172-1 et suivants.

Deux raisons majeures expliquent que le Gouvernement propose de se doter désormais d'une base légale pour généraliser la coordination entre les régimes :

- d'une part, le souci de prendre en compte la plus grande fréquence des changements de régimes liée à une mobilité professionnelle accrue des assurés sociaux ;

- d'autre part, le caractère pour le moins insuffisant du droit français par rapport au droit communautaire qui coordonne l'ensemble des régimes nationaux des travailleurs migrants sur la base des articles 18 et 38 du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

Le nouvel article L. 172-1-A qu'il est proposé d'insérer dans le code de la sécurité sociale pose donc le principe d'une coordination inter régimes globale en matière d'assurance maladie et maternité - paternité. Pour l'ouverture du droit aux prestations en nature ou en espèces, il sera tenu compte des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées quel que soit le régime d'affiliation. Le texte renvoie, pour plus de précisions, à un décret en Conseil d'Etat.

Le **paragraphe II** propose d'améliorer la couverture maternité des professionnelles indépendantes, en modifiant à cet effet les dispositions de l'article L. 613-19 du code de la sécurité sociale. Le changement apporté est ici essentiellement rédactionnel. Il est prévu que, lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle, ces assurées reçoivent une indemnité journalière forfaitaire *« pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement »*. L'intervention d'une mesure réglementaire sera donc nécessaire. L'exposé des motifs précise à ce sujet que *« le Gouvernement prévoit d'allonger de quatorze jours la durée de leur congé maternité. »*

Le **paragraphe III** propose de réécrire l'intégralité des dispositions de l'article L. 732-12 du code rural pour prolonger, en l'alignant sur le régime général, la durée durant laquelle les agricultrices peuvent se faire remplacer dans les travaux de l'exploitation en cas de grossesse multiple.

Le **paragraphe IV** propose de compléter l'article L. 732-10 du même code de manière à accorder aux non-salariées agricoles le bénéfice d'une allocation de remplacement pour congé de maternité dès le premier jour d'arrêt de travail. Cette disposition concerne les personnes pour lesquelles est reconnue une grossesse pathologique liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol (DES). Ce médicament était un œstrogène de synthèse, destiné aux femmes présentant un risque d'accouchement prématuré. Sa commercialisation a été arrêtée en France en 1978, après qu'un certain nombre d'anomalies génitales ont été rapportées chez les enfants de mères ayant pris du DES.

Le **paragraphe V** propose enfin de réécrire le 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, relatif à la limitation de la participation de l'assuré. Il y est fait aujourd'hui référence au cas de figure d'un bénéficiaire reconnu par le contrôle médical, atteint d'une affection non inscrite sur la liste des ALD et comportant un traitement prolongé, ainsi qu'une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Il est proposé de remplacer cette rédaction, au demeurant assez large, par deux conditions cumulatives. Il faudra désormais :

- que le bénéficiaire soit reconnu atteint, ou bien par une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste des ALD, ou bien par plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

- en outre, cette ou ces affections devront nécessiter un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La modification envisagée est d'ordre technique. L'exposé des motifs du projet de loi en souligne la nécessité en ces termes : *« Il s'agit d'une actualisation de la base légale des conditions de prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée non inscrites sur la liste des affections de longue durée, dont la rédaction est ancienne (1968). La rédaction actuelle ne prend pas en compte les impératifs de maîtrise de la dépense et est, de ce fait, difficile à concilier avec les outils et objectifs développés ces dernières années. Par ailleurs, cette rédaction rend impossible toute modification réglementaire. Il est donc nécessaire de moderniser ce dispositif. La proposition consolide les pratiques actuelles du contrôle médical sans modifier les conditions actuelles d'accès des bénéficiaires à ces dispositifs de prise en charge. »*

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à l'unanimité un amendement du Gouvernement ayant pour objet d'étendre aux femmes non salariées, ainsi qu'aux praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées, les mêmes dispositions que celles destinées aux exploitantes agricoles, en cas de grossesse pathologique liée à l'exposition *in utero* au DES.

III - La position de votre commission

Votre commission partage le souci d'améliorer la coordination entre les régimes sociaux. Elle approuve également l'amélioration apportée en matière de prise en charge de grossesses pathologiques liées au Distilbène.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 38

(art. L. 165-5 du code de la sécurité sociale)

Déclaration des produits et prestations remboursables

Objet : Cet article vise à renforcer les obligations qui incombent aux fabricants et aux distributeurs de dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Les produits et prestations remboursables, communément appelés dispositifs médicaux, constituent une catégorie de produits de santé moins connue et moins encadrée que les médicaments. Selon la définition proposée par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, ils regroupent :

- les dispositifs médicaux à usage individuel ;
- des tissus et cellules issus du corps humain ;
- des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 ;
- des prestations de services et d'adaptation associées.

Sommairement, cette catégorie rassemble aussi bien les greffons humains que les pansements, les différentes catégories de prothèses, les lits médicaux, les appareils auditifs correcteurs de surdité, les implants de réfection de paroi incluant des dérivés d'origine animale ou les fauteuils roulants pour personnes handicapées.

Leur remboursement par l'assurance maladie est subordonné à l'inscription sur une liste établie par la commission de l'évaluation des produits et prestations (CEPP), rattachée à la HAS.

Ces dispositifs médicaux peuvent être inscrits sur la liste de remboursement soit sous leur nom de marque, ou nom commercial, soit par description générique.

Comme pour les médicaments, leur prix est fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS), soit par convention avec les fabricants, soit par défaut. Le tarif tient compte du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions d'utilisation.

Enfin, les fabricants et les distributeurs de ces produits doivent déclarer chaque année à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) les volumes vendus et le chiffre d'affaires pris en charge par l'assurance maladie.

Or, ces dispositions ne suffisent plus pour assurer la régulation de ce secteur, en forte croissance depuis plusieurs années (7 % en 2006). En effet, seule l'inscription d'un produit ou prestation sous son nom de marque nécessite de recourir à l'avis de la CEPP. Aucune obligation n'est imposée aux produits sous description générique. Ainsi que le souligne l'exposé des motifs, *« les fabricants auto-inscrivent leur produit dès lors qu'ils estiment que celui-ci répond à la description générique mentionnée sur la liste »*. Par ailleurs l'obligation de déclaration des ventes prévue à l'article L. 165-5 n'étant assortie d'aucune sanction, elle n'est pas respectée par les fabricants : *« compte tenu de l'hétérogénéité des produits et de la comptabilité des entreprises, les industriels soutiennent qu'il leur est impossible de répondre correctement à cette mesure »*.

Le présent article propose de modifier les conditions d'accès aux remboursements des produits sous description générique et de mettre en œuvre de nouveaux modes de régulation.

Tous les produits et prestations devront désormais faire l'objet d'un avis de la CEPP avant de pouvoir être inscrits sur la liste des produits remboursables. L'obligation est donc étendue aux produits sous description générique. Toute modification affectant un produit devra faire l'objet d'une nouvelle déclaration.

Cette obligation s'applique à tous les fabricants, et non plus comme dans la rédaction précédente, à ceux dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 760 000 euros.

Une sanction est prévue en cas de défaut de déclaration. Son montant, fixé par l'Afssaps, ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur pour le ou les produits considérés. La pénalité est recouvrée par les Urssaf.

Ces dispositions s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2009.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié la rédaction du texte afin d'écartier tout risque de 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 et le 1^{er} janvier 2009, date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif.

III - La position de votre commission

La mission d'information sur la mise sur le marché des médicaments, conduite par votre commission en 2006, n'avait pas eu l'occasion d'élargir ces travaux aux produits et prestations remboursés, mais les auditions de l'Afssaps et la HAS auxquelles elle avait procédé avaient laissé effectivement apparaître des dysfonctionnements dans la gestion de ce secteur.¹

En conséquence, elle approuve le renforcement des modes de régulation des produits et prestations et **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 39

*(art. L. 5125-3 à L. 5125-8, art. L. 5125-10 à L. 5125-15
et art. L. 5511-5 du code de la santé publique)*

Restructuration du réseau des officines de pharmacie

Objet : Cet article fixe des règles plus contraignantes en matière de création d'officines de pharmacie tout en favorisant les possibilités de transferts et de regroupements.

L'objectif, clairement énoncé dans l'exposé des motifs, est de permettre au réseau existant de pharmacies de se restructurer et de conserver, voire d'améliorer, leurs marges, notamment en restreignant l'accès de nouveaux entrants. Ce processus constitue un préalable indispensable à une politique réellement efficace de réduction du coût du médicament.

¹ « Médicaments : restaurer la confiance » - Marie-Thérèse Hermange, Anne-Marie Payet commission des affaires sociales, Sénat, n° 382, 2005-2006.

I - Le dispositif proposé

1. La modification des seuils d'ouverture des officines de pharmacie

• En l'état actuel du droit, l'article L. 5125-11 du code de la santé publique fixe des seuils de création des officines de pharmacie différenciés en fonction du niveau de population de la zone concernée.

Dans les communes de **30 000 habitants et plus**, une création n'est autorisée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie, y compris la nouvelle, est égal ou supérieur à 3 000. Il n'est délivré qu'une licence par **tranche entière de 3 000 habitants** recensés dans les limites de la commune.

Dans les communes dont la **population est d'au moins 2 500 habitants mais inférieure à 30 000**, une création n'est possible que si ce ratio est égal ou supérieur à 2 500. Une licence est délivrée par **tranche entière de 2 500 habitants** recensés dans les limites de la commune.

Dans les **communes de moins de 2 500 habitants** dépourvues de pharmacie et dont la population n'a pas été ou n'est plus prise en compte pour une création d'officine dans une autre commune, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes voisines, si sa population globale est au moins égale à 2 500 habitants.

Aucune création n'est possible dans les communes dont la population est inférieure à 2 500 habitants lorsqu'au moins une officine est installée sur leur territoire ou si leur population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune.

• Le dispositif proposé par le présent article emporte **quatre conséquences majeures** :

- le **paragraphe VIII**, qui procède à une réécriture complète de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, substitue à la notion de seuils démographiques pour **la création** d'une officine une notion de seuils démographiques pour **l'ouverture** d'une officine ; celle-ci recouvre **de plein droit les opérations de regroupements et de transferts** et, à titre dérogatoire, les opérations de créations ;

- il ressort de la lecture combinée des **paragraphe VIII et XI (3°)**, ce dernier complétant l'article L. 5125-15 du même code, qu'en matière d'ouverture de pharmacie la priorité est accordée, **en premier lieu**, aux regroupements d'officines, qui sont pris en compte pour les calculs de seuils mais auxquels ces seuils ne sont pas opposables, puis, **en second lieu**, aux transferts, auxquels les seuils sont opposables ;

- **les créations d'officines sont sévèrement encadrées** ; dans l'immédiat, et jusqu'au 1^{er} janvier 2010, **aucune ouverture d'officine par voie de création ne sera autorisée** (deuxième alinéa du **paragraphe XII**) ; aux termes de ce moratoire de deux ans, qui vise à permettre aux pharmaciens de monter leurs dossiers de transfert et de regroupement et aux préfetures de les instruire, les procédures de création pourront à nouveau être engagées,

mais elles ne devront dorénavant concerner, sous les conditions de seuils indiquées ci-après, que **les communes dépourvues d'officines**, ainsi que **les zones d'aménagement du territoire** (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine et zones de revitalisation rurale) ; toutefois, même dans ces territoires, une création ne pourra être autorisée qu'**à la condition expresse qu'aucune ouverture ne soit intervenue**, soit sous forme de regroupement, soit sous forme de transfert au cours de la période qui sépare la date à partir de laquelle les conditions de seuil ont été remplies et la date de réception de la demande de création par le préfet ; en tout état de cause, cette période ne pourra pas être inférieure à deux ans (paragraphe VIII - dernier alinéa de l'article L. 5125-11) ;

- les seuils démographiques sont à la fois simplifiés et renforcés (paragraphe VIII - trois premiers alinéas de l'article L. 5125-11).

En ce qui concerne ce dernier point, en effet, les critères d'ouverture d'une officine sous forme de transfert ou, à titre dérogatoire, de création, sont dorénavant fondés sur le constat que la commune a plus ou moins de 2 500 habitants et qu'elle est, ou non, déjà pourvue d'une pharmacie :

- aucune ouverture d'officine n'est plus possible dans les communes de moins de 2 500 habitants, sauf dans celles où il existait une pharmacie ayant définitivement cessé son activité et dont la zone de chalandise était supérieure à 2 500 habitants ;

- l'ouverture d'une officine est toujours possible dans les communes dont la population est égale ou supérieure à 2 500 habitants, dès lors qu'elles sont dépourvues de pharmacie ;

- dans les communes de 2 500 habitants et plus où il existe au moins une pharmacie, l'ouverture d'une nouvelle officine est possible à raison d'une par **tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants**¹ (aucun régime particulier n'étant prévu pour les communes dont la population est égale ou supérieure à 30 000 habitants).

• Ce dispositif nécessite plusieurs adaptations de la législation existante au sein du code de la santé publique :

- l'article L. 5125-5, qui fixe les ordres de priorité dans l'examen des demandes d'ouverture et place en tête, aujourd'hui déjà, les regroupements, puis les transferts et, enfin, les créations, peut être allégé ; la référence aux créations d'officine est purement et simplement supprimée dans la mesure où elles constituent dorénavant une forme dérogatoire d'ouverture de pharmacie dont la mention n'apparaît plus pertinente, puisqu'elles passent implicitement après les regroupements et les transferts (**paragraphe III**) ;

¹ C'est-à-dire une pharmacie de 2 500 à 6 000 habitants, deux pharmacies de 6 000 habitants jusqu'à 9 500 habitants etc., au lieu d'une pharmacie de 2 500 habitants à 5 000 habitants, deux pharmacies de 5 000 habitants à 7 500 habitants etc. aujourd'hui.

- l'article L. 5125-10, qui indique que les seuils de population sont établis à partir des résultats du dernier recensement général ou des recensements complémentaires, est complété afin qu'il soit précisé que les chiffres pris en compte sont ceux publiés au Journal officiel (**paragraphe VII**) ;

- l'article L. 5125-12, qui renvoie à un arrêté préfectoral la définition de la zone de chalandise des officines présentes dans les communes de moins de 2 500 habitants, est abrogé, dans la mesure où la possibilité d'ouverture de nouvelles pharmacies dans ces communes est, en pratique, supprimée (**paragraphe VIII bis**) ;

- enfin, l'article L. 5125-13, qui concerne les départements d'Alsace-Moselle et la Guyane, est modifié afin de tenir compte de la disparition du seuil de 3 000 habitants qui s'appliquait jusqu'à présent dans les communes dont la population est égale ou supérieure à 30 000 habitants (**paragraphe IX**).

Par ailleurs, les **paragraphes VI et VI bis** procèdent à l'abrogation de l'article L. 5125-8 et à la suppression des références faites à cet article dans le code de la santé publique. La disposition abrogée fixe des critères de nationalité et de diplômes pour la création ou le rachat d'une officine.

2. Les règles applicables aux transferts d'officine

Le présent article (notamment son **paragraphe X**) modifie les dispositions de l'article L. 5125-14 du code de la santé publique relatives aux modalités de transferts des officines, d'une part en vue de les **faciliter**, d'autre part afin de **tirer les conséquences** des changements de seuils démographiques.

- Le premier alinéa de l'article L. 5125-14 prévoit aujourd'hui que le transfert d'une officine de pharmacie peut s'effectuer au sein de la même commune, dans une autre commune du même département ou, pour la région d'Ile-de-France, dans une autre commune de cette région. La faculté de quitter son département d'origine n'est ainsi offerte qu'aux pharmaciens de la région parisienne, et encore à condition de ne pas sortir des limites administratives de celle-ci.

Le projet de loi de financement ouvre les possibilités de transfert vers toutes les communes de tous les départements et supprime ainsi toute restriction dans le lieu d'implantation (1° du paragraphe X).

Le **paragraphe II** du présent article adapte donc la rédaction de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique afin de généraliser la procédure actuellement en vigueur en Ile-de-France, en prévoyant que, dans le cas d'un transfert d'un département à un autre, la licence d'officine est délivrée par décision conjointe des préfets des deux départements.

- Les règles de transfert d'officine sont également assouplies en ce qui concerne le délai dans lequel une pharmacie peut être transférée.

En l'état actuel du droit, l'article L. 5125-7 prévoit qu'une officine créée ou transférée **depuis moins de cinq ans** ne peut faire l'objet d'une cession totale ou partielle ni être transférée ou faire l'objet d'un regroupement. Une officine issue d'un regroupement ne peut pas non plus être transférée avant l'expiration du même délai.

Il existe deux exceptions à cette règle :

- le cas de force majeure constaté par le préfet ;

- les 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, au titre des 1° à 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Le **paragraphe V (1°)** ajoute à l'interdiction de cession, de transfert ou de regroupement **une troisième exception**, cette fois **au bénéfice des sociétés financières de professions libérales**, prévues par l'article 32 de la loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier.

- Le transfert d'une officine vers une autre commune est d'ores et déjà soumis à des conditions tenant, d'une part, à un niveau satisfaisant d'équipement de la commune de départ en officines de pharmacie, d'autre part, au respect des seuils démographiques de création dans la commune d'arrivée.

En d'autres termes, le transfert d'une officine vers une autre commune est possible si la commune d'origine possède un nombre de pharmacies excédant celui autorisé par les seuils démographiques en vigueur, situation qui peut se présenter pour des motifs historiques (la législation ayant été par le passé moins rigoureuse). Le transfert n'est, en revanche, pas possible lorsqu'il aboutirait à une situation de sous-densification de la commune d'origine en officines au regard de ces règles de seuil.

Ces principes sont adaptés afin de tenir compte des nouveaux seuils définis à l'article L. 5125-11 pour l'ouverture des pharmacies (2° du paragraphe X).

Le transfert est ainsi possible depuis la commune d'origine aux conditions suivantes :

- si cette commune n'a qu'une seule pharmacie (l'officine transférée), le transfert n'est autorisé que si, parallèlement, la commune compte moins de 2 500 habitants ;

- si la commune possède plusieurs pharmacies sur son territoire, le transfert est autorisé dès lors que le nombre d'habitants par pharmacie supplémentaire (au-delà de la première) est inférieur à 3 500.

En ce qui concerne la commune d'implantation, celle-ci doit évidemment remplir les conditions d'accueil d'une nouvelle pharmacie, conformément aux règles fixées par l'article L. 5125-11 dans sa nouvelle rédaction.

- Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 5125-14 précise, *in fine*, que, par dérogation aux règles énoncées ci-dessus, le transfert d'une officine originellement implantée dans une zone franche urbaine, une zone urbaine sensible ou une zone de redynamisation urbaine ne peut être accordé « *lorsqu'il aurait pour effet de compromettre l'approvisionnement normal en médicaments de la population* » de ladite zone.

Tout en desserrant les contraintes qui pesaient sur les transferts, le présent projet de loi instaure cependant un garde-fou essentiel en **généralisant le motif de refus, pouvant être opposé à un transfert, fondé sur le risque qu'il compromette l'approvisionnement nécessaire de la population en médicaments.**

Ce principe serait inséré à l'article L. 5125-3¹ (1° du paragraphe I du présent article) et rappelé, dans les mêmes termes, en conclusion de la liste des conditions fixées à la réalisation des transferts par l'article L. 5125-14 (2° du **paragraphe X**).

Parallèlement, le cas spécifique des zones d'aménagement du territoire continuerait d'être inscrit à la fin de cet article et serait complété par la référence aux zones de revitalisation rurale (3° du **paragraphe X**).

3. Les règles applicables aux regroupements d'officines

Le **paragraphe XI** du présent article modifie les dispositions de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique relatives aux modalités de regroupement des officines, d'une part en vue de les **faciliter**, d'autre part afin de les favoriser et d'en faire **l'instrument privilégié de restructuration du secteur pharmaceutique**.

- Les deux premiers alinéas de l'article L. 5125-15 prévoient aujourd'hui que plusieurs officines situées **dans une même commune** peuvent être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires. Le lieu de regroupement de ces officines est l'emplacement de l'une d'elles ou un lieu nouveau situé dans la même commune.

Le présent projet de loi supprime les limitations actuelles, en autorisant des regroupements entre officines qui ne sont pas situées dans la même commune. Le regroupement devra être effectué dans la commune

¹ Cet article est celui qui pose le principe selon lequel les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines.

d'une des pharmacies concernées. La faculté de choisir un nouveau lieu d'implantation sur le territoire de la commune de regroupement est maintenue (1° et 2° du **paragraphe XI**).

Deux précisions, également applicables aux transferts, sont apportées aux conditions de regroupement d'officines :

- les regroupements 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 (1° du **paragraphe I** - article L. 5125-3) ;

- dans le cas d'un regroupement d'officines de pharmacie d'un département à un autre, la licence est délivrée par décision conjointe des représentants de l'Etat dans les départements concernés (**paragraphe II** - article L. 5125-4).

• Les règles de regroupement d'officines sont également assouplies en ce qui concerne le délai dans lequel des pharmacies peuvent être regroupées.

On a vu précédemment qu'en application de l'article L. 5125-7, une officine créée ou transférée depuis moins de cinq ans ne peut faire l'objet d'une cession totale ou partielle ni être transférée ou faire l'objet d'un regroupement. Une officine issue d'un regroupement ne peut pas non plus être transférée avant l'expiration du même délai.

Les seules exceptions à cette règle sont le cas de force majeure constaté par le préfet et les pharmacies structurées en sociétés d'exercice libéral de pharmaciens d'officine.

Comme en matière de transfert, le 1° du **paragraphe V** propose une troisième dérogation au profit des sociétés de participations financières de professions libérales, qui pourront ainsi opérer des regroupements, même si elles ont été créées ou transférées depuis moins de cinq ans.

• Afin de favoriser les regroupements et d'en faire un instrument efficace de restructuration du secteur pharmaceutique, le projet de loi initial prévoyait **le gel pendant dix ans des licences** d'officine, dans les communes d'origine des pharmacies regroupées ainsi que dans la commune de regroupement, même dans le cas où les nouvelles conditions de seuil fixées à l'article L. 5125-11 permettraient, en principe, une nouvelle ouverture de pharmacie dans l'une ou l'autre de ces communes (3° du **paragraphe XI**). Le but est d'empêcher qu'une pharmacie concurrente ne vienne s'installer dans la commune de regroupement, mais aussi à l'emplacement libéré, et compromette ainsi l'équilibre économique des pharmacies regroupées.

Ce point a toutefois été profondément remanié par l'Assemblée nationale, qui en a précisé la rédaction et a modifié substantiellement la durée du gel des licences libérées¹.

4. Mesures diverses et date d'entrée en vigueur du dispositif

Le présent article contient, par ailleurs, diverses dispositions visant à corriger ou à compléter des rédactions d'articles du code de la santé publique relatifs aux pharmacies :

- le 2° du **paragraphe I** précise le libellé de l'article L. 5125-3 afin qu'il contienne une référence au service d'urgence que les pharmacies doivent assurer en-dehors des heures normales d'ouverture ;

- le **paragraphe IV** propose une rédaction moins lourde de l'article L. 5125-6 qui donne au préfet le pouvoir d'assortir l'octroi d'une licence d'officine de conditions tenant à l'emplacement de l'établissement ;

- le 2° du **paragraphe V** modifie les dispositions de l'article L. 5125-7 relatives à la caducité des licences d'officine et substitue à la notion de fermeture celle de cessation définitive d'activité entraînant automatiquement la remise de la licence au préfet ; l'intérêt de cette nouvelle rédaction est notamment de mettre un terme à des pratiques consistant à laisser formellement ouvertes des officines qui n'ont en fait plus d'activité dans un but strictement spéculatif, afin d'attendre le moment opportun pour les céder ; la cessation d'activité non déclarée sera réputée définitive au terme d'une durée de douze mois et sera constatée par arrêté préfectoral ;

- le **paragraphe XI bis** étend ce nouveau dispositif de définition de la cessation d'activité d'une officine à la collectivité territoriale de Mayotte (article L. 5511-5).

Enfin, le **paragraphe XII** (premier alinéa) précise que le présent article s'applique aux demandes de création, de transfert ou de regroupement reçues par les préfets après le 1^{er} janvier 2008.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a grandement amélioré **la rédaction de cet article** et en a précisé utilement la portée, qui restait parfois floue dans le projet du Gouvernement.

Sur le fond, elle a **remanié les règles de gel des licences des officines regroupées**. Aux termes du dispositif qu'elle a adopté :

- les licences libérées et les effectifs de population attachés à ces licences seraient prises en compte uniquement au titre de la commune où s'effectue le regroupement d'officines (et pas de la ou des communes d'origine lorsqu'elles sont différentes de la commune où le regroupement s'opère) ;

¹ Cf. II ci-après.

- l'interdiction d'usage des licences des officines disparues à la suite d'un regroupement ne s'appliquerait qu'aux regroupements opérés au sein d'une même commune ou dans des communes limitrophes. Au-delà de ce périmètre, les problèmes de concurrence se posent, en effet, avec une moindre acuité ; il n'y aurait donc pas lieu, selon l'Assemblée, d'appliquer ce dispositif de protection des regroupements ;

- alors que le projet de loi prévoyait que le gel cesse quoiqu'il en soit au bout de dix années, la rédaction modifiée dispose qu'il appartiendra au préfet d'y mettre fin expressément par voie d'arrêté ;

- le préfet ne pourrait mettre fin au gel qu'à l'expiration d'un **délai de cinq ans**. Selon l'Assemblée, cette durée est suffisante pour conforter les officines issues d'un regroupement et permet de satisfaire un besoin éventuel de transfert ou de création d'officine dans une commune soumise à une forte croissance démographique ;

- le préfet ne pourrait en tout état de cause mettre fin au gel que si l'approvisionnement en médicaments de la population, résidente de la commune ou du quartier où les licences d'officine sont gelées (commune de regroupement), se révélait compromis ou s'il ne pouvait plus être répondu de manière optimale à ses besoins en médicaments. La fin du gel ne pourrait être déclarée qu'après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens.

Le Gouvernement ne s'est pas déclaré hostile à l'économie de ce dispositif ; pour autant il n'a pu obtenir de l'Assemblée qu'elle rétablisse à dix ans, au lieu de cinq, le délai de gel des licences.

III - La position de votre commission

Votre commission soutient les choix du Gouvernement que traduit cet article et partage le souhait de l'Assemblée nationale de limiter à cinq ans la période de gel des licences d'officine en cas de regroupement.

Elle présente **six amendements** de portée essentiellement rédactionnelle pour :

- rétablir le deuxième alinéa de l'article L. 5125-5, dont les dispositions ont été considérées, à tort, comme obsolètes par l'Assemblée nationale (3° du paragraphe III). Les créations d'officine resteront possibles à partir de 2010, dans certains cas limitativement énumérés. Il est donc nécessaire de conserver dans le code de la santé publique les dispositions relatives à l'ordre dans lequel sont satisfaites les demandes de créations lorsqu'il en est présenté plusieurs concernant la même commune ;

- préciser les zones d'aménagement du territoire, dans lesquelles les créations d'officine resteront possibles aux termes du moratoire de deux ans, directement dans l'article L. 5125-11 plutôt que par renvoi à une autre

disposition du code de la santé publique ; cet amendement en appelle un autre, de coordination, dans le second alinéa du paragraphe XII.

- corriger une erreur matérielle : tel qu'il a été rédigé dans le projet de loi initial, le texte du 1° du paragraphe X autorise les transferts d'officine vers une autre commune d'un autre département, mais pas vers une commune du même département, ce qui est incohérent et n'était évidemment pas l'intention du Gouvernement ;

- enfin, supprimer, par deux fois, la répétition inutile du principe selon lequel un « *transfert ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine* » ; ce principe serait fixé une fois pour toutes à l'article L. 5125-3 du code de la santé publique.

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

Article 40

*(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000
de financement de la sécurité sociale pour 2001)*

Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Objet : Cet article aménage les compétences du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et fixe à 301 millions d'euros sa dotation pour 2008.

I - Le dispositif proposé

Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est issu de la fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) et du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES).

Cette fusion voulait simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et recentrer leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé publics et privés. Le FMESPP est géré par la Caisse des dépôts et consignations et financé par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Depuis sa création, le FMESPP, qui est conçu comme un instrument destiné à financer les dépenses d'investissements et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, a vu ses missions évoluer.

Outre sa participation aux dépenses précitées, il peut également prendre en charge le 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.

Il finance par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A) et la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH).

En millions d'euros	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

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

* prévisions

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de préciser et d'élargir les missions confiées au FMESPP.

Le 1° autorise le fonds à participer au **financement des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière**, sous réserve que ce projet ait fait l'objet d'un accord avec le gouvernement français.

Selon l'exposé des motifs, « *cette disposition trouvera une première application dès 2008 pour honorer les engagements de la France dans le cadre du projet de création de l'hôpital franco-catalan de Puigcerda.* », établissement qui prendra la forme d'un groupement européen de coopération territoriale (GECT) défini par le règlement n° 1082/2006 du Parlement européen et du conseil du 5 juillet 2006.

Le 2° simplifie le dispositif d'affectation des crédits. La nouvelle rédaction permet de répartir les crédits en fonction des besoins exprimés et non plus en fonction d'une enveloppe régionale.

Le **paragraphe II** fixe à 301 millions d'euros le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du fonds pour 2008.

Suivi du FMESPP depuis 2000

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Dotation	45,7	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	301
Dotation cumulée au fonds	45,7	167,6	327,7	571,7	1 021,7	1 491,7	1 896,7	2 223,7	2 599,7	2 900,7
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	1 178,8	1 584,9	1 844,6	nd	
Taux de réalisation annuelle			39,7 %	101,4 %	83,1 %	97,6 %	100,3 %	84,0 %	nd	
Taux de réalisation cumulée			30,2 %	60,6 %	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83,0 %	nd	
Solde cumulé						312,9	311,8	379,1	nd	

Source : DHOS/CDC - Annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

* prévisions

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la nouvelle rédaction proposée pour l'article 40 de la loi de financement pour 2001 destinée à préciser les compétences du FMESPP.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 41

(art. L. 161-45 du code de la sécurité sociale)

Contribution financière des établissements de santé à la Haute Autorité de santé

Objet : Cet article modifie les modalités de versement de la contribution financière due, à l'occasion de la procédure de certification, par les établissements de santé à la Haute Autorité de santé.

I - Le dispositif proposé

Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé a notamment repris dans ses missions celles qui incombait précédemment à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Dans ce cadre, elle établit et met en œuvre les procédures de certification des établissements de santé ainsi que des

groupements de coopération sanitaire, des réseaux de santé et des installations de chirurgie esthétique.

En application du 7° de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, **une contribution financière est due à la HAS par ces structures au titre de chacun de leurs sites d'implantation donnant lieu à certification.** Les montants de cette contribution sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils ne peuvent être inférieurs à 2 500 euros, ni supérieurs à 55 000 euros. Cette contribution est exigible dès la notification de la date de la visite de certification. Elle est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Les contributions des établissements de santé au titre de leur certification représentent une ressource non négligeable de la HAS : **autour de 9 millions d'euros par an**, soit près du quart des recettes prévisibles en 2007 et 2008.

Recettes de la HAS (selon les comptes financiers)

(en euros)

	2005	2006	2007 (p)	2008 (p)
Subvention de l'Etat	8 849 790	6 111 534	1 000 000	2 500 000
Dotation de l'assurance maladie	19 620 913	19 299 580	2 000 000	5 000 000
Fraction de 10 % des taxes sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	21 000 000	20 700 000	19 646 673	19 600 000
Redevance des industries	4 243 500	4 466 025	4 243 500	4 200 000
Contribution des établissements pour la certification	9 222 600	9 477 590	8 860 000	8 860 000
Divers (produits financiers et ressources affectées)	352 236	1 163 930	200 000	0
TOTAL	63 289 039	61 218 659	35 950 173	40 160 000

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

L'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a apporté une modification aux critères permettant de calculer le montant de la contribution apportée par chaque établissement : auparavant, la formule était fonction du nombre, déterminé au 31 décembre de l'année qui précédait la visite de certification, de lits et de places autorisés de l'établissement, ainsi que du nombre de sites concernés par la procédure de certification. Depuis, ce montant est devenu **fonction du nombre cumulé des journées d'hospitalisation et des venues dans l'établissement** de santé, le groupement, le réseau ou l'installation de chirurgie esthétique **au cours de l'année précédant la visite.**

Cette nouvelle rédaction, qui substitue donc **un critère de facturation** à un critère de nombre de lits et de places, tire les conséquences des dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation. Ce texte a en particulier supprimé la procédure d'autorisation des capacités d'accueil, rendant ainsi caduc le critère jusqu'alors utilisé pour le calcul de la contribution des établissements à la HAS.

La mise en œuvre de la nouvelle version de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale soulève cependant **deux difficultés** que le présent article, dans sa version initiale, visait à résoudre.

En premier lieu, les dispositions adoptées voici un an ne permettent pas de tenir compte de **la situation particulière de certaines structures, notamment les maisons d'enfants à caractère sanitaire (Mecs)**, dont la durée d'activité annuelle peut être limitée à quelques mois seulement¹. Tant que la formule de calcul de la contribution reposait sur un critère de nombre de places ou de lits, la HAS appliquait un coefficient de proratisation² permettant aux mecs de ne pas supporter une charge financière disproportionnée, le versement étant fonction de leur durée d'ouverture. Ce calcul *prorata temporis* n'a plus de sens avec une formule fondée sur un critère de facturation.

Ainsi, il était proposé, dans la version initiale du projet de loi de financement, d'**assujettir spécifiquement les maisons d'enfants à caractère sanitaire ouverte moins de six mois par an à un forfait** aligné sur le plancher de contribution. Parallèlement, le présent article abaissait ce plancher, de 2 500 euros actuellement, à **1 000 euros**.

En second lieu, la rédaction de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, issue de la loi de financement pour 2007, précise que les données de facturation retenues pour le calcul de la contribution sont celles de l'année précédant la visite de certification. Or, il apparaît qu'en pratique la statistique d'activité des établissements (SAE) de l'année antérieure est rarement disponible au moment où cette visite a lieu. Aussi était-il proposé de remplacer cette exigence par une référence au nombre de journées d'hospitalisation et de venues **dans la dernière version statistique d'activité connue et publiée**.

¹ L'article L. 2321-2 du code de la santé publique précise, en effet, que les Meecs sont « des établissements permanents ou **temporaires**, destinés à recevoir, sur certificat médical, des enfants ou adolescents de trois à dix-sept ans révolus, en vue de leur assurer des soins de suite ou de réadaptation ».

² Décision n° 2007.03.013 du 28 février 2007 du collège de la Haute Autorité de santé portant procédure de certification des établissements de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a **profondément remanié** la rédaction de cet article et a, à cette occasion, **bouleversé le circuit de rétribution de la HAS dans le cadre de la procédure de certification.**

A l'issue de son vote :

- la contribution versée par les établissements de santé et assimilés est purement et simplement supprimée (7° de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale) ; du même coup, les deux difficultés mentionnées ci-dessus sont mécaniquement résolues ;

- en contrepartie, le manque à gagner pour la HAS sera compensé par une majoration de la dotation versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie (2° de l'article L. 161-45).

Cette dotation sera elle-même divisée en deux parts :

- la première versée au titre de la procédure de certification ;

- la seconde au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la HAS.

En d'autres termes, la première part de la contribution de l'assurance maladie se substituera aux contributions individuelles des établissements de santé et la seconde part sera le prolongement de l'actuelle dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à la HAS.

III - La position de votre commission

Le système proposé constitue **une simplification bienvenue**, demandée par la Haute Autorité elle-même et sans impact financier pour l'assurance maladie.

En effet, dans le mécanisme actuel, la contribution des établissements est déjà apportée par les organismes d'assurance maladie et transite vers les établissements de santé et la HAS *via* l'Ondam hospitalier. Selon les propos de Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, devant l'Assemblée nationale, « *cette contribution de l'Ondam hospitalier supporté par l'assurance maladie deviendrait une subvention directe à la HAS. Autrement dit, on simplifie donc le dispositif, mais il s'agit d'un jeu à somme nulle* ».

Parallèlement, la dotation spécifique de l'assurance maladie serait préservée dans la seconde part comportant sa contribution au fonctionnement de la HAS. Cette distinction est nécessaire, afin de maintenir la possibilité d'établir un coefficient entre le montant de la subvention de l'Etat et celui de l'assurance maladie (1 pour 2 dans les budgets de 2007 et 2008).

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

Article 42
(article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)

**Dispositions relatives à l'application
de la tarification à l'activité aux établissements de santé**

Objet : Cet article aménage les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé publics et privés.

I - Le dispositif proposé

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixe les modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé publics et privés au cours de la période transitoire qui s'étend du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2012.

Depuis son adoption, cet article a fait l'objet de modifications chaque année afin d'ajuster les conditions d'entrée en vigueur de la T2A. C'est à nouveau le cas ici.

Le 1^o du paragraphe I vise à prolonger la période transitoire durant laquelle les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont chargées de valoriser l'activité des établissements de santé antérieurement sous dotation globale, c'est-à-dire les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier.

Cette disposition reporte une nouvelle fois la date à laquelle les établissements concernés adresseront directement leur flux de facturation aux caisses d'assurance maladie. L'article 8 de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, avait ajourné une première fois cette disposition, censée entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2006, en raison du manque de préparation de cette échéance et de la volonté du Gouvernement d'accorder une année de stabilisation aux établissements de santé après une année 2005 éprouvante.

La nouvelle rédaction de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 proposée par le présent article reporte **au 31 décembre 2008** la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de facturation. Cette décision est justifiée par le fait que les systèmes d'information des établissements de santé et des caisses locales d'assurance maladie ne permettent pas encore d'assurer la transmission des éléments de facturation dans des conditions de sécurité acceptables. En effet, selon les informations recueillies par votre rapporteur, seule la moitié des établissements de santé serait en mesure de produire les flux de facturation dématérialisés.

Le 2° du paragraphe I repousse au 31 décembre 2008 au plus tard la définition des nouvelles modalités de calcul de la participation versée par l'assuré. Le calcul de cette prestation s'effectue sur la base des tarifs journaliers de prestation fixés par le directeur de l'ARH au niveau de chaque établissement, selon des modalités définies par la loi de financement pour 2007.

A terme, cette participation qui prend la forme d'un ticket modérateur de 20 %, devra être calculée sur la base des nouveaux tarifs (tarifs des groupes homogènes de séjour ou GHS, qui sont les supports de la tarification à l'activité). Cependant, transférer en l'état la base de calcul du ticket modérateur vers les GHS se traduirait soit par une perte de recettes, soit par un transfert de charges de l'assuré vers l'assurance maladie, du fait de la réduction des charges couvertes par les GHS par rapport aux tarifs journaliers de prestation. Cette différence s'explique par le fait que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont déduites de la base servant de référence au calcul du ticket modérateur. Toutefois, le maintien de la situation actuelle, c'est-à-dire une participation fixée par les établissements avec l'accord de l'ARH, fait du tarif une variable d'ajustement des recettes de l'établissement. L'assuré court donc le risque que, pour équilibrer son état prévisionnel des recettes et des dépenses, un établissement soit tenté d'augmenter cette charge.

Le 3° du paragraphe I réécrit le V du même article 33 qui précise les modalités de montée en charge de la T2A dans les établissements de santé publics ou participant au service public. Initialement, celle-ci devait être progressive entre 2004 et 2012. La décision prise par le Gouvernement de financer intégralement les activités de médecine, chirurgie et obstétrique dès 2008, c'est-à-dire quatre ans avant la fin de la période transitoire prévue, impose ces modifications.

- Le A concerne la prise en charge des consultations externes, des passages aux urgences et des prestations d'hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Jusqu'à présent, les modalités transitoires prévoyaient que les activités MCO étaient financées sur la base de deux éléments : une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation (la part T2A, fixée à 50 % en 2007) et une dotation annuelle complémentaire. Les services d'urgence bénéficiaient d'un financement mixte, forfait annuel et tarif par passage, les consultations externes étaient facturées en application des tarifs fixés par l'assurance maladie (classification commune des actes médicaux) et de forfaits techniques.

Le présent article procède à deux modifications :

- les activités MCO seront **intégralement financées** par l'intermédiaire des tarifs fixés par le ministre chargé de la santé ; la part versée au titre de la dotation annuelle complémentaire est donc supprimée ;

- les tarifs utilisés pour la rémunération des consultations externes, des consultations des services d'urgence et des activités MCO peuvent être affectés d'un **coefficient de transition**, ainsi que, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Comme le précise l'exposé des motifs, le coefficient de transition doit garantir « *la neutralité des recettes des établissements de santé* ». Son objectif est de limiter les effets négatifs susceptibles de survenir lorsque les activités MCO seront intégralement valorisées sur la base des tarifs. Par dérogation, les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile et de prélèvement d'organes ne sont pas affectés par ce coefficient de transition.

L'application de coefficients géographiques était déjà autorisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 « *afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle, le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée* ». Les établissements d'Ile-de-France et d'outre-mer sont les principaux bénéficiaires de cette mesure.

Ces règles ne sont pas propres aux établissements publics. Des mécanismes similaires avaient été définis dans la loi de financement pour 2004 afin d'accompagner la mise en œuvre de la T2A dans les établissements privés, où elle s'applique depuis le 1^{er} mars 2005.

- Le B détaille les modalités de mise en œuvre de ce coefficient de transition selon deux périodes : la première, comprise entre le 1^{er} janvier et le 29 février 2008, est conçue pour achever l'exercice budgétaire en cours ; la seconde commence le 1^{er} mars 2008. A compter de cette date, la valeur du coefficient doit converger vers 1. Cette valeur représente les tarifs moyens de l'échelle nationale des coûts (ECN). La valeur de ces tarifs est fondée sur l'étude des coûts et de l'activité des établissements à partir des données recueillies dans le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). Cette moyenne permet de définir les modalités d'une convergence entre tous les établissements du secteur public qui, au terme de la période transitoire, c'est-à-dire normalement en 2012, seront rémunérés sur la base d'un tarif unique propre au secteur public.

Pour les établissements publics, la mise en œuvre du processus de convergence débute par une évaluation individuelle de leurs coûts de fonctionnement.

Chaque établissement peut connaître sa situation au regard de l'objectif de convergence en comparant son coût de fonctionnement pour un GHS donné (la référence utilisée pour valoriser l'activité) avec le tarif fixé par le ministère. Lorsque le rapport des deux masses est inférieur à 1, c'est-à-dire lorsque les coûts de fonctionnement de l'établissement sont inférieurs aux tarifs moyens, l'établissement est dans une situation favorable au regard de la réforme ; lorsque le rapport est supérieur à 1, il doit améliorer sa productivité.

Le coefficient de transition permettra aux établissements considérés comme perdants de bénéficier, à compter du 1^{er} mars 2008, d'une aide

financière complémentaire, dans l'attente de l'amélioration de leur productivité.

Les simulations réalisées font apparaître que les ajustements rendus nécessaires par la montée en charge de la T2A sont soutenables pour la majorité des établissements, puisque environ 70 % d'entre eux ont des coûts de fonctionnement se situant à plus ou moins 10 % des références tarifaires. L'exposé des motifs précise que, « *pour 2008, un effort de convergence est maintenu, correspondant à celui qu'aurait représenté dans l'ancien dispositif, une augmentation de dix à quinze points de la fraction tarifaire, soit une hausse équivalente à celle des années précédentes* ».

- Le C précise que chaque année, l'Etat fixe la valeur du coefficient de transition ainsi que le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé. Dans le cadre de ce taux régional, le directeur de l'ARH fixe la valeur du coefficient de transition de chaque établissement. Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012.

Ce mécanisme repose sur la même logique que celui mis en place pour les établissements privés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le directeur de l'ARH se voit donc reconnaître une marge d'autonomie nouvelle : il aura désormais la possibilité d'apporter une aide supplémentaire aux établissements en difficulté à la condition que le total des aides financières ainsi redistribuées ne soit pas supérieur aux sommes prélevées sur le budget des établissements considérés gagnants. Ce faisant, il pourra développer une gestion plus fine de la convergence entre les établissements de santé publics situés dans le ressort de l'ARH.

Selon les estimations établies par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le processus de convergence au sein de secteur public devrait se traduire par des transferts de financement entre établissements gagnants et perdants estimés à 1,3 milliard d'euros.

- Le D définit les conditions selon lesquelles les sommes versées aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier sont réparties entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

Sont concernés les activités de MCO, les forfaits annuels versés pour la rémunération de certaines activités (urgences, prélèvements d'organes) dont la liste est fixée par décret, qui, par leur nature, nécessitent de mobiliser des moyens importants et les dotations annuelles des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Cette disposition est indispensable en raison du nouveau report de la transmission des facturations entre les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie. En effet, la facturation directe permettra de connaître l'exacte répartition des charges résultant des GHS et des autres prestations (urgences, Migac) et sera adressée au régime dont dépend l'assuré. **Tant que**

ce dispositif n'est pas opérationnel, la répartition entre les régimes doit être effectuée selon d'autres modalités, en l'occurrence par voie réglementaire.

- Le E dispose que la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend l'établissement de santé, dite caisse pivot, peut verser, dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des forfaits annuels et des dotations Migac. Cette disposition vient se substituer au dispositif mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2004 qui prévoyait le versement des montants dus au titre de la dotation annuelle complémentaire sous la forme de versements mensuels. Sans modification des dispositions transitoires, et compte tenu de la décision prise par le gouvernement de supprimer la dotation annuelle complémentaire, les établissements de santé rencontreraient des difficultés de trésorerie puisqu'aucun financement ne pourrait être perçu avant la transmission de leurs données d'activité à l'ARH, puis à la caisse.

Il convient donc de mettre en œuvre de nouvelles modalités d'avances de trésorerie qui feront l'objet de régularisations comptables au fur et à mesure de l'année puis, en cas de nécessité, d'une régulation définitive à la clôture de l'exercice budgétaire.

Cette disposition répond en outre à une demande des gestionnaires hospitaliers qui se plaignent des retards provoqués par l'intervention des ARH dans la chaîne budgétaire et comptable.

La réforme des modalités de financement des établissements de santé s'est accompagnée d'une réforme comptable entraînant la mise en place d'un nouveau cadre budgétaire, l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), qui s'est substitué à l'ancien budget des hôpitaux.

Cet EPRD fonctionne sur la base de crédits évaluatifs, sauf pour les charges liées à la rémunération des personnels, en recettes comme en dépenses. Afin de tenir compte des évolutions de l'activité de l'établissement, il est notamment élaboré sur la base des tarifs nationaux fixés par l'Etat.

La mise en œuvre d'un coefficient de transition doit être prise en compte dans l'élaboration de l'EPRD puisqu'elle modifie le montant des recettes (tarif fixé nationalement par le ministère + coefficient de transition de l'établissement) perçues par chaque établissement.

- Le F précise donc que l'état prévisionnel de dépenses et de recettes (EPRD) est établi sur le fondement des tarifs affectés du coefficient de transition de l'établissement.

- Le G dispose que les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité dans les hôpitaux du service de santé des armées sont fixées par décret.

- Le H précise que les modalités d'application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, modifié par le présent article,

sont fixées par décret, à l'exception des mesures relatives à la comptabilité des établissements qui font l'objet d'une application directe.

Le 4° du paragraphe I modifie la rédaction du VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Par dérogation aux règles applicables aux établissements publics et privés participant au service public hospitalier, il était prévu que les établissements situés en Guyane continuent d'être financés par dotation globale pour les années 2005 à 2007. La nouvelle rédaction propose de maintenir cette dérogation pour les années 2008 et 2009. Les difficultés structurelles rencontrées par ces établissements ne permettent pas d'envisager, en l'état, leur financement par T2A.

Le 5° du paragraphe I du présent article modifie la rédaction du VII du même article 33 en supprimant la référence à l'objectif intermédiaire de réalisation à 50 % du processus de convergence tarifaire entre les établissements publics et privés, prévu en 2008, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

A la suite d'un rapport de l'Igas¹ proposant de « *réévaluer les modalités de la convergence public-privé, notamment d'après les résultats de l'étude nationale de coût privé* », le Gouvernement avait demandé la suppression de cette étape de 2008 du processus de convergence, en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouvaient les pouvoirs publics de mesurer l'écart des coûts entre le secteur public et le secteur privé et, en conséquence, de leur incapacité à proposer de réduire de 50 % un écart non encore mesuré.

Le Parlement avait toutefois maintenu cet objectif dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, afin de conserver son caractère contraignant à la réforme et ses chances d'aboutir.

Cette position était partagée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, lors de sa séance du 23 février 2006, avait considéré que « *la mise en œuvre d'un programme poussé d'études ne constitue pas un préalable à la démarche de convergence dans la mesure où cette démarche sera extrêmement progressive* ». Le Hcaam estimait en conséquence qu'« *il n'y a donc pas de risques à entreprendre les premières étapes de différenciation des tarifs dont on voit qu'elles doivent contribuer à assurer au secteur privé des conditions cohérentes de fonctionnement sans le faire bénéficier d'un effet d'aubaine anormal* ».

Ceci étant, la suppression de cette étape ici proposée n'est pas une surprise : elle était attendue compte tenu des difficultés rencontrées par le Gouvernement pour établir des études de coûts de fonctionnement comparés entre les établissements publics et les établissements privés. Il n'en demeure pas moins que cette mesure annonce un nouveau report dans la mise en œuvre du processus de convergence.

¹ Inspection générale des affaires sociales, mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé, janvier 2006.

En contrepartie, un bilan des travaux réalisés pour justifier les écarts entre les tarifs des établissements publics et ceux des cliniques sera transmis au Parlement avant le 15 octobre 2008. L'exposé des motifs du présent article précise que les informations transmises au Parlement à cette occasion comprendront également les « *études dites complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité visant à expliquer les écarts de coûts observés* » entre les établissements publics et privés et confirme « *le principe d'une convergence achevée en 2012* ».

Par coordination avec les dispositions du paragraphe I, le **paragraphe II** du présent article abroge le II de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui déterminait la période de transition à l'issue de laquelle les établissements de santé devaient adresser leur facturation directement aux caisses locales d'assurance maladie, sans passer par les ARH.

Le **paragraphe III** prévoit les dispositions transitoires applicables entre le 1^{er} janvier et le 29 février 2008, c'est-à-dire entre la date de suppression de la dotation complémentaire annuelle et la clôture de l'exercice comptable 2007.

Il s'agit d'une phase d'ajustement technique destinée à lisser d'éventuelles distorsions dans les allocations de ressources auxquelles peuvent prétendre les établissements de santé et à garantir ainsi les ressources versées aux établissements pour l'exercice 2007.

Le **paragraphe IV** clarifie les modalités de financement de la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical.

L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale dispose que les activités de recherche et d'enseignement (ou Merri, mission d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation) peuvent être financées dans le cadre de la dotation nationale de financement des Migac. La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical est prise en charge dans ce cadre.

Or, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a confié aux conseils régionaux « *la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts* » assurant la formation des auxiliaires médicaux¹.

Le présent article propose donc de clarifier la rédaction de l'article L. 162-22-13 du même code afin de retirer le bénéfice de la dotation Migac à ces établissements de formation, afin d'éviter toute confusion sur leur financement.

Pour coordination avec le E du 3^o du I, le **paragraphe V** modifie l'article L. 162-22-15 du même code qui dispose que les forfaits annuels (urgence, prélèvements d'organes, transplantations d'organes) et les dotations

¹ Article L. 4383-5 du code de la santé publique.

de financement des Migac sont versés par douzième par les caisses pour préciser que ces forfaits annuels et ces dotations seront désormais versés dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Le paragraphe VI précise la rédaction de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique afin d'inclure dans les engagements généraux qui doivent figurer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les ARH et les établissements, les engagements de « retour à l'équilibre financier ». Cette modification répond au souci exprimé par le Gouvernement d'utiliser les aides à la contractualisation pour accompagner les établissements de santé, soit dans une politique de réduction des déficits, soit pour lisser progressivement les effets de la T2A durant la période dite de convergence.

Cette mesure rend obligatoire la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsqu'une aide est accordée au titre de la dotation nationale finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) à un établissement en difficulté financière. La circulaire budgétaire du 24 février 2006 précise que la dotation d'aide à la contractualisation, qui peut servir à atténuer les effets des revenus liés à la montée en charge de la T2A, accompagner les efforts de restructuration des établissements rendus nécessaires par le nouveau mode de financement, n'a pas vocation à compenser de manière définitive les baisses de revenus résultant du nouveau mode de financement.

Afin de tenir compte de la suppression de la dotation annuelle complémentaire (Dac) prévue par le présent projet de loi à compter du 1^{er} janvier 2008, le **paragraphe VII** modifie l'article XVIII de l'article premier du titre I de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction hospitalière en supprimant la référence au D du V de l'article 33 de la loi de financement pour 2006 qui, dans sa rédaction actuelle, décrit les modalités de fixation de cette dotation annuelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements visant à :

- préciser que le processus de convergence entre les établissements publics et privés est orienté vers les tarifs des établissements privés ;
- prévoir que tout tarif nouvellement créé à compter de la publication de la présente loi sera fixé à un niveau identique pour les établissements publics et privés ;
- adapter les modalités de convergence des établissements publics aux spécificités juridiques de l'assistance publique- hôpitaux de Paris (AP-HP).

III - La position de votre commission

La commission approuve le choix fait par le Gouvernement de financer intégralement les activités MCO, des établissements publics par T2A à compter du 1^{er} janvier 2008.

Elle souligne que de nombreuses difficultés techniques, notamment dans le domaine des systèmes d'information, retardent la mise en œuvre de certains volets de la réforme. Les difficultés les plus importantes concernent les systèmes d'information et l'établissement d'une comptabilité analytique suffisamment précise pour permettre aux établissements de s'adapter aux exigences de la T2A en la matière.

Elle déplore les nouveaux retards prévus pour la réalisation des études nécessaires à l'analyse des écarts de coûts entre les établissements publics et privés. Ces travaux ont été annoncés à l'occasion de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et les premiers résultats devaient être disponibles au cours du second trimestre 2007. Ils sont désormais annoncés pour le 15 octobre 2008. Cette situation souligne une forme d'impréparation de la réforme puisque la Cour des comptes avait souligné, dès 2002, la nécessité de développer ces analyses.

Ces observations sont pondérées par les choix clairs opérés par le Gouvernement sur les conditions de poursuite de la mise en œuvre de la T2A, puisqu'il est désormais inscrit dans la loi que cette démarche est orientée vers les tarifs des établissements de santé privés et que tout tarif nouvellement créé sera fixé à un niveau identique pour toutes les catégories d'établissements. Ces mesures vont dans le sens d'une reprise du processus de convergence qui constitue un élément central de la réforme des modalités de financement des établissements de santé.

Votre commission vous propose d'adopter **sept amendements** visant, outre l'amélioration rédactionnelle du texte, à :

- prévoir que le coefficient de transition créé par le présent article ne s'applique pas aux actes et consultations externes ;
- préciser que le coefficient de transition appliqué aux tarifs des activités MCO doit prendre en compte les charges sociales supplémentaires supportées par les établissements privés participant au service public hospitalier ;
- favoriser la convergence entre établissements publics et privés en prévoyant que la progression des tarifs publics doit être inférieure à celle des tarifs du privé ;
- autoriser, sous certaines conditions, les établissements de santé publics à mettre du personnel à disposition de prestataires privés, dans le cadre d'opérations d'externalisation de certaines fonctions ;
- clarifier le contenu des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements de santé.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article 42 bis
(article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006
de financement de la sécurité sociale pour 2007)*

**Rapport au Parlement sur l'expérimentation
de la tarification à l'activité pour la psychiatrie
et les soins de suite et de réadaptation**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit qu'un rapport sera remis au Parlement sur l'expérimentation de T2A aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Fin 2003, lors de l'adoption des modalités de financement par T2A des activités de MCO dans les établissements de santé, le gouvernement avait fait part de son souhait d'étendre, à court terme, le même type de financement aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR).

La loi de financement pour 2007 a donc autorisé le gouvernement à expérimenter de nouveaux modes de financement pour les activités de psychiatrie et de SSR pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007.

Cet article propose que le gouvernement informe le Parlement du déroulement de cette expérimentation, en remettant un rapport avant le 15 octobre 2009.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette demande de rapport qui permettra d'informer le Parlement du déroulement de cette expérimentation.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43

**Expérimentation d'une enveloppe hospitalière
pour les transports sanitaires**

Objet : Cet article a pour objet d'expérimenter de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

Dans son rapport de septembre 2007, la commission des comptes de la sécurité sociale souligne que les dépenses liées aux transports sanitaires connaissent une progression soutenue depuis plusieurs années, supérieure à celle du sous-objectif soins de ville (9 % contre 2,8 % en 2006, 7,3 % contre 4,3 % en 2007).

La hausse des dépenses de transports, dont le montant s'élève à 2,26 milliards d'euros (soit environ 4 % du sous-objectif de soins de ville) est provoquée par la croissance du volume d'activité des entreprises de transports, plus que par la revalorisation du tarif de ces prestations.

A l'initiative de l'assurance maladie, de nouvelles règles de prescriptions sont entrées en vigueur en mars 2007. Elles visent à étendre les principes de la maîtrise médicalisée conventionnelle aux dépenses de transports. Un référentiel élaboré par l'assurance maladie et les médecins permet de choisir le moyen de transport le mieux adapté à l'état du malade.

Le présent article propose d'expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période qui n'excédera pas cinq ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement des frais de transports de patients prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier.

Cette expérimentation centrée sur les établissements de santé est motivée par le fait que 64 % des dépenses de transports prises en charge par l'assurance maladie sont prescrites par les praticiens hospitaliers¹.

Dans ce cadre, les frais de transports seront mis à la charge des établissements expérimentateurs qui percevront une dotation spécifique de l'assurance maladie. Par dérogation aux règles de prise en charge applicables aux frais de transport, la participation de l'assuré sera versée aux établissements de santé.

¹ *Transports de malades : un mode de transport mieux adapté à l'état de santé du patient, Cnam, point d'information mensuel, 23 janvier 2007.*

Le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sera arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable au principe d'une expérimentation sur la prise en charge des frais de transports prescrits à l'hôpital.

Elle propose **un amendement** destiné à préciser les conditions de cette expérimentation et à garantir l'efficacité du dispositif

Elle rappelle que la question du transport des patients prend une acuité particulière dans les régions où la faible densité de médecins, et notamment de médecins spécialistes, contraint les assurés à se déplacer sur des distances longues¹.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 43 bis

(art. L. 162-5-16 nouveau du code de la sécurité sociale)

Pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'appliquer, à compter du 1^{er} janvier 2009, des pénalités financières lorsque les médecins hospitaliers et les médecins salariés des centres de santé établiront des prescriptions sans y faire figurer leur numéro d'identification personnel.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Sénat, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a prévu que les médecins exerçant dans les établissements de santé publics et les centres de santé doivent pouvoir être identifiés par un numéro personnel distinct du code d'identification de la structure. Cette disposition a pour objet de faciliter le suivi des prescriptions médicales établies à l'hôpital

¹ Pour un exemple d'action innovante en matière de transports développée par le conseil général de la Marne, cf. le rapport d'information : *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* de Jean-Marc Juilhard, au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, n° 14, 2007-2008.

et de permettre le développement de la maîtrise médicalisée hospitalière. Elle s'impose d'ores et déjà aux médecins libéraux.

Cette mesure n'est toujours pas mise en œuvre trois ans après son adoption. Le retard est imputable aux délais nécessaires à l'établissement d'un répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Dans son rapport de septembre dernier consacré à la sécurité sociale, la Cour des comptes a rappelé que ce répertoire, prévu initialement pour le début 2005, ne devrait être opérationnel qu'à la fin 2007.

Le présent article propose que les dépenses résultant de prescriptions hospitalières rédigées sans mention du numéro d'identification individuel du médecin prescripteur soient déduites des versements perçus par les établissements de santé ou les centres de santé.

Ces pénalités pourraient être appliquées à compter du 1^{er} janvier 2009, c'est-à-dire si l'on se fie aux précisions données par la Cour des comptes, un an après la date de la mise en œuvre du RPPS.

II - La position de votre commission

Votre commission a obtenu l'adoption, voici plus de trois ans, du principe de l'identification des médecins libéraux. Elle a, depuis, interrogé les ministres successivement en charge de la santé sur la date d'entrée en vigueur de ce dispositif. Elle se félicite donc de l'établissement imminent du RPPS qui aura en outre pour intérêt de fournir aux pouvoirs publics une information exacte sur le nombre de professionnels de santé en exercice.

En revanche, elle exprime des réserves sur le dispositif prévu au présent article, car elle estime qu'en cas d'absence du numéro d'identification individuelle, la sanction devrait peser sur le médecin plutôt que sur l'établissement.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose un amendement rédactionnel et vous demande d'adopter l'article ainsi modifié.

Article 44
(art. L. 6122-15 du code de la santé publique)
Groupements de coopération sanitaire

Objet : Cet article complète les règles relatives à la création des groupements de coopération sanitaire.

I - Le dispositif proposé

Le code de la santé publique propose plusieurs formes de coopération aux établissements de santé publics et privés parmi lesquels on distingue : les communautés d'établissements de santé, les syndicats interhospitaliers, les conventions de coopération, les fédérations médicales interhospitalières et les groupements de coopération sanitaire (GCS).

Créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et définis par les articles L. 6133-1 à L. 6133-6 du code de la santé publique, **les groupements de coopération sanitaire ont pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de leurs membres**. A ce titre, ils peuvent réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun.

Devant le faible succès rencontré par les différentes formes de coopération sanitaire, l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation, a aménagé les règles de la coopération interhospitalière.

Son titre III, « *simplification des formules de coopération* », dispose qu'à compter de la publication de l'ordonnance, aucune communauté d'établissements de santé ni syndicat interhospitalier ne pourra être créé à compter du 1^{er} janvier 2005.

L'objectif de l'ordonnance de 2003 est de faire du groupement de coopération sanitaire l'outil principal de la coopération interhospitalière. Elle a accordé à ces structures des compétences accrues, par exemple la possibilité d'être employeur et les a autorisées à accueillir en leur sein des établissements de santé publics et privés, des établissements médicosociaux, ainsi que des professionnels de santé libéraux.

Ces groupements sont dotés de la personnalité morale, de droit public lorsqu'il est exclusivement composé d'établissements publics, de droit privé dans les autres cas.

En tout état de cause, l'article L. 6133-1 précise que les GCS poursuivent un but non lucratif et ne sont pas des établissements de santé. Toutefois, ils peuvent être autorisés par le directeur de l'ARH à exercer les missions d'un établissement de santé. Celui-ci peut également demander à deux ou plusieurs établissements de santé de créer un GCS.

Le présent article propose de renforcer les pouvoirs du directeur de l'ARH en matière de création des GCS et modifie leurs règles de fonctionnement dans le sens d'une plus grande intégration des structures membres du groupement.

Ces nouvelles modalités s'inscrivent dans le cadre d'une politique de rationalisation de l'offre hospitalière. Lorsque plusieurs établissements publics seront regroupés au sein d'un GCS, le directeur de l'ARH pourra fixer les compétences qui seront obligatoirement transférées des hôpitaux vers le groupement. Toutes choses égales par ailleurs, ce mécanisme s'inspire du fonctionnement des établissements publics de coopération intercommunale. La liste des compétences pouvant entraîner un transfert fera l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

Lorsque cette compétence concernera les activités de soins soumises à une autorisation d'activité, l'autorisation sera transférée de l'hôpital qui la détient au GCS.

Le présent article prévoit que les établissements privés peuvent adhérer aux groupements ayant procédé à un transfert de compétences.

Ces GCS peuvent être formés entre les établissements appartenant à plusieurs régions. Dans ce cas, leur création est décidée par décision conjointe des directeurs d'ARH compétents.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission soutient l'évolution des modalités de coopération interhospitalière dans le sens d'une plus grande intégration des structures.

Elle souligne toutefois que l'existence de ces outils ne suffit pas pour mener à bien les restructurations indispensables. Elle souhaite que le Gouvernement mobilise les ARH sur ce thème afin de mener à bien la nécessaire réforme de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 44 bis

(art. L. 6146-10 du code de la santé publique)

**Possibilité reconnue aux centres hospitaliers régionaux
de faire appel à des praticiens libéraux**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, permet aux centres hospitaliers régionaux de faire fonctionner des structures médicales avec le concours de praticiens libéraux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 6146-10 du code de la santé publique autorise les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux à créer et à faire fonctionner des structures médicales qui font appel à des praticiens libéraux (médecins généralistes ou spécialistes, sages-femmes). La création ou l'extension de ces structures est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

En revanche, il est interdit aux centres hospitaliers régionaux (CHR) de recourir à cette possibilité. Le présent article propose de supprimer cette interdiction.

En effet, l'évolution de la démographie médicale et les choix d'exercice faits dans certaines spécialités, largement au bénéfice de l'exercice libéral (radiologie, ophtalmologie, urologie), amènent à constater des difficultés de fonctionnement, y compris dans les CHR, pour assurer les gardes et astreintes.

Or, certains praticiens libéraux sont disposés à intervenir dans les CHR, à condition que les modalités en soient souples et rapides.

Cette forme de coopération peut également s'avérer utile dans les villes de taille moyenne lorsque la disparition d'une clinique privée conduit les praticiens libéraux à intervenir sur le plateau technique du centre hospitalier. Cette solution est plus rapide à mettre en œuvre que la création d'un groupement de coopération sanitaire. Elle est même susceptible de favoriser le maintien des médecins spécialistes dans certaines parties du territoire.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à une meilleure coopération entre les médecins libéraux et les établissements de santé. Elle estime que le renforcement de cette coopération constitue un moyen susceptible de réduire les effets défavorables de la démographie médicale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 45

*(art. L. 14-10-1, L. 14-10-9, L. 313-4, L. 313-12 et L. 314-3
du code de l'action sociale et des familles,
article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001
relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées
et à l'allocation personnalisée d'autonomie,
articles 5 et 23 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975
relative aux institutions sociales et médico-sociales)*

Financement des établissements sociaux et médico-sociaux

Objet : Cet article élargit les missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et propose diverses dispositions relatives à la tarification dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé

L'élargissement des missions de la CNSA (paragraphe I)

• La CNSA dispose depuis l'origine¹ de réserves importantes provenant d'une sous-consommation des crédits, elle-même consécutive à une montée en charge relativement lente des projets financés.

Tirant les conséquences de cette situation, plusieurs mesures sont intervenues ponctuellement afin d'utiliser ces réserves :

- le III de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu que les excédents de 2004 et de 2005 puissent être affectés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services du secteur médico-social ainsi que des logements-foyers et des unités de soins de longue durée (USLD) ;

- l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a reconduit le même dispositif pour les excédents de l'exercice 2006.

Il a, par ailleurs, donné la possibilité à l'assurance maladie de prendre en charge les intérêts des emprunts d'investissements immobiliers contractés par certains établissements d'hébergement de personnes âgées.

• Le décalage entre recettes et dépenses ayant acquis un **caractère structurel**, le texte propose :

- de **pérenniser** les dispositifs ponctuels votés ces deux dernières années ;

¹ La CNSA a été instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- d'autoriser la CNSA à utiliser également ses excédents structurels pour financer **des dépenses d'investissement** en vue de la **création** de places nouvelles en établissements et services sociaux et médicosociaux, alors que, jusqu'à présent, elle ne pouvait intervenir qu'au titre de dépenses de fonctionnement ;

- enfin, de permettre l'affectation d'une partie des crédits reportés au financement d'**actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants** des établissements et services médicosociaux.

• En conséquence, le 1^o du paragraphe I du présent article complète les dispositions de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux missions de la CNSA. **Trois nouvelles missions** sont assignées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont les deux premières lui avaient en fait déjà été reconnues ponctuellement dans les deux précédentes lois de financement (la troisième étant entièrement nouvelle) :

- contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité des établissements et services sociaux et médicosociaux ;

- contribuer au financement de l'investissement destiné à la modernisation des locaux déjà en fonctionnement ;

- contribuer au financement de l'investissement destiné à la création de places nouvelles.

• Le 2^o du paragraphe I précise **les règles d'affectation comptable** mises en œuvre pour permettre à la CNSA de mobiliser les ressources correspondant à ces missions.

Tout ou partie des reports de crédits d'une année sur l'autre, provenant de la section I « *Financement des établissements ou services sociaux et médicosociaux* » du budget de la CNSA, pourront être reversés sur la section V « *Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie* », par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, après avis du conseil de la caisse (dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles).

Dans ce cadre, les excédents seront également répartis entre les deux sous-sections¹ qui composent la section V. Puis conformément aux dispositions du nouvel article L. 14-10-9, insérées dans le code de l'action sociale et des familles, un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, déterminera les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits entre les trois postes suivants :

¹ « *Actions en faveur des personnes âgées* » (sous-section 1) et « *Actions en faveur des personnes handicapées* » (sous-section 2).

- **l'investissement** ; le texte rappelle les trois destinations possibles de ce poste, correspondant aux trois missions ajoutées à l'article L. 14-10-1 du même code : création de places nouvelles, mise aux normes techniques et de sécurité, modernisation des locaux ;

- **la prise en charge des intérêts des emprunts** contractés par les établissements au titre de leurs investissements immobiliers, poste qui se rattache également à la mission de soutien à l'investissement dévolue dorénavant à la CNSA ;

- enfin, **le financement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants.**

• Selon l'exposé des motifs du projet de loi de financement, ce dernier poste vise à renforcer des dispositifs déjà existants par lesquels la CNSA intervient financièrement en matière de formation professionnelle, notamment en faveur de certaines formations spécifiques « *sur des thématiques prioritaires d'accompagnement de la personne âgée ou handicapée* ».

Il semblerait qu'une première version du texte ait eu une portée plus large et que les rédacteurs aient souhaité qu'il prévoie en réalité la prise en charge du coût du remplacement des personnels partis en formation. Cette conception extensive de l'emploi des crédits de formation et de qualification n'a finalement pas été retenue.

• **Le champ des établissements et services** susceptibles de recevoir les financements ainsi définis diffère selon le type d'action.

L'aide directe à l'investissement, par le financement d'opérations physiques, est destinée aux établissements entrant dans le champ de l'Ondam médicosocial géré par la CNSA (article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles) ainsi qu'aux unités de soins de longue durée (2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique).

La contribution au financement d'intérêts d'emprunt s'adresse à certaines structures d'accueil des personnes âgées :

- les établissements d'hébergement de personnes âgées, à l'exception de ceux qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception du 1°) ;

- les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (6° du I de l'article L. 312-1 du même code), lorsque ces établissements ou ces services sont habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places et ont conclu une convention tripartite avec la Ddass et le président du conseil général.

Les deux régimes d'aide à l'investissement (subvention directe et prise en charge des intérêts d'emprunt) couvrent exactement le même champ que celui défini pour les dispositifs temporaires des deux dernières lois de financement.

Enfin, le bénéfice du financement des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants, qui constitue ici une innovation, est ouvert aux établissements entrant dans le champ de l'Ondam médicosocial géré par la CNSA, à l'exception toutefois de deux catégories :

- les établissements sociaux et médicosociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, soumis à l'obligation de signature d'une convention tripartite, mais qui ne se sont pas encore conformés à cette contrainte (I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) ;

- les logements-foyers hébergeant des personnes âgées dépendantes, autorisés à déroger à l'obligation de signature d'une convention tripartite globale, et ayant effectivement exercé cette option (premier et deuxième alinéas du I *bis* de l'article L. 313-12).

<p style="text-align: center;">Les règles de tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées qui ne se sont pas encore conformés à l'obligation de conventionnement (paragraphe II et III)</p>
--

• L'article 23 de la loi du 24 janvier 1997¹ avait engagé la réforme de la tarification applicable dans les établissements sociaux et médicosociaux et fixé au **31 décembre 1998** le délai limite pour la signature des conventions tripartites d'application entre chaque établissement concerné², la Ddass et le président du conseil général.

Ce délai a été constamment repoussé depuis³. Il est actuellement fixé au **31 décembre 2007** en vertu de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

En ce qui concerne les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), 5 585 conventions tripartites portant sur 454 816 places avaient été signées au 20 août dernier. Il resterait à conclure 1 000 à 1 200 conventions correspondant à environ 86 000 places.

¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

² Etablissements dont le Gir (groupe iso-ressources) moyen pondéré (GMP) est supérieur ou égal à 300. Les principes du conventionnement ont été par la suite codifiés sous l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

³ Au 31 décembre 2003, par l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ; puis au 31 décembre 2005, pour la généralité des établissements, et au 31 décembre 2006, pour les logements foyers, par l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Une proportion de 75 % à 80 % en moyenne des structures soumises à l'obligation de conventionnement ont donc effectivement signé une convention tripartite. Toutefois, ce taux ne serait que de 55 % à 60 % pour les USLD.

Pour ce qui est des logements-foyers, 246 d'entre eux, représentant une capacité d'accueil de 14 606 places, ont déjà signé une convention tripartite. Le nombre total de places susceptibles d'être conventionnées est d'environ 35 000, soit 20 000 de plus qu'aujourd'hui.

- Alors que les premiers établissements signataires ont commencé à négocier le renouvellement de leur convention depuis la fin de 2006, **le Gouvernement n'a pas souhaité reporter une nouvelle fois l'échéance de signature des conventions tripartites.**

Cependant, il n'a pas voulu non plus que le couperet tombe sur les établissements non encore signataires. Ceux-ci restent finalement peu nombreux avec, on l'a vu, une surreprésentation relative des USLD, et le Gouvernement reconnaît la part éventuellement due à des blocages d'origine administrative dans les retards pris par le conventionnement. Deux types d'actions vont donc être menés pour sortir de l'impasse.

- Des **missions d'appui** seront envoyées dans les départements pour repérer les origines des difficultés et y remédier.

- **Parallèlement, le paragraphe II du présent article institue des mécanismes tendant à inciter les établissements concernés à passer une convention.**

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, qui pose le principe du conventionnement, serait complété par plusieurs alinéas précisant les règles de fixation des tarifs applicables aux établissements non encore conventionnés à la date du 1^{er} janvier 2008.

Ces dispositions se substitueraient au cadre transitoire, défini par l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. La loi de 2001 prévoit aujourd'hui que les structures en attente de conventionnement perçoivent un tarif dépendance et un tarif hébergement fixés par le président du conseil général dans les conditions de droit commun. Le forfait global de soins est, en revanche, fixé par le préfet et est égal à la somme des forfaits de soins attribués en 2001, revalorisée chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du budget en fonction de l'Ondam voté par le Parlement. Ce taux est destiné à financer l'augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie. Les taux d'évolution peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories d'établissements.

Aux termes du présent article, le tarif dépendance et le tarif hébergement continueraient d'être fixés par le président du conseil général, selon la procédure de droit commun. En revanche, **la détermination du forfait global de soins devrait répondre à un régime dérogatoire plus marqué**. Deux catégories d'établissements non conventionnés sont distinguées :

- les établissements autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux (c'est-à-dire essentiellement les unités de soins de longue durée) : le forfait global de soins attribué par le préfet resterait **figé à son niveau atteint en 2007** ; aucune revalorisation n'interviendrait tant que la convention n'aura pas été signée ;

- les établissements qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux et dont les prestations d'assurance maladie étaient jusqu'à présent prises en charge par les dotations de soins de ville, sans aucune limite ; pour ces structures, **un forfait global de soins** serait déterminé par le préfet sur la base de trois éléments de calcul : le Gir moyen pondéré de l'établissement, sa capacité d'accueil et un tarif de soins par place d'accueil fixé par arrêté ministériel. Pour ces établissements, le « robinet » des soins de ville serait donc fermé et remplacé par une enveloppe contrainte et fermée.

• **Le paragraphe III** tire les conséquences de ce dispositif et abroge l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie précitée, devenu sans objet.

<p style="text-align: center;">Le maintien des ressources provenant du forfait de section de cure médicale et du forfait de soins courants dans les logements-foyers existants (paragraphe III <i>bis</i> à V)</p>

• Les **logements-foyers hébergeant des personnes âgées**¹ qui bénéficient de ressources de l'assurance maladie doivent les perdre au terme de la période transitoire qui s'achève le 31 décembre prochain, ou passer sous le régime contraignant de forfait global de soins décrit dans la section précédente à défaut d'avoir signé la convention tripartite.

Trois cas de figure principaux peuvent se présenter parmi les logements-foyers qui ne sont pas couverts par une convention tripartite :

- **les logements-foyers médicalisés, possédant une section de cure médicale** (autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux), qui ont dans leur quasi-totalité l'obligation de signer la convention tripartite (car présentant un GMP égal ou supérieur à 300²), et basculeront donc dans le mécanisme de

¹ Catégorie spécifique définie comme regroupant des établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (établissements accueillant des personnes âgées) et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (logements-foyers proprement dits).

² On rappelle qu'il s'agit du seuil à partir duquel le conventionnement tripartite est prévu.

crystallisation de leur dotation à défaut de signature de la convention au 31 décembre 2007 ;

- **les logements-foyers non médicalisés** (qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux), **dont le GMP est cependant égal ou supérieur à 300** ; ces établissements disposent, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹, d'un droit d'option, en application du paragraphe *I bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que la proportion de Gir 1 ou 2 qu'ils accueillent soit inférieure à 10 % : ils peuvent alors décider de passer une convention tripartite ; ils peuvent également décider de ne pas conventionner ; ils ont enfin la faculté de passer une convention ne portant que sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement des personnes âgées dépendantes ; ces établissements reçoivent aujourd'hui des ressources de l'assurance maladie sur la base des dispositions de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ; or, on a vu que ce dispositif est abrogé par le paragraphe III du présent article ;

- enfin, **les logements-foyers non médicalisés** (qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux), **dont le GMP est inférieur à 300** ; ces établissements sont de plein droit exclus du champ du conventionnement et sont donc de toute façon condamnés à perdre les éventuels forfaits de soins courants qu'ils continuaient de percevoir jusqu'à présent. Cette perte aura pour conséquence de transférer la charge financière sur le tarif d'hébergement, c'est-à-dire sur les résidents.

• **Des mesures spécifiques sont prévues pour ces trois catégories de logements-foyers afin de leur conserver les ressources qu'ils percevaient de l'assurance maladie sans les soumettre à la rigueur du conventionnement ou bien de façon optionnelle :**

- les **logements-foyers** qui disposent, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, c'est-à-dire **possédant une section de cure médicale, et qui accueillent moins de 10 % de personnes âgées classées en Gir 1 ou 2²**, pourront bénéficier d'un **conventionnement partiel de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes** (paragraphe V - premier alinéa du *I ter* inséré dans l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) ; la convention devrait prévoir le versement d'un forfait dont le montant permettrait de maintenir les dotations allouées en 2007 à la section de cure médicale ; les résidents hébergés dans la capacité d'accueil non couverte par la convention pourront bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, c'est-à-dire que l'APA restera directement versée aux résidents.

¹ Article 48.

² Ce qui est le « deuxième seuil mentionné au premier alinéa du *I bis* » de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Cette mesure de conventionnement partiel décalque le dispositif prévu par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ciblé sur les logements foyers ne bénéficiant pas de l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, dont le Gir pondéré moyen est supérieur à 300, et qui, à ce titre, sont en principe soumis à l'obligation de conventionnement, mais accueillent moins de 10 % de personnes âgées classées en Gir 1 ou 2. On notera qu'en revanche les logements-foyers médicalisés dont le GMP est égal ou supérieur à 300 et dont la proportion de personnes âgées accueillies en Gir 1 ou 2 est supérieur à 10 % restent, pour leur part, soumis au régime de conventionnement sans dérogation possible ;

- **le paragraphe III bis**, inséré par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, adapte la rédaction de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, relatif au conventionnement, afin de tenir compte de l'abrogation de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 précitée : il prévoit que le forfait de soins versé aux **logements-foyers qui ont opté pour le non-conventionnement ou le conventionnement partiel et qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux** sera dorénavant calculé selon les règles énoncés ci-dessus pour les établissements qui ne se sont pas jusqu'à présent conformés à l'obligation de conventionnement et qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux (forfait global de soins déterminé par le préfet sur la base du Gir moyen pondéré de l'établissement, de sa capacité d'accueil et d'un tarif de soins par place d'accueil fixé par arrêté ministériel)¹ ;

- enfin, **les logements-foyers, qui ne bénéficient pas, au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et dont le Gir moyen pondéré est inférieur à 300, conserveront les forfaits de soins attribués en 2007** (paragraphe V du présent article – second alinéa du I *ter* inséré dans l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) ; le montant du forfait de soins courants pourra ainsi être reconduit d'année en année, mais ne sera toutefois maintenu que dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération et aux charges sociales et fiscales y afférentes des personnels de soins salariés par les établissements. Les résidents hébergés dans ces établissements pourront bénéficier, le cas échéant, de l'APA.

• Les **paragraphes IV et IV bis** du présent article tirent les conséquences de ces dispositifs :

- le IV supprime deux dispositions obsolètes de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et medicosociales : l'article 5 qui autorise les établissements d'hébergement pour personnes âgées à comporter des sections de cure médicale ; l'article 23 qui impose la transformation des anciens hospices publics en d'autres structures ;

¹ Ce dispositif ne s'applique évidemment qu'à la partie de l'activité non conventionnée lorsque l'établissement concerné a opté pour un conventionnement partiel.

- le IV *bis* procède à une adaptation de la législation, afin de tenir compte de la suppression des sections de cure médicale et du maintien d'un dispositif de remplacement dans les établissements qui en bénéficiaient jusqu'à présent. En effet, l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale prévoit que le forfait journalier n'est pas dû par les personnes admises dans les établissements possédant une section de cure médicale. Les références qu'il contient sont modifiées afin de préserver l'avantage accordé à ces personnes, dans la mesure où elles fréquentent, soit un logement-foyer ayant passé une convention lui permettant de conserver le bénéfice d'une dotation calquée sur l'ancien forfait de section de cure médicale, soit un logement-foyer médicalisé en attente de signature d'une convention tripartite.

Par ailleurs, le même paragraphe supprime l'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 précitée. Les dispositions de cet article étaient, en effet, devenues sans objet : les I à IV modifiaient des articles de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 qui ont été abrogés par l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 ; le V posait le principe du financement des places de section de cure médicale par les régimes d'assurance maladie ; enfin, le VI régissait l'autorisation de création ou d'extension des sections de cure médicale.

<p style="text-align: center;">Le renforcement de la programmation financière pluriannuelle de la CNSA (paragraphe VI et VII)</p>
--

En application des dispositions de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent, dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux.

Le montant ainsi défini est ensuite réparti par la CNSA en dotations régionales limitatives.

L'article L. 314-3-4 ajoute **une dimension pluriannuelle** à ce document administratif, en précisant que l'arrêté interministériel fixe, le cas échéant, le montant indicatif pour les établissements concernés, ou pour certaines catégories d'entre eux, des crédits de fonctionnement prévisionnels, conformément aux objectifs de dépenses pour les quatre années à venir figurant en annexe à la loi de financement.

L'article L. 312-5-2 précise, dans son troisième alinéa, que ces dotations prévisionnelles sont insérées en annexe des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) pour leur montant des deux années suivant celle au titre de laquelle le programme est établi.

- **Le paragraphe VI** complète les missions de répartition confiées à la CNSA en précisant qu'elles portent non seulement sur la dotation définie par les ministres pour l'année à venir, mais aussi sur les enveloppes prévisionnelles annexées aux Priac.

- En conséquence, le **paragraphe VII** modifie l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que l'autorisation délivrée aux établissements et aux services sociaux et médicosociaux ne peut être accordée que si le coût de fonctionnement du projet en année pleine est compatible avec le montant des dotations mentionnées en annexe au Priac.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels ou de coordination, l'Assemblée nationale a complété le paragraphe VI afin de permettre à la CNSA de réserver une part des enveloppes qu'elle distribue à la réalisation d'un **objectif de convergence tarifaire entre les établissements sociaux et médicosociaux relevant de la même catégorie**.

On a vu qu'en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, la caisse a pour mission de répartir en dotations régionales limitatives le montant défini par arrêté interministériel de l'objectif de dépenses médicosocial (OGD). Les niveaux de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des Priac, ainsi que des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services.

Un premier amendement de l'Assemblée nationale a ajouté à cet objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions un « *objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories* » (2° du VI).

Un second amendement a prévu que, pour mettre en œuvre cet objectif, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer par arrêtés annuels soit les tarifs plafonds, soit les règles permettant aux préfets de calculer des tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médicosociaux (3° du VI).

La motivation de ce dispositif serait que la situation actuelle se caractérise par des différences d'allocations de ressources d'assurance maladie entre établissements et services qui ne se justifient pas du point de vue des populations prises en charge. Les établissements et services les moins bien dotés ne peuvent espérer une mise à niveau de leur allocation de ressources alors même qu'ils prennent en charge une population parfois plus lourdement dépendante que celle d'établissements ou services pourtant mieux dotés.

Dans des établissements et services où la dotation soins est affectée à hauteur de 95 % à la rémunération du personnel soignant, de telles différences se traduisent soit par des ratios de personnels soignants différents, soit par des difficultés de recrutement et de fidélisation de ces personnels en raison de niveaux de rémunération non concurrentiels, ce qui est préjudiciable à une juste prise en charge, adaptée à la perte d'autonomie des publics concernés.

Un second argument tiendrait au fait que deux ans après l'institution de la CNSA, la répartition des enveloppes régionales limitatives continuerait de s'inscrire dans une logique d'application uniforme d'un taux d'évolution, immédiatement et strictement répercuté par les échelons déconcentrés de l'Etat sur les budgets des établissements et services.

Il en résulte pour ces établissements et services une impossibilité de faire reconnaître l'évolution éventuelle de leur coût liée à la progression du niveau de perte d'autonomie des personnes accueillies.

III - La position de votre commission

Trois des quatre mesures contenues dans cet article peuvent difficilement être contestées : l'extension des missions de la CNSA, qui doit permettre d'accélérer le développement de places nouvelles d'hébergement dans le secteur médicosocial ; le maintien des ressources provenant du forfait de section de cure médicale et du forfait de soins courants au profit des logements-foyers qui auraient dû les perdre au 1^{er} janvier prochain ; enfin, la prise en compte de la nécessité de rééquilibrer les ressources entre les établissements dans les règles de répartition des dotations régionales.

En réalité, le débat n'a porté à l'Assemblée nationale que sur **l'opportunité d'appliquer les mesures contraignantes de tarification aux unités de soins de longue durée**. Plusieurs amendements ont visé à repousser une nouvelle fois la date limite de conventionnement pour ces structures, en tirant notamment argument du fait qu'elles sont actuellement dans une phase de redéfinition de leur activité.

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, modifié par l'article 84 de la loi de financement pour 2007, impose, en effet, la mise en œuvre d'un référentiel susceptible de distinguer, parmi les patients hébergés par les USLD, ceux qui relèvent d'une prise en charge dans le secteur médicosocial et ceux dont les pathologies nécessitent une prise en charge sanitaire. La répartition devra avoir été définitivement établie au 30 juin 2009. Certains ont donc proposé de repousser la date limite d'un éventuel conventionnement - qui ne concernerait en tout état de cause que l'activité liée aux personnes âgées dépendantes - au-delà de ce butoir.

Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a alors fait valoir que les dispositions précitées des lois de financement pour 2006 et 2007 n'établissent aucun lien entre le conventionnement tripartite et la réforme des USLD. Une circulaire ministérielle, en date du 10 mai 2007, a d'ailleurs

réaffirmé sans ambiguïté que les USLD restent soumises à l'obligation de conventionnement tripartite avant le 31 décembre 2007.

Par ailleurs, elle a indiqué que **la plupart de ces unités ont un Gir moyen pondéré supérieur à 800** et ont donc vocation à être conventionnées dans des conditions qui devraient d'ailleurs être avantageuses (calcul de la ressource provenant de l'assurance maladie sur la base des profils définis par le modèle Pathos).

Enfin, elle a précisé le rôle que devraient jouer les missions d'appui pour régler les situations de blocage, qui ne sont à l'évidence pas toutes imputables aux établissements.

Au bénéfice de ces explications, votre commission approuve la démarche du Gouvernement et l'économie générale du présent article.

Elle souhaite toutefois apporter au texte une amélioration rédactionnelle et trois éléments de clarification :

- **le premier** tend à préciser que les dépenses d'investissement susceptibles d'être prises en charge par la section V du budget de la CNSA se répartissent en trois postes exclusivement : créations de places nouvelles, mise aux normes techniques et de sécurité et modernisation des locaux des établissements existants (deuxième alinéa du nouvel article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles) ; l'adverbe « *notamment* » introduit par l'Assemblée nationale pouvait, de ce point de vue, prêter à confusion ;

- **le deuxième** consiste à réécrire le paragraphe III *bis* ajouté par l'Assemblée nationale qui permet aux logements-foyers non médicalisés hébergeant des personnes âgées dépendantes de conserver les financements qu'ils percevaient de l'assurance maladie avant la réforme de la tarification, même lorsque ces structures ont décidé de ne pas être conventionnées, comme elles en ont la possibilité (établissements mentionnés au I *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles).

La rédaction de l'Assemblée nationale prévoit, on l'a vu, d'aligner les règles applicables à ces logements-foyers sur celles des établissements soumis à l'obligation de conventionnement, mais qui ne se sont pas encore conformés à cette obligation et dont le financement par l'assurance maladie sera très fortement encadré à partir de 2008 afin de les contraindre à passer la convention tripartite (passage d'un financement « soins de ville » à un forfait établi par le préfet). Or cette rédaction paraît inappropriée à l'égard de logements-foyers qui ne sont pas soumis à l'obligation de conventionnement.

- Il est donc proposé de découpler les deux situations et de renvoyer à un décret la définition des modalités de préservation des financements de l'assurance maladie pour les logements foyers non soumis à l'obligation de conventionnement ;

- le **troisième** vise à simplifier la rédaction du paragraphe IV *bis* introduit par l'Assemblée nationale, en rappelant, en des termes plus directs et plus appropriés, que le forfait journalier n'est pas supporté par les personnes âgées hébergées en USLD et en établissement social et médicosocial.

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

Article 46

(art. L. 2112-2, L. 2212-2 et L. 2311-3 du code de la santé publique)

**Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse
en centre de planification ou d'éducation familiale**

Objet : Cet article vise à autoriser les centres de planification ou d'éducation familiale à réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

I - Le dispositif proposé

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été autorisée en France, d'abord temporairement par la loi du 17 janvier 1975, dite « loi Veil », puis définitivement par la loi du 31 décembre 1979. Mais c'est seulement en 1983 que l'acte a été admis au remboursement.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a ensuite porté de dix à douze semaines de grossesse le délai légal pendant lequel une IVG peut être réalisée - ce délai ne s'applique pas aux interruptions de grossesse décidées pour des raisons médicales - et a autorisé, sous certaines conditions, les médecins libéraux à pratiquer des IVG médicamenteuses, par administration d'une anti-progestérone puis d'une prostaglandine particulière.

Le présent article franchit une étape supplémentaire en accordant cette faculté aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Les IVG par voie médicamenteuse représentent aujourd'hui 40 % des actes réalisés chaque année. Cette proportion s'élevait à 14 % en 1990 et 20 % en 1998.

Le **paragraphe I** complète le 3° de l'article L. 2112-2 relatif aux missions du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) pour lui permettre de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.

Ce service est déjà chargé de l'organisation des consultations prénatales et postnatales et des actions de prévention médicosociale en faveur des femmes enceintes (1° de l'article L. 2112-2), des consultations et des actions de prévention médicosociale en faveur des enfants de moins de six ans (2° du même article), des activités de planification et d'éducation familiale (3°), des actions médicosociales préventives à domicile pour les femmes

enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière (4°), du recueil et du traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique (5°), de l'édition et de la diffusion des déclarations de grossesse et de naissance et des certificats de santé pour les enfants de moins de six ans (6°), des actions d'information et de formation initiale à destination des assistants maternels (7°). Il participe enfin à des actions de prévention des mauvais traitements et à la prise en charge des mineurs maltraités.

Pour mener à bien leurs activités de planification et d'éducation familiale, les services départementaux de PMI s'appuient sur un ou plusieurs centres ad hoc agréés par le président du conseil général et à but non lucratif.

Le **paragraphe II** permet aux centres de planification ou d'éducation familiale de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse. Dans la rédaction actuelle de l'article L. 2212-2, que ce paragraphe propose de compléter, seuls y sont autorisés les médecins exerçant en cabinet de ville, dès lors qu'une convention a été conclue entre le praticien et un établissement de santé et que la durée de la grossesse est inférieure à six semaines, ainsi que les établissements de santé publics ou privés autorisés. Les établissements de santé sont, par ailleurs, les seuls à pouvoir pratiquer des IGV chirurgicales.

La pratique des IVG médicamenteuses est toutefois encore limitée dans le secteur libéral (16,5 % des 90 000 IVG médicamenteuses réalisées en 2006), où elle n'a été autorisée qu'en 2004 avec la parution tardive du décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 d'application de la loi du 4 juillet 2001 précitée.

En conséquence, le **paragraphe III** précise, dans l'article L. 2311-3, que les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent eux-mêmes pratiquer des IVG par voie médicamenteuse. Pour ce faire, une convention doit être conclue entre le centre et un établissement de santé public ou privé.

Outre leur mission traditionnelle d'information, de conseil et d'aide aux femmes enceintes qui souhaitent avorter, les centres de planification ou d'éducation familiale délivrent gratuitement des médicaments et des produits contraceptifs aux mineurs et aux personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie. Ils peuvent également, sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies sexuellement transmissibles, actes qui sont alors pris en charge par l'assurance maladie (articles L. 2311-4 et L. 2311-5).

Les IVG pratiquées dans ce cadre obéiront aux mêmes règles que celles qui s'appliquent lorsque l'intervention est effectuée en cabinet de ville ou en établissement de santé. En particulier, l'interruption de la grossesse ne peut être réalisée après la fin de la douzième semaine ; elle ne peut être pratiquée que par un médecin ; la femme doit être informée des différentes méthodes médicales et chirurgicales d'IVG ; une consultation préalable avec un conseiller conjugal doit être proposée (elle est obligatoire lorsque la femme est mineure) ; la demande d'IVG doit faire l'objet d'une confirmation écrite de l'intéressée ; enfin, l'acte doit être déclaré au médecin régional de santé publique.

Les IVG médicamenteuses effectuées dans un centre de planification ou d'éducation à la santé seront en outre intégralement prises en charge par l'assurance maladie ou, le cas échéant, par l'aide médicale d'Etat (AME), comme c'est le cas lorsque l'acte est réalisé en cabinet libéral ou dans un établissement de santé. Le présent article ne conduit donc pas à un transfert de charges vers les départements. Il convient de rappeler, à cet égard, que ces centres sont financés à 70 % par l'assurance maladie et à 30 % par les conseils généraux.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à une mesure facilitant l'accès à l'IVG médicamenteuse, qui reste moins invasive, risquée et traumatisante pour la patiente que la méthode chirurgicale, par ailleurs plus coûteuse pour la collectivité.

Plus généralement, le fait d'autoriser les centres de planification ou d'éducation familiale à réaliser ce type d'interventions devrait réduire le nombre de femmes (quelques milliers chaque année) qui avortent à l'étranger faute d'avoir été prises en charge dans le délai légal de douze semaines, en raison notamment du temps d'attente important pour obtenir une consultation dans un établissement public. En effet, ces centres sont déjà connus des femmes en situation vulnérable compte tenu de leurs missions actuelles.

Votre commission estime, par ailleurs, que les centres de planification ou d'éducation familiale pourront pratiquer ces IVG dans des conditions satisfaisantes, au niveau sanitaire comme en matière d'accompagnement social des femmes. De fait, les médecins qui y sont attachés sont particulièrement sensibles à ces questions et pratiquent souvent des IVG dans des établissements de santé. En outre, les centres sont déjà compétents pour réaliser des consultations psychosociales avant et après l'avortement.

Cet accès facilité à l'IVG ne doit toutefois pas conduire les services de PMI à négliger les actions d'information sur la contraception, notamment auprès des publics les plus fragiles. On sait en effet que le taux de recours à la contraception et le degré d'information sur ces questions dépendent du niveau d'insertion sociale.

Si l'accès à l'IVG doit être aisé pour les femmes en détresse, l'objectif de la politique de santé publique reste *in fine* de réduire le nombre d'actes. Or, depuis plus de trente ans, ce nombre est stable à environ 200 000 IVG par an, soit un cinquième des grossesses, ce dont on ne saurait se satisfaire.

Par ailleurs, votre commission rappelle que les conséquences d'un avortement par voie médicamenteuse sur la santé des femmes sont encore mal connues. Il serait donc utile d'accompagner l'élargissement de l'accès à ce type d'IVG d'une ou de plusieurs études post-AMM sur les effets secondaires observés.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 47

(art. L. 3411-4 nouveau du code de la santé publique)

Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Objet : Cet article a pour objet de permettre aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de proposer gratuitement le dépistage des hépatites virales et la vaccination des toxicomanes.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 3411-4 nouveau, créé par le présent article, instaure la gratuité et l'anonymat du dépistage des hépatites virales et de la vaccination contre ces virus, lorsque ces actes sont réalisés dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les dépenses qui en résultent seront entièrement prises en charge par l'assurance maladie, et ce quel que soit le statut du bénéficiaire au regard des obligations du code de la sécurité sociale et du code rural applicables pour 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 ainsi qu'au forfait journalier hospitalier. De fait, le dépistage et la vaccination contre les hépatites B et C seront gratuits pour les personnes qui s'adresseront à un CSAPA.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

La création des CSAPA, prévue par la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médicosociale et reprise dans le plan de lutte contre les addictions 2004-2008, n'a été effective qu'avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui a fusionné le cadre juridique et financier des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Cette évolution a répondu à une attente forte des professionnels de la lutte contre les addictions, qui souhaitaient disposer de structures de prise en charge multidisciplinaire, et à un objectif de renforcement de l'accès aux soins pour les toxicomanes.

Les CSAPA sont financés par une dotation globale annuelle versée par l'assurance maladie au titre de leurs dépenses médicosociales. A ce titre, ils relèvent de l'objectif de dépenses médicosociales créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Ils peuvent également bénéficier de subventions de la part des collectivités locales.

Leurs missions ont été précisées par le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007. Ils assurent ainsi l'accueil, l'information, l'évaluation de l'état sanitaire, psychologique et social, l'orientation et la prise en charge (soins, accès aux droits sociaux, aide à la réinsertion, etc.) des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, ainsi que de leur entourage. Ils ont également une activité de réduction des risques associés à la consommation de ces produits.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve évidemment une disposition qui vise à améliorer la protection et la prise en charge des toxicomanes contre les hépatites virales.

En effet, la consommation de drogues, par voie intraveineuse ou nasale, constitue un facteur de risque majeur de contracter une hépatite. L'institut de veille sanitaire (InVS) et le conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandent d'ailleurs la vaccination contre l'hépatite B des usagers de produits stupéfiants qui utilisent ces moyens de consommation.

Plus largement, votre commission est favorable au renforcement de la politique de lutte contre les hépatites, notamment des actions de dépistage et de vaccination. Selon les données épidémiologiques de l'InVS, plus de 500 000 personnes seraient porteuses d'une hépatite B ou C chronique, lesquelles entraînent près de 4 000 décès chaque année. Or, il existe aujourd'hui un vaccin efficace contre l'hépatite B, qui touche plus de la moitié des personnes porteuses d'un virus hépatique.

Cette situation résulte d'un dépistage aléatoire de ces virus chez les sujets à risque - plus de la moitié des personnes concernées ne connaissent pas leur statut sérologique - mais aussi de l'arrêt brutal de la campagne de vaccination contre l'hépatite B en 1998, en raison de rumeurs sur un lien supposé, mais jamais prouvé, entre la vaccination et l'apparition de sclérose en plaques. Il en est résulté une chute brutale du taux de vaccination de la population française (29 % contre plus de 85 % en Allemagne) et une recrudescence du nombre de cas identifiés.

L'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a, dans l'étude qu'il a confiée au Sénat pour l'année 2007, dénoncé cette situation et a plaidé pour le développement de la vaccination contre l'hépatite B, grâce à la mobilisation des professionnels de santé et au lancement de campagnes de sensibilisation à destination du grand public.¹

Le comité stratégique du programme national de lutte contre les hépatites a, pour sa part, recommandé de cibler la vaccination sur les populations à risque, notamment les toxicomanes. Compte tenu de la situation économique et sociale précaire de la majorité d'entre eux, il a également préconisé la gratuité de la vaccination et du dépistage.

Le présent article répond donc à ces objectifs en élargissant les missions des CSAPA. Ces structures, qui ont déjà pour vocation de prendre en charge les usagers de drogues et disposent d'un personnel médical et paramédical compétent dans ce domaine, sont en effet les plus à même de remplir ce rôle.

Selon les estimations de la direction générale de la santé, la vaccination contre l'hépatite B par les CSAPA pourrait concerner 9 000 personnes. En effet, sur les 75 000 toxicomanes accueillis dans ces centres, 25 000 seulement consomment des drogues par voie intraveineuse ou nasale. On estime que sur ce nombre, 6 000, soit 25 %, sont déjà vaccinés. Resteraient donc 19 000 personnes à dépister, dont 9 000 à vacciner *in fine* en considérant que, comme en population générale, 40 % des personnes non protégées bénéficient d'une immunité naturelle acquise contre le virus.

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

Article 48

(art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)

Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Objet : Cet article fixe le montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fiqs pour 2008.

I - Le dispositif proposé

Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs) a été créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 portant financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs).

¹ *Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger. Rapport de l'Opeps n° 476 (2006-2007).*

La substitution est effective depuis le 1^{er} juillet 2007. Le Ficqs gère depuis cette date les financements disponibles les projets en cours ou à venir.

Il a conservé les compétences exercées antérieurement par le Faqsv ; il est donc chargé de financer les actions et expérimentations concourant à l'amélioration des soins de ville, le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant les professionnels de santé exerçant en ville et dans les établissements de santé, ainsi que les actions ou structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, notamment les maisons médicales de garde. Il apporte son concours aux actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-médicalisées. Enfin, il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Le fonds est géré par un comité national de gestion associant les représentants de l'Etat, du collège des directeurs de l'assurance maladie et d'un conseil national de la qualité et de la coordination composé de représentants du conseil de l'Uncam, des professionnels de santé, des fédérations des établissements de santé et médicosociaux.

Le fonds dispose, dans chaque région, de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.

Pour 2008, le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie au financement du fond est fixé à 301 millions d'euros, le montant maximum des dépenses s'élève à 355 millions d'euros.

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

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la création du Ficqs, structure pérenne chargée de financer les expérimentations en matière d'offres de soins, dans le domaine des soins de ville, et de favoriser les coopérations entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière.

Ce fonds a un rôle important à jouer pour moderniser l'organisation de l'offre de soins et limiter ainsi les effets de la crise de la démographie médicale.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 49

**Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité,
invalidité et décès**

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ainsi que pour le régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale détermine le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale. Il précise que la loi de financement de la sécurité sociale fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général.

Le même article précise que les lois de financement de la sécurité sociale fixent également un objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Contrairement aux autres risques pris en charge par la sécurité sociale, les dépenses relatives à l'assurance maladie font donc l'objet de deux objectifs distincts : l'objectif de branche et l'Ondam.

Dans son rapport de 2003, la Cour des comptes soulignait les difficultés provoquées par l'existence de ces deux objectifs, notamment d'interprétation puisque cette dualité aboutit à des chiffres très différents et « *dont la relation n'est pas facilement interprétable, faute notamment d'un tableau de passage. Il faut par ailleurs souligner que ni le Gouvernement, ni le Parlement, ni même la commission des comptes de la sécurité sociale ne suivent la réalisation de l'objectif de branche, seul l'Ondam accapare leur attention.* »

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ne donne aucune définition détaillée de ces objectifs, mais les travaux de la Cour des comptes ont permis de distinguer le périmètre des objectifs de branche de celui de l'Ondam qui retrace « *les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation* ».

Le tableau ci-dessous fait apparaître les différences principales entre l'objectif de branche qui retrace l'ensemble des dépenses, y compris les dépenses de gestion, et l'Ondam.

III - La position de votre commission

Votre commission constate à nouveau les difficultés liées à la présentation des objectifs de dépenses en milliards d'euros arrondis à la centaine de millions : la rectification adoptée par l'Assemblée nationale n'apparaît que sur l'objectif de l'ensemble des régimes, **alors que la mesure a un impact sur les deux objectifs**. Cette imprécision des comptes est ici particulièrement regrettable car elle rend difficilement compréhensible les mesures de coordination.

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

Article 50

Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article fixe à 152 milliards d'euros le montant de l'Ondam pour 2008.

I - Le dispositif proposé

Entre 2004 et 2006, la situation financière de l'assurance maladie n'a cessé de s'améliorer, le déficit du régime général passant de 11,6 à 5,9 milliards d'euros.

L'année 2007 marque un coup d'arrêt dans l'amélioration des comptes de l'assurance maladie. Pour la première fois, la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004, en cas de dépassement trop important de l'Ondam (0,75 %), a été déclenchée et un plan d'économies a été mis en œuvre pour un montant espéré de 1 255 millions d'euros. Ces mesures de régulation devraient permettre de limiter le déficit de l'assurance maladie à 6,2 milliards d'euros en 2007, soit un niveau proche du déficit 2006.

Les mauvais résultats constatés en 2007 pèsent sur la construction de l'Ondam pour 2008. En l'absence de mesures nouvelles, le déficit 2008 pourrait s'élever à 7,1 milliards d'euros.

En effet, comme l'a souligné la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2007, sans mesures spécifiques, la progression tendancielle des dépenses serait de 4,2 % en 2008. Cette prévision tient compte des effets du plan d'économies adopté le 4 juillet dernier en réponse au déclenchement de la procédure d'alerte.

Cette évolution n'est pas compatible avec l'état des finances sociales. Le Gouvernement propose donc que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'attache à réduire le déficit de la sécurité sociale en général, et de la branche maladie en particulier.

Un plan de redressement des comptes a été établi, qui intègre des recettes supplémentaires, des mesures nouvelles et un nouveau plan d'économies.

Les recettes sont tirées des mesures prises pour favoriser l'activité des seniors, de la suppression des exonérations de cotisations AT/MP et des exonérations prévues pour les organismes d'intérêt général installées dans les zones de revitalisation rurales, de la prorogation de la taxe de 1 % sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques et du prélèvement à la source des contributions fiscales et sociales sur les dividendes.

Une part de ces ressources supplémentaires (900 millions) sera affectée à la branche maladie.

Le redressement de l'assurance maladie :
impact des mesures nouvelles en recettes et dépenses sur le solde du régime général
(en milliards d'euros)

	Solde tendanciel (présentation CCSS)	Mesures nouvelles recettes	Mesures sur les dépenses (+ : économies - : dépenses)	Apport recettes fiscales supplémentaires (panier fiscal PLF)	Solde après mesures
Maladie	- 7,1	0,9	1,7	0,2	- 4,3
Régime général	- 12,7	1,6	1,8	0,5	- 8,9

Outre les recettes nouvelles, la construction de l'Ondam pour 2008 repose sur des mesures d'économies d'un montant global de 2 milliards d'euros.

Impact des mesures nouvelles 2008 sur les comptes 2008 du régime général et de tous les régimes

(en millions d'euros)

Régime général	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	1 744	2 025
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2008	1 644	1 925
Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux	723	850
Maîtrise médicalisée avenant n° 23	543	635
Mesures structurantes proposées par l'Uncam	86	100
Calcul des indemnités journalières	60	70
Plan médicament : baisses de prix génériques	77	90
Plan médicament : baisses de prix médicaments sous brevet	43	50
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	26	30
Dispositif d'entente préalable	43	50
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD	43	50

Source : Annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

L'objectif du Gouvernement est de ramener le déficit de l'assurance maladie à 4,3 milliards d'euros, soit 1,9 milliard d'euros de moins qu'en 2007.

Dans ce contexte, le montant de l'Ondam pour 2008 est fixé à **152,1 milliards d'euros**.

Montant de l'Ondam voté et réalisé

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008
Ondam voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,8	152,1
Ondam réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,8	147,7	
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	1,2	2,9	

*prévisions

Ce montant est en progression de 2,8 % par rapport à l'année précédente et s'établit à un niveau légèrement supérieur à ceux retenus en 2006 et 2007.

Taux de l'Ondam voté et réalisé

(en pourcentage)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Ondam voté	1,7	2,4	1,0	2,9	2,6	4,0	5,3	4,0	3,2	2,5	2,6	2,8
Ondam réalisé	1,5	4,0	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,2	3,2	3,1	4,2*	

*prévision

Par rapport à 2007, le périmètre de l'Ondam est modifié afin de prendre en compte la création du fonds d'action conventionnelle (Fac) intégré au sous-objectif « soins de ville » et le financement par l'assurance maladie de l'apport exceptionnel de la CNSA en 2007, soit une augmentation de 175 millions d'euros.

Si l'Ondam pour 2008 progresse globalement de 2,8 %, chaque sous-objectif connaît une évolution qui lui est propre.

- **Les soins de ville**, c'est-à-dire les honoraires des professionnels de santé libéraux, d'une part, les prestations en espèces (indemnités journalières) et les dépenses résultant des prescriptions délivrées par les professionnels de santé (médicaments et dispositifs médicaux), d'autre part, sont retracées dans un sous-objectif unique.

Son montant est fixé à 70,7 milliards d'euros pour 2008, soit une progression de 2 % par rapport à l'année précédente. En 2007, le sous-objectif « soins de ville » a progressé de 4,3 % en 2007. **Pour contenir ces dépenses**, le Gouvernement a prévu un plan d'économies qui repose notamment sur la **mise en œuvre de nouvelles participations forfaitaires à la charge des assurés** et sur les économies prévues dans le cadre de la **maîtrise médicalisée conventionnelle (635 millions d'euros)**.

- **Les dépenses hospitalières** font l'objet de deux sous-objectifs.

Le premier, d'un montant de 48,9 milliards d'euros, regroupe les dépenses consacrées aux établissements de santé tarifés à l'activité. Il englobe les établissements publics et les établissements privés exerçant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), les dépenses entraînées par l'exercice des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et les dotations complémentaires versées aux établissements de santé anciennement financés par dotation globale. La répartition des sommes entre les activités de MCO et les Migac ne sera connue qu'à l'issue de l'examen du projet de loi de financement, après que le conseil de l'hospitalisation aura fait connaître son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. **En 2008, pour la première année, les activités de MCO seront intégralement financées par tarification à l'activité.** Les décisions prises par la ministre à cette occasion, notamment en matière de fixation des tarifs, auront donc un impact important sur l'exécution budgétaire de l'année 2008.

Le second, d'un montant de 18,8 milliards d'euros, regroupe les dépenses de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie mais également les dotations budgétaires des hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée, ainsi que la contribution de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Consolidé, l'Ondam hospitalier s'élève à 67,7 milliards d'euros pour 2007, soit une progression de 3,2 % par rapport à 2007 (1,9 milliard d'euros supplémentaires) ; il s'agit de son évolution la plus faible au cours des dernières années (3,5 % en 2007, 3,4 % en 2006)

- **Les deux sous-objectifs médicosociaux** concernent respectivement les dépenses consacrées aux établissements et services pour personnes âgées, et celles des établissements et services pour personnes handicapées. Il convient de rappeler que depuis 2006, les régimes d'assurance maladie transfèrent à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les

crédits inscrits à ces objectifs. La CNSA y ajoute sa contribution propre (826 millions d'euros en 2006) et l'ensemble constitue l'objectif général des dépenses médicosociales (OGD).

Leur montant total est fixé à 12,8 milliards d'euros (respectivement 5,4 milliards et 7,4 milliards d'euros).

L'effort consenti dans le cadre des plans « solidarité grand âge » et « handicap » se traduit par une progression des dépenses d'assurance maladie de 6,5 %. La contribution aux dépenses en établissements et services sera en progression de 8,1 % pour les personnes âgées et de 5,3 % pour les personnes handicapées.

• **Le sous-objectif « autres dépenses »**, dont le montant est fixé à 900 millions d'euros, est en progression de 2 %. Il finance les dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger et des dépenses médicosociales non déléguées à la CNSA, telles que celles des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique. A compter de cette année, la dotation de l'assurance maladie au Fiqcs, fonds résultant de la fusion de la dotation réseaux et de l'ancien fonds d'action pour la qualité des soins de ville (Faqsv), est inscrite dans ce sous-objectif, pour un montant de 100 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen des dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2008, l'Assemblée nationale a, sur proposition du Gouvernement, supprimé la contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des grossistes.

Cette contribution doit être remplacée par une réduction de la marge bénéficiaire des grossistes décidée par voie réglementaire. Cette mesure devrait se répercuter sur le prix de vente des médicaments et bénéficier ainsi aux assurés et à l'assurance maladie.

Par coordination avec la suppression de cette taxe, initialement prévue à l'article 9, et pour tenir compte des mesures réglementaires à venir, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à minorer le montant du sous-objectif « soins de ville » et de l'Ondam pour 2007 de 100 millions d'euros.

III - La position de votre commission

Comme les années précédentes, la bonne exécution de l'Ondam pour 2008 repose sur un plan d'économies, en l'occurrence d'un montant de 2 milliards d'euros e.

Votre commission rappelle qu'en 2006 et 2007, le comité d'alerte avait attiré l'attention du gouvernement sur les retards pris sur la mise en

œuvre des mesures d'économies. Cette remarque demeure pertinente pour 2008.

Sous cette réserve, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 51

**Dotation de financement de l'office national d'indemnisation
des accidents médicaux, des affections iatrogènes
et des infections nosocomiales (Oniam)**

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 50 millions d'euros en 2008 le montant de la dotation versée par l'assurance maladie à l'Oniam.

I - Le dispositif proposé

L'Oniam, établissement public administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé, est chargé d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques entrant dans le champ de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Par ailleurs, la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique a confié à l'Oniam l'indemnisation, d'une part des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures sanitaires d'urgence, d'autre part, des victimes de vaccinations obligatoires et des personnes contaminées par le VIH¹.

En application des dispositions de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'office a disposé depuis l'origine, à titre de ressource principale, voire quasi exclusive, d'**une dotation globale** versée par les organismes obligatoires de base d'assurance maladie. Si la loi précise que le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en pratique aucune dotation n'a été votée pour 2006 et 2007, en raison du montant élevé du fonds de roulement, proche de 200 millions d'euros, en 2004 et 2005.

¹ Ces deux dernières missions étaient auparavant assurées respectivement par l'Etat et par le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH).

Les comptes de l'Oniam

En millions d'euros	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
Dotations de l'assurance maladie	70,0	70,0	70,0	30,0	0	0
Dépenses	0,0	3,4	9,2	29,3	50,2	67,8
Résultat	70,0	66,6	60,8	0,7	- 39,9	- 66,7
Résultat cumulé	70,0	136,6	197,4	198,1	158,2	91,5

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

Toutefois, l'analyse des exercices 2006 et 2007 révèle **une forte expansion des dépenses entraînant une diminution parallèle des réserves**. Cette évolution reflète **la croissance rapide des charges d'indemnisation**, liée :

- à la hausse des demandes, conséquence de la notoriété grandissante de la procédure auprès du public potentiel de victimes et de leurs ayants droit ;
- à l'augmentation du nombre de dossiers clos par mois, grâce aux renforts en personnels dont a bénéficié l'office (en moyenne soixante dossiers clos par mois au premier semestre 2007, contre cinquante-six en 2006 et quarante en 2005) ;
- à l'augmentation du montant moyen des indemnisations versées ;
- au développement du contentieux devant les tribunaux, qui peut se traduire pour l'Oniam par une révision à la hausse de l'indemnisation accordée, ou même par l'obligation de verser une indemnisation refusée.

Parallèlement, l'office ne récupère pas toujours auprès des assureurs la totalité des indemnisations qu'elle a versées aux victimes de fautes médicales aux droits desquelles elle est subrogée.

Si le rythme de progression des dépenses de 2007 se vérifie en 2008, ses réserves financières devraient être totalement épuisées l'an prochain.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Ces observations justifient l'octroi d'une nouvelle dotation à l'Oniam, qui lui permettra de faire face à la croissance de ses charges.

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

Article 52

**Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie
à l'établissement de préparation et de réponse
aux urgences sanitaires (Eprus)**

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 75 millions d'euros pour 2008 la participation de l'assurance maladie au financement de l'Eprus.

I - Le dispositif proposé

De 2001 jusqu'à 2006 inclus, l'assurance maladie a cofinancé les mesures sanitaires pilotées par l'Etat à travers deux fonds, regroupés sous le vocable de « **fonds Biotox** » :

- le fonds de concours « *participation de la Cnam à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ou de menaces sanitaires graves* », utilisé dans le cadre de la préparation à la réponse aux menaces sanitaires d'origine terroriste et à une pandémie grippale ;

- le fonds de concours « *participation à une action de prévention épidémiologique* » créé en 2003, à la suite d'une épidémie de méningite dans le sud-ouest et en prévision d'autres épidémies éventuelles ; ce fonds a été utilisé pour l'achat de vaccins contre les différentes formes de méningite.

Dans sa décision du 15 décembre 2005 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹, le Conseil constitutionnel a adressé une **injonction** au Gouvernement pour qu'il mette un terme à cette procédure. En effet, le financement des fonds de concours par l'assurance maladie revêtait un caractère obligatoire, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001².

En conséquence, l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a, dans un premier temps, institué un fonds unique de financement des plans de préparation aux menaces sanitaires graves et de réponse aux situations d'urgence sanitaire (Fopris³). Le Gouvernement avait toutefois indiqué, à l'époque, qu'il ne s'agissait que d'une solution temporaire, avant la mise en place d'une structure disposant d'un champ de compétence plus large.

¹ DC n° 2005-528.

² L'article 17 de la Lolf prévoit que le versement à un fonds de concours a un caractère volontaire.

³ Acronyme de « fonds de prévention des risques sanitaires ».

En effet, la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, et son décret d'application n° 2007-1273 du 27 août 2007, ont créé **l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)**, dont la mission est double :

- reprendre les tâches dévolues aux fonds « Biotox » ainsi qu'au Fopris (acquisition, fabrication, importation, stockage, distribution et exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves), auxquelles on a joint la prise en charge des besoins de santé publique non couverts par ailleurs, du fait notamment d'une rupture de commercialisation ;

- assurer aussi la gestion administrative et financière du « corps de réserve sanitaire », mis en place à cette occasion et composé de professionnels de santé volontaires « *en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national* »¹.

L'Eprus est un établissement public de l'Etat à caractère administratif disposant de l'autonomie administrative, budgétaire, financière et comptable, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est doté d'un conseil d'administration composé de son président, nommé par décret du Président de la République, et, à parité, des représentants de l'Etat et des représentants des trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire, désignés par les directeurs généraux de leurs caisses centrales.

En application des dispositions de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, **les recettes de l'Eprus sont notamment constituées de subventions de l'Etat² et d'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.

L'annexe 8 au projet de loi de financement évalue à **150 millions d'euros** supplémentaires (en autorisations d'engagement) les dotations à verser à l'Eprus pour 2008.

Pour sa première année de mise en marche, les besoins propres à l'établissement concernent quatre postes, pour un total de 19,7 millions d'euros :

- son fonctionnement, qui nécessite un budget de 4 millions destiné à son installation matérielle ;

- son personnel, soit un effectif de 35 équivalents temps plein travaillé (ETPT), pour un montant de 2,5 millions ;

- des dépenses liées à la logistique et au stockage, dans le cadre de la continuité des missions jusque là poursuivies par le ministère de la santé, soit un montant de 8,2 millions ;

¹ Article L. 3132-1 du code de la santé publique.

² Inscrites au programme « veille et sécurité sanitaires » de la loi de finances.

- la mise en place de la réserve sanitaire, soit 5 millions.

Par ailleurs, les acquisitions, les actions et les renouvellements à effectuer auraient un coût prévisionnel de :

- 100 millions d'euros pour le volet « pandémie grippale » ;

- 23,4 millions d'euros pour le volet « lutte contre les menaces bioterroristes ».

Enfin, le ministère de la santé doit réapprovisionner son stock de vaccins méningocociques C, sur la base des besoins exprimés lors des campagnes de vaccination précédentes, pour un coût de 1,9 million d'euros.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique, issu de la loi du 5 mars 2007 précitée, fixe à 50 % le ratio maximal de participation de l'assurance maladie au financement des dépenses de l'Eprus. En conséquence, le présent projet de loi de financement propose d'établir cette participation pour 2008 à 75 millions d'euros (50 % des 150 millions prévus).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission observe, en premier lieu, que l'addition des montants recensés par l'annexe 8 au projet de loi de financement donne un résultat qui est non de 150 millions, mais de 145 millions d'euros¹. Pour autant, elle est toute prête à reconnaître que les autorisations d'engagement demandées pour 2008 ont un caractère évaluatif et pourraient être revues à la hausse en fonction de paramètres non connus à ce jour : déclaration par l'OMS du début d'une pandémie grippale, produits nouveaux, émergence de menaces sanitaires nouvelles... Sous ces réserves, la base de départ de 150 millions paraît donc acceptable.

En revanche, votre commission rappelle que c'est à son initiative que le Parlement a inscrit dans le code de la santé publique **trois principes fondamentaux** concernant les modalités de participation de l'assurance maladie au financement de l'Eprus² :

- l'inscription obligatoire en loi de financement de la sécurité sociale du montant de la participation de l'assurance maladie, afin que celui-ci reste sous le contrôle du Parlement ;

¹ Il semblerait que le poste « mise en place de la réserve sanitaire », dont le montant est évalué à 5 millions d'euros, soit comptabilisé deux fois dans le tableau récapitulatif des besoins.

² Cf. rapport n° 159 (2006-2007) de Francis Giraud, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur - p. 39.

- la présence de représentants des organismes payeurs au sein du conseil d'administration de l'établissement, à due concurrence de la part prise par ces organismes dans le financement de la structure ;

- surtout, une clé de répartition de la prise en charge des dépenses de l'établissement 50 % Etat (taux minimum) - 50 % assurance maladie (taux maximum), appréciée sur trois exercices consécutifs et portant sur les seules « dépenses de l'établissement public au titre des missions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3135-1 » du code de la santé publique.

Ces charges sont celles qui étaient autrefois assumées par les fonds Biotox. Il s'agit des dépenses d'acquisition, de fabrication, d'importation, de distribution et d'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, ainsi que de financement des actions de prévention des risques sanitaires majeurs¹.

En revanche, cette répartition par moitié ne s'applique pas aux autres dépenses, dont votre commission estime, depuis l'origine, qu'elles relèvent du domaine régalien et n'incombent donc pas à la sécurité sociale : c'est le cas notamment des dépenses de fonctionnement du nouvel établissement.

Or, la prévision de 150 millions intègre des charges qui ne devraient pas l'être : 4 millions pour l'installation de l'établissement, 2,5 millions de dépenses de personnel et 5 millions destinés à la mise en place de la réserve sanitaire, soit un total de 11,5 millions d'euros.

En toute rigueur, cette somme devrait être défalquée de la prévision de 150 millions et c'est sur ce résultat que devrait s'appliquer le taux de participation de 50 % prévu pour l'assurance maladie. Cette contribution devrait donc s'établir en deçà de 70 millions d'euros.

On rappelle cependant que le respect du plafond de financement apporté par l'assurance maladie s'apprécie sur trois exercices consécutifs et que la somme de 150 millions d'euros est, de surcroît, susceptible d'évoluer en cours d'année. **Votre commission propose en conséquence d'adopter le présent article sans modification**, mais veillera *a posteriori* à la stricte application des dispositions du code de la santé publique.

¹ Il s'y ajoute, bien sûr, le défraiement des professionnels de santé mobilisés dans le cadre de la réserve sanitaire, que l'assurance maladie finance en totalité.

Article 52 bis

(article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique)

Compétences du fonds pour l'emploi hospitalier

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie les compétences du fonds pour l'emploi hospitalier

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Décidée en 2002, la réduction du temps de travail à l'hôpital s'est accompagnée de la création de 45 000 emplois pour la fonction publique hospitalière et de 3 500 emplois de médecins hospitaliers. Le financement de ces emplois est pris en charge par l'assurance maladie au moyen d'une hausse des budgets hospitaliers.

Compte tenu du caractère progressif du financement de l'opération, sur trois ans pour les agents de la fonction publique hospitalière et sur quatre ans pour les médecins, la montée en charge du dispositif a nécessité la création de comptes épargne-temps (CET) pour la période de 2002 à 2004.

En effet, alors que les droits à réduction du temps de travail (RTT) ont été ouverts dès le 1^{er} janvier 2002, les recrutements ont été échelonnés sur trois ans afin de tenir compte des capacités de formation et de financement nécessaires.

Les agents de la fonction publique hospitalière ont pu, dès 2002, bénéficier de l'intégralité de leurs droits à RTT, les difficultés de recrutement devant être compensées par le recours au CET et, à un moindre degré, aux heures supplémentaires.

Pour ce qui concerne le financement de la montée en charge des CET, les droits à congé correspondant doivent être financés afin de remplacer les agents lorsqu'ils feront usage de ces droits ou de les leur payer.

Pour les personnels médicaux, un protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des praticiens exerçant en établissements publics de santé a été signé le 22 octobre 2001. Ce protocole s'applique aux praticiens relevant des statuts des praticiens hospitaliers, aux praticiens des hôpitaux exerçant à temps partiel, aux assistants des hôpitaux, aux praticiens contractuels et aux praticiens adjoints contractuels.

Afin de compenser la diminution du temps de travail entraînée par la RTT, il a été décidé de créer 3 500 postes de praticiens hospitaliers sur quatre ans, dont une première tranche de deux mille emplois sur les années 2002-2003 puis une seconde tranche de mille postes sur les années 2004-2005.

En outre, pendant la période de montée en charge des créations de postes et des recrutements destinés à compenser les jours de congés

supplémentaires des praticiens au titre de la RTT, les droits à congé acquis et affectés au CET sont financés comme dans la fonction publique hospitalière.

En 2003, le coût de cette montée en charge de la RTT avait été estimé à 1,4 milliard d'euros.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a proposé que ce financement soit assuré par l'intermédiaire du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), à travers une extension de ses missions.

Le FEH a contribué au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un CET en raison de la réalisation progressive des recrutements. Cette prise en charge était limitée aux droits à congé acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes (praticiens concernés par le protocole du 22 octobre 2001) et, en 2002 et 2003, par les agents concernés par le protocole du 27 septembre 2001 (personnels non médicaux).

Le présent article propose que le FEH contribue, selon une procédure comparable, au financement des heures supplémentaires effectuées avant le 31 décembre 2007 et non récupérées ou non payées.

Cette disposition s'inscrit dans une démarche plus globale visant à rappeler aux établissements les règles relatives au fonctionnement des CET, notamment celles traitant du provisionnement des sommes nécessaires au paiement des heures supplémentaires.

II - La position de votre commission

Votre commission déplore que la mise en œuvre de la RTT dans les établissements se soit effectuée sans évaluation financière préalable.

Elle souligne que les charges liées au statut du personnel hospitalier pèsent lourdement sur les comptes des établissements et estime indispensable de doter les directeurs des établissements de santé d'instruments juridiques innovants en matière de gestion des personnels afin de maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie et de préserver l'équilibre financier des établissements.

Sous cette réserve, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

*Article additionnel avant l'article 53
(art. L. 222-8 nouveau du code de la sécurité sociale)*

Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossment de régimes spéciaux

Objet : Cet article additionnel vise à accorder à la Cnav le bénéfice d'une clause de révision dans les opérations d'adossment de régimes spéciaux.

Cet article additionnel propose de créer un article L. 222-8 dans le code de la sécurité sociale afin de sécuriser les adossments de régimes spéciaux au régime général.

Après le précédent des industries électriques et gazières (IEG), ces opérations auront en effet tendance à se généraliser et pourraient prochainement concerner La Poste et, le cas échéant, la SNCF. Par ailleurs, le retard accumulé depuis deux ans dans le dossier des retraites de la RATP témoigne de la difficulté à mener ces opérations à leur terme.

Votre commission considère que le régime général rend un service à l'Etat et aux entreprises publiques concernées en leur permettant de sortir de leurs bilans les engagements correspondants. Il semble donc anormal de demander aussi à la Cnav de prendre à son compte le risque lié au calcul du montant des droits d'entrée (les soultes). Les adossments constituent en effet des opérations complexes, susceptibles d'affecter profondément l'équilibre du régime général. Par ailleurs, malgré toutes les précautions prises, le respect du principe de neutralité financière posé par le législateur n'est, par construction, vérifié qu'*a posteriori*.

Or, dans le dossier des IEG, les régimes complémentaires Agirc et Arrco avaient obtenu une clause de révision partielle du montant des droits d'entrée à l'issue d'un délai de cinq ans. Cela n'a pas été le cas pour la Cnav.

Dans la perspective des prochaines opérations d'adossement, il est indispensable de donner au régime général des garanties similaires à celles obtenues par les régimes complémentaires. Une clause de révision devra donc figurer dans la convention d'adossement, prévoyant néanmoins un montant maximum plafonné, sans lequel les entreprises publiques concernées ne pourraient pas sortir ces engagements de retraite de leurs comptes.

C'est ce à quoi procède cet article additionnel que votre commission vous propose d'adopter dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel avant l'article 53
(art. L. 222-1 du code de la sécurité sociale)*

**Compétence du conseil d'administration
de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
sur les opérations d'adossement de régimes spéciaux**

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'introduire l'obligation de consulter le conseil d'administration de la Cnav sur les opérations d'adossement de régimes spéciaux.

Cet article additionnel a pour objectif d'apaiser les craintes qu'inspirent aux instances dirigeantes du régime général les futurs adossements de régimes spéciaux en raison de l'absence de disposition légale ou réglementaire rendant obligatoire la consultation du conseil d'administration de la Cnav à ce sujet.

Votre commission propose donc d'insérer, dans l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale, l'obligation de consulter la Cnav sur ces opérations d'adossement. Sans pour autant se voir accorder un droit de veto, les instances dirigeantes du régime général auraient ainsi la garantie d'être consultées sur des dossiers engageant les équilibres financiers futurs de la caisse pour des montants de plusieurs dizaines de milliards d'euros.

Le conseil d'administration de la Cnav se prononcera au regard du principe de neutralité financière pour ses assurés sociaux énoncé à l'article L. 222-7 du même code.

Votre commission est d'autant plus attachée à ce principe de transparence que l'article L. 222-6 impose de fournir au Parlement une information appropriée et préalable sur les modalités de ces opérations d'adossement. Or, à ce jour, elle n'a reçu aucun élément sur ces différents sujets pourtant couramment évoqués dans la presse, ce qui pourrait d'ailleurs constituer un vice de forme.

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

Article additionnel avant l'article 53

(art. L. 114-8 nouveau du code de la sécurité sociale)

Publication, à partir de l'année 2008, des projections des équilibres financiers des caisses de retraite ayant plus de deux mille cotisants

Objet : Cet article additionnel a pour objet de renforcer l'information du Parlement et des citoyens sur les perspectives financières des principaux régimes de retraite de base.

Votre commission souhaite créer les conditions permettant au Parlement de préparer, dans les meilleures conditions, la première clause de rendez-vous que la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoit de tenir au cours de l'année 2008.

Elle entend également renforcer les obligations des régimes de retraite obligatoires en matière d'évaluation de leurs équilibres financiers car on constate de grandes différences dans les méthodes et les pratiques. Malgré les progrès permis par les travaux du Cor, il convient d'inciter les services administratifs des différentes caisses de retraite à faire de la prospective une véritable priorité. Cela suppose l'établissement régulier de prévisions financières de long terme et l'évaluation des besoins de financement correspondants.

Dans cet objectif, le présent article additionnel propose que les principales caisses de retraite des régimes de base soient tenues de publier, en annexe de leur rapport annuel, une estimation de leurs équilibres financiers futurs. Ces dispositions pourraient être mises en œuvre dans le courant de l'année 2008.

Afin de souligner le caractère incitatif de cette mesure, le choix des moyens est laissé à l'appréciation de chacune des caisses concernées. L'objectif n'est pas de contraindre les principaux régimes de base à fournir une évaluation de leurs engagements de retraite implicites, c'est-à-dire de l'ensemble des droits à retraite qui devront être honorés dans le futur sur la base des règles existantes. Le but est de mieux connaître la situation de l'assurance vieillesse.

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

Article additionnel avant l'article 53
(art. L. 161-17 et L. 351-15 du code de la sécurité sociale)
Encouragement au développement de la retraite progressive

Objet : Cet article additionnel propose d'accroître le nombre de bénéficiaires potentiels de la retraite progressive et de mieux faire connaître ce dispositif aux assurés sociaux

Créé par l'article 2 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, le dispositif de la retraite progressive permet à un assuré social de liquider sa pension et de percevoir une fraction de celle-ci, tout en poursuivant une activité à temps partiel.

Cette faculté qui s'adressait initialement aux seuls salariés du régime général a été étendue depuis le 1^{er} janvier 1991, aux ressortissants des régimes alignés. Mais elle intéressait peu les assurés sociaux car les conditions d'éligibilité étaient trop restrictives. Il fallait en effet non seulement avoir atteint l'âge légal de la retraite (soixante ans), mais également disposer de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein (quarante ans). A cela s'ajoutait le fait que la liquidation des droits était définitive dès l'entrée dans le dispositif : l'assuré ne pouvait donc plus acquérir de droits au titre de son activité postérieure.

L'article 30 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a procédé à un assouplissement de ce cadre juridique en prévoyant que la liquidation effectuée au titre de la retraite progressive n'est que provisoire. La liquidation définitive, prenant en compte les trimestres validés sous le régime de la retraite provisoire, intervient dans un second temps, lors de la cessation définitive d'activité. Toutefois, les décrets d'application n° 2006-668 et n° 2006-670 du 7 juin 2006 sont parus avec trois ans de retard.

Depuis le 1^{er} juillet 2006, la retraite progressive est donc ouverte aux salariés justifiant de 150 trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse dans les régimes de base obligatoires. Pour le reste, la condition d'âge de soixante ans demeure et l'exercice d'une activité salariée à temps partiel doit être inférieur à 80 % de la durée légale ou conventionnelle du travail applicable dans l'entreprise concernée.

Les bénéficiaires de ce dispositif peuvent travailler à temps partiel et percevoir une fraction de leur retraite égale à :

- 30 % pour une activité professionnelle comprise entre 60 % et 80 % d'un temps complet dans l'entreprise ;

- 50 % pour une activité inférieure à 60 % et au moins égale à 40 % d'un temps complet ;

- 70 % pour une durée de travail inférieure à 40 % d'un temps complet.

Malgré la volonté des pouvoirs publics de la promouvoir, la retraite progressive demeure peu connue des assurés sociaux. Elle ne concernerait que quelques centaines de personnes chaque année. Tirant les leçons de cet échec relatif, le présent article additionnel vise à renforcer les incitations au développement de cette mesure :

- en ouvrant son bénéfice aux assurés susceptibles de partir en retraite anticipée longue carrière avant soixante ans ;

- en prévoyant une information systématique à l'occasion de l'estimation indicative globale qui sera adressée à tous les assurés à partir de cinquante-cinq ans, dans le cadre du droit à l'information.

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

Article 53

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse et veuvage du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

Le 1° de cet article présente l'objectif de dépenses 2008 pour l'ensemble de la branche (179,7 milliards d'euros), tandis que le 2° expose le sous-objectif du seul régime général (94,3 milliards d'euros).

Périmètre de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage

Ces dépenses comprennent :

- les prestations sociales légales ou extralégales ;
- les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;
- les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- les transferts entre régimes de protection sociale ;
- les frais financiers et les autres dépenses.

L'évolution des dépenses de la branche vieillesse appelle quatre observations majeures :

- **l'accélération très sensible des prestations versées.** Ce phénomène est lié au départ en retraite des premières générations du baby-boom, dont l'effectif moyen est supérieur à 800 000 personnes, alors que les classes creuses nées pendant la Seconde Guerre mondiale n'étaient que de 500 000 à 600 000 par an. En conséquence, les prestations vieillesse des régimes de base se sont accrues chaque année davantage, tout au long de la précédente législature : 3,4 % en 2003, 4,5 % en 2004, 4,7 % en 2005, 5,1 % en 2006 et 6 % estimés en 2007. L'année 2008 pourrait enregistrer une relative décélération (4,8 %) correspondant à la stabilisation du flux des nouveaux bénéficiaires de la mesure « carrières longues » ;

- les recettes de 2006 **ont été supérieures aux prévisions** (5,3 %) grâce à l'évolution favorable de la masse salariale du secteur privé. Cela a permis de limiter le déficit de la branche vieillesse à 1,855 milliard d'euros, soit 20 millions de moins qu'en 2005. Cette heureuse surprise ne constitue toutefois pas un retournement de tendance. Dès cette année, en effet, on devrait à nouveau observer un décalage entre la croissance des recettes (2,9 % en 2007 et 3,8 % estimés en 2008) et celle, sensiblement supérieure, des prestations versées (6 % en 2007 et 4,8 % estimés en 2008) ;

- en 2007 et pour la deuxième année consécutive, **les dépenses dépasseront les prévisions** : par rapport à celles de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006, l'écart serait de l'ordre de 1,1 milliard ; les dépenses « carrières longues » et « pensions de réversion » leur seront supérieures de respectivement 300 millions et 100 millions d'euros. Il convient d'y ajouter les surcoûts imputables à l'accroissement des régularisations *a posteriori* de cotisations (250 millions) notamment pour l'apprentissage et aux majorations pour enfants (50 millions). Enfin, l'allongement de la durée de la vie et l'échec du plan senior ont eu un impact respectif de 100 et 300 millions sur les comptes ;

- on évalue à 2,3 milliards d'euros en 2008 le coût du dispositif des **carrières longues** permettant aux personnes ayant commencé à travailler à l'âge de quatorze, quinze ou seize ans de liquider leur pension avant d'avoir atteint soixante ans. Ce coût n'a cessé de croître : 600 millions d'euros en 2004, 1,35 milliard d'euros en 2005, 1,8 milliard d'euros en 2006, 2,2 milliards en 2007.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission n'a pas d'observation particulière à formuler sur le niveau retenu pour l'objectif de dépenses de la branche vieillesse.

Elle note toutefois que, dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2006, la Cour des comptes a estimé que « *l'absence de rattachement du fonds de solidarité vieillesse (FSV) au périmètre des comptes du régime général fausse l'image donnée par les comptes de la branche retraite* ». Votre commission partage ce sentiment sur la légitimité d'une telle consolidation.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 54

(art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale)

Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs

Objet : Cet article tend à modifier les modalités de calcul de la rente versée à la victime en cas d'accidents du travail successifs, afin d'éviter qu'elle n'excède le montant du salaire qui a servi de base à son calcul.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose d'introduire un garde-fou pour corriger des situations en réalité assez marginales.

Lorsqu'elles sont affligées d'un taux d'incapacité supérieur à 10 %, les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ont droit au versement d'une rente, qui a pour but de compenser la diminution de leur capacité de gain. Le montant de la rente est calculé en multipliant le salaire annuel antérieur de la victime par son taux d'incapacité, qui peut ensuite être révisé à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution de son état.

Avant 2000, en cas d'accidents successifs, le taux d'incapacité résultant de chaque accident était calculé sans tenir compte des taux d'incapacité antérieurement reconnus, ce qui provoquait fréquemment des situations inéquitables.

Depuis cette date, l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux d'incapacité pour le calcul de la rente afférente au dernier accident.

Il apparaît cependant que l'application de cette règle aboutit parfois, lorsque plusieurs accidents graves se succèdent, à reconnaître à la victime un taux d'incapacité supérieur à 100 et à lui attribuer en conséquence, au titre du dernier accident, une rente dont le montant excède celui de son ancien salaire. Cette situation est peu justifiable au regard de la finalité de la rente AT-MP.

Il est donc proposé, en cas d'accidents successifs, de plafonner désormais le montant de la rente afférente au dernier accident en précisant qu'elle ne pourra excéder le montant du salaire servant de base à son calcul.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

La mesure proposée, qui ne s'appliquera qu'à un petit nombre de victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, rétablit la logique du dispositif d'indemnisation.

Chaque année, environ deux cents personnes se voient reconnaître le bénéfice d'une rente supérieure à leur dernier salaire. Le plafonnement auquel il est procédé devrait permettre à la sécurité sociale de réaliser une économie de 800 000 euros.

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

Article 55

*(article 53 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001
de financement de la sécurité sociale pour 2002)*

Clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail

Objet : Cet article tend à préciser quel est le fait générateur retenu pour la revalorisation des rentes de certains ayants droit à laquelle a procédé la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

I - Le dispositif proposé

L'article 53 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 a amélioré les rentes viagères servies aux ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle survenu après le 1^{er} septembre 2001. Il a créé un dispositif transitoire, applicable jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret en Conseil d'Etat. Ce décret est paru le 29 décembre 2002 et a repris les mesures de revalorisation prévues par la loi de financement.

La loi présente cependant une malfaçon, puisqu'elle indique que bénéficient de cette revalorisation les ayants droit de victimes d'un accident survenu entre le 1^{er} septembre 2001 et la date d'entrée en vigueur du décret. Or, le fait générateur d'une rente d'ayants droit est traditionnellement la date du décès de la victime et non la date de l'accident ou de la maladie.

La Cnam a d'ailleurs estimé que la revalorisation devait bénéficier à tous les ayants droit de victimes dont le décès est survenu après le 1^{er} septembre 2001, quelle que soit la date de l'accident. Cependant, les CPAM ont eu parfois des pratiques divergentes.

Afin d'harmoniser les règles applicables et de lever toute ambiguïté dans l'interprétation des textes, il est proposé de modifier l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 afin de faire référence désormais à la date du décès et non à celle de l'accident.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure de clarification, qui porte sur une disposition adoptée pour répondre à l'émotion suscitée par le drame de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001, et vous propose d'y apporter une simple amélioration rédactionnelle.

En outre, elle indique qu'il est prévu de verser des arriérés aux ayants droit qui auraient été lésés par l'application faite de la mesure, ce qui devrait occasionner, en 2008, une dépense supplémentaire de 10 millions d'euros pour la branche AT-MP.

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

Article 56

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article fixe à 850 millions d'euros, pour 2008, le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général au financement du Fcaata et à 315 millions d'euros sa contribution au Fiva.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** fixe le montant de la contribution de la branche au financement du Fcaata.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a en effet prévu que serait fixé chaque année, dans la loi de financement, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer ce fonds, destiné à assurer une préretraite à certains salariés exposés à l'amiante.

Le Fcaata

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité (Acaata) destinée aux « travailleurs de l'amiante ». Le bénéfice de ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes de cinquante ans et plus :

- travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ;
- reconnues atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante.

Les établissements ainsi que les maladies professionnelles en question ont été précisés par arrêté.

Le dispositif a été progressivement étendu :

- aux salariés et anciens salariés des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ;
- aux salariés et anciens salariés des établissements de construction et de réparations navales ;
- aux dockers, dans la mesure où ils avaient exercé leur activité dans un port et pendant une période indiquée par arrêté ;
- aux salariés et anciens salariés du régime agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Un fonds spécifique, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), prend en charge le financement des allocations et des cotisations de retraite complémentaire qui les accompagnent. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, les prestations étant attribuées et servies par la Cnam.

Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs, une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, fixée chaque année, et une contribution versée par les employeurs dont des salariés sont admis au bénéfice de l'Acaata.

Ses dépenses sont, à ce jour, constituées par le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité et par la prise en charge des cotisations retraite des allocataires.

Un conseil de surveillance est chargé du suivi et du contrôle des activités du fonds et de son fonctionnement. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que le rapport d'activité doit également être transmis au Gouvernement et au Parlement.

Le montant proposé est de 850 millions d'euros, en progression de 50 millions d'euros par rapport à 2007.

Le **paragraphe II** fixe le montant du versement de la branche au financement du Fiva.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a en effet prévu que serait fixé, chaque année, dans la loi de financement de la sécurité sociale, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer ce fonds, dont la vocation est d'apporter aux personnes malades de l'amiante une réparation intégrale de leur préjudice.

Le Fiva

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) afin de faire bénéficier les salariés d'une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

Ce dispositif intéresse tous les salariés qu'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Les ayants droit peuvent faire valoir leur préjudice propre.

Dès lors que la victime accepte l'offre de réparation du fonds, elle ne peut plus engager d'action en justice pour rechercher la faute inexcusable de l'employeur. L'acceptation n'a pas en revanche d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

Le fonds est financé pour l'essentiel par la branche AT MP, le solde étant pris en charge par l'Etat.

Le présent article fixe le montant de la contribution pour 2006 à 315 millions d'euros, soit un versement identique à celui de 2006.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà analysé les conditions de financement du Fcaata et du Fiva.

Elle a observé que le Fcaata connaissait une situation financière dégradée. L'augmentation de sa dotation à hauteur de 50 millions d'euros ne permettra pas de répondre entièrement à ses besoins de financement. Votre commission n'estime cependant pas souhaitable d'accroître les charges incombant à la branche AT-MP, dans la mesure où cela risquerait de compromettre son redressement financier. Elle considère, de plus, qu'il serait préférable que le complément de financement de la branche lui soit apporté par les entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante ce qui implique d'étudier les raisons de la faiblesse du rendement de la contribution mise à leur charge en 2005.

Pour sa part, la situation financière du Fiva est saine et la reconduction de la dotation de la branche à son niveau de l'an passé apparaît donc appropriée.

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

Article 56 bis

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Motivation du refus d'inscription d'un établissement
sur les listes du fonds de cessation anticipée d'activité
des travailleurs de l'amiante**

Objet : Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, prévoit que la décision de refus d'inscription d'un établissement sur les listes du Fcaata devra être motivée.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata). Bénéficiaire de l'allocation versée par ce fonds les salariés ou anciens salariés d'établissements inscrits sur une liste établie par arrêté ministériel.

Le *V bis* de cet article précise les formalités à respecter pour procéder à l'inscription : celle-ci ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné et doit lui être notifiée ; elle doit également être affichée sur le lieu de travail.

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative des députés communistes Roland Muzeau, Jacqueline Fraysse, Marie-Hélène Amiable et Maxime Gremetz, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, vise à préciser que la décision de refus d'inscription d'un établissement sur les listes doit être motivée.

II - La position de votre commission

Votre commission estime que la motivation de ces décisions répond à une exigence légitime d'information de la part des salariés concernés. Dans l'hypothèse où la décision serait attaquée en justice, sa motivation permettra de plus de clarifier les termes du débat.

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

Article 57

(art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale)

**Montant du versement de la branche accidents du travail
à la branche maladie au titre de la sous-déclaration
des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Objet : Cet article détermine le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie, en 2008, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, a institué un reversement forfaitaire annuel de la branche AT-MP du régime général vers la branche maladie, afin de prendre en compte les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles, alors qu'elles ont une origine professionnelle. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a étendu ce mécanisme à la prise en compte de la sous-déclaration des accidents du travail.

On rappellera que l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, issu du même article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dispose que le montant de ce versement est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet, tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, après avis de la commission des AT-MP, un rapport évaluant « le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Le dernier rapport de cette commission a été remis en juin 2005.

Le présent article fixe le montant de ce reversement pour 2008 à 410 millions d'euros, inchangé par rapport à l'an passé.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà rappelé la raison d'être de ce reversement forfaitaire qu'elle juge légitime, bien qu'il pèse sur les comptes de la branche AT-MP.

Elle constate, pour s'en féliciter, que le montant proposé pour 2008 s'inscrit dans la fourchette proposée par la commission Diricq, qui a évalué le coût de la sous-déclaration à au moins 355 millions d'euros. En l'absence d'éléments nouveaux, il paraît justifié de reconduire le versement à son niveau de 2007.

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

Article 58

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008

Objet : Cet article fixe à 11,8 milliards d'euros en 2008 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP dont 10,5 milliards d'euros pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L.O. 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, ... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2008 à 11,8 milliards d'euros. L'objectif de dépenses est de 10,5 milliards d'euros pour le seul régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

L'objectif de dépenses tous régimes confondus s'inscrit en progression de 1,75 % par rapport aux dépenses qui devraient être effectivement réalisées en 2007. Votre commission souhaite que cet objectif raisonnable d'évolution des dépenses soit respecté afin de conforter l'amélioration annoncée de la situation financière de la branche.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 59

(art. L. 543-1 du code de la sécurité sociale)

Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant

Objet : Cet article vise à moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant, afin qu'il corresponde aux frais de rentrée scolaire supportés par les familles modestes.

I - Le dispositif proposé

L'allocation de rentrée scolaire est versée aux familles modestes pour chaque enfant à charge, scolarisé et âgé de six à dix-huit ans.

Son montant, pour l'année 2007-2008, est de 272,57 euros par enfant. En 2007, trois millions d'enfants en ont bénéficié, pour un montant de près de 1,4 milliard d'euros.

Actuellement, l'allocation est la même pour tous les enfants, qu'ils soient scolarisés à l'école élémentaire, au collège ou au lycée. Cette situation n'est pas forcément équitable car le coût de la rentrée scolaire varie en fonction du niveau de scolarisation. Une étude de la confédération syndicale des familles, conduite en septembre 2007, confirme que la rentrée scolaire d'un écolier serait deux fois et demie moins onéreuse que celle d'un collégien, et quatre fois moins que celle d'un lycéen entrant dans une seconde générale.

Le présent article propose donc d'instaurer une modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant, afin que ce montant soit corrélé au niveau de scolarisation de l'enfant et qu'il couvre donc mieux les dépenses engagées par les familles.

Une modulation selon le niveau d'études aurait été plus juste que la modulation selon l'âge. Cependant, elle n'a pas été retenue pour des raisons techniques. Elle aurait contraint les Caf à exiger des familles un certificat de scolarité avant de pouvoir verser l'allocation, ce qui aurait déplacé le moment du versement bien après la rentrée scolaire. De plus, elle aurait

considérablement alourdi les frais de gestion, obligeant les Caf à réclamer plus de trois millions de certificats de scolarité.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable au principe de cette mesure mais elle s'interroge sur son articulation avec une autre réforme prévue pour 2008 : la majoration unique des allocations familiales.

Aujourd'hui, celles-ci sont majorées lorsque l'enfant atteint l'âge de onze puis de seize ans. Or, le Gouvernement envisage d'y substituer une seule majoration, à quatorze ans, qui prendrait pour base financière l'actuelle majoration à seize ans. Les familles perdraient donc trois années de majoration pour les enfants entre onze et quatorze ans, mais gagneraient deux années de majoration plus importante, de quatorze à seize ans. La mesure permettrait ainsi d'économiser 80 millions d'euros.

Votre commission voit une contradiction manifeste entre cette réforme des allocations familiales, qui sera effectuée par voie réglementaire, et la modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant. En effet, soit le coût de l'enfant est corrélé à son niveau d'étude, et il ne faut donc pas majorer les allocations familiales à quatorze ans car cet âge ne correspond à aucun palier scolaire, soit ce coût dépend d'autres facteurs, et il n'y a alors pas de raison de moduler l'allocation de rentrée scolaire.

Votre commission vous demande donc d'adopter cet article sans modification, mais elle invite le Gouvernement à ne pas engager en même temps une réforme des allocations familiales qui serait contradictoire avec la modulation de l'ARS.

Article 60

(art. L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles)

**Extension aux enfants handicapés
de la prestation de compensation du handicap**

Objet : Cet article vise à instaurer un droit d'option entre la prestation de compensation de handicap et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

I - Le dispositif proposé

Il existe actuellement deux aides aux parents d'enfants handicapés : l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'AJPP est attribuée aux parents ou à toute personne qui assume la charge d'un enfant âgé de moins de vingt ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants. L'allocataire perçoit, pour chaque jour de congé, une allocation journalière.

L'AEEH est versée aux parents assumant l'éducation d'enfants de moins de vingt ans qui présentent un handicap entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 %, ou sous certaines conditions, une incapacité comprise entre 50 % et 80 %. L'AEEH est composée d'une allocation de base, à laquelle il peut être ajouté un complément d'allocation, dont le montant est gradué en six catégories, selon le coût de prise en charge du handicap de l'enfant et la permanence de l'aide nécessaire.

L'AEEH est un dispositif d'aide satisfaisant pour les parents d'enfants handicapés, mais dans les cas de handicap les plus graves, la prise en charge peut s'avérer insuffisante.

C'est pourquoi la loi du 11 février 2005 a prévu l'extension, dans un délai de trois ans, de la prestation de compensation du handicap (PCH) aux enfants. Cette prestation comporte cinq éléments attribués en fonction des besoins de la personne handicapée : aides humaines, aides techniques, aides animalières, aides spécifiques ou exceptionnelles, aménagement du véhicule, du logement et compensation d'éventuels surcoûts de transport. Or, seul le troisième élément est aujourd'hui ouvert aux enfants. Le présent article prévoit donc d'ouvrir, à partir du 1^{er} avril 2008, les quatre autres éléments de la prestation aux enfants qui bénéficient actuellement du complément d'AEH.

Selon les estimations, seules les familles ayant des enfants handicapés classés dans les catégories 4, 5, et 6 du complément d'AEEH, c'est-à-dire les plus gravement handicapés, seraient susceptibles de choisir le dispositif PCH. Cela représenterait 18 000 enfants. Cependant, le droit d'option n'étant ouvert qu'à partir du 1^{er} avril 2008, et du fait du délai nécessaire à la connaissance

par le public de tout nouveau dispositif, on estime que cinq mille familles seulement devraient opter pour la PCH en 2008.

Au total, la mise en place du droit d'option représenterait, en 2008, une économie de 25 millions d'euros pour la Cnaf, mais un surcoût pour la CNSA de 50 millions. A terme, la prise en charge des enfants handicapés serait ainsi partagée entre la Cnaf et la CNSA.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté une modification rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission est particulièrement attentive à la bonne application de la loi du 11 février 2005, et notamment pour cette mesure qu'elle avait elle-même souhaité voir introduire dans le texte. Elle constate avec satisfaction que les objectifs de la loi, du moins en ce qui concerne les enfants, sont respectés.

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

Article 61

(art. L. 512-2 et L. 512-5 du code de la sécurité sociale)

Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires

Objet : Cet article vise à clarifier le droit aux prestations familiales des étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne et résidant en France.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale subordonne, pour les étrangers, le bénéfice des prestations familiales à la production d'un titre permettant de prouver la régularité du séjour sur le territoire national.

Cependant, les ressortissants communautaires bénéficient du principe de libre circulation, en vertu de l'article 39 du traité de Nice. Ils n'ont donc pas à justifier d'un titre de séjour ou d'une autorisation de travail pour l'exercice d'une activité professionnelle en France. Des possibilités d'abus existaient néanmoins, au détriment des systèmes sociaux les plus généraux. C'est pourquoi la directive 2004/38 CE a encadré ce droit de circulation en prévoyant, pour les séjours de plus de trois mois, deux conditions de régularité : disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie. Cette directive a été transposée par la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration, mais la transposition n'a pas permis

de distinguer clairement entre les conditions de régularité des étrangers communautaires et les conditions de régularité des étrangers non communautaires. Cette distinction est clairement posée par les paragraphes I et II du présent article.

Cet article vise également, dans son **paragraphe III**, à empêcher le cumul des prestations familiales françaises avec d'autres prestations familiales. Actuellement, la législation interdit le cumul avec des prestations perçues en application de traités, de conventions ou d'accords internationaux. Mais le cumul est toujours possible avec des prestations attribuées en application du droit interne d'un Etat ou des statuts d'une organisation internationale. Le présent article étend donc l'interdiction de cumul à ces derniers cas.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux modifications rédactionnelles.

III - La position de votre commission

Cet article lève toute ambiguïté sur le droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires. Il améliore la transposition de la directive 2004/38 CE relative à la libre circulation des travailleurs dans l'Union européenne.

Votre commission vous propose donc de l'adopter sans modification.

Article 61 bis

(art. L. 141-1 du code de la sécurité sociale)

Procédure accélérée de contestation des décisions du service du contrôle médical pour les parents demandant l'allocation journalière de présence parentale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux parents demandant l'allocation journalière de présence parentale de contester plus rapidement l'avis éventuellement défavorable du service du contrôle médical.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 87 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a réformé le congé de présence parentale et créé une nouvelle allocation journalière de présence parentale (AJPP) pour les personnes qui assument la charge d'un enfant âgé de moins de

vingt ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants. Le droit à la prestation est lié à l'avis favorable du service du contrôle médical dont relève l'enfant en qualité d'ayant droit de l'assuré.

Cependant, en cas d'avis défavorable, la procédure de contestation devant le tribunal administratif de la sécurité sociale est très longue à aboutir, et ne permet aux parents de faire correctement valoir leurs droits. De plus, entre le moment où la décision a été prise et celui où le tribunal est saisi du contentieux, la situation de l'enfant peut avoir évolué.

Le présent article permet donc aux parents de contester plus facilement et plus rapidement la décision du service du contrôle médical, en leur ouvrant le droit au dispositif d'expertise médicale décrit à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif prévoit en effet que les contestations sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin-conseil, ou, à défaut d'accord dans un délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales. Le litige est ainsi plus rapidement tranché.

II - La position de votre commission

Cet article renforce le droit des parents qui demandent l'allocation journalière de présence parentale. Il leur permet d'éviter une longue procédure devant le tribunal administratif de la sécurité sociale.

Votre commission vous invite donc à adopter cet amendement sans modification.

*Article additionnel avant l'article 62
(art. L. 212-1 du code de la sécurité sociale)*

Dispositif expérimental de centralisation de l'information et d'inscription des enfants à un mode de garde

Objet : Cet article additionnel vise à mettre en place un système expérimental d'information qui recenserait toutes les possibilités de garde d'enfant sur un territoire donné, informerait les parents des coûts correspondants et faciliterait l'inscription des enfants.

Différents modes de garde gérés par des responsables distincts coexistent actuellement sur un même territoire. Cette situation n'est pas toujours connue des parents, ce qui ne facilite pas la bonne articulation entre l'offre et la demande.

De plus, en dépit des différents plans crèches mis en œuvre, les places en structures d'accueil de jeunes enfants restent globalement insuffisantes : en 2006, 400 000 enfants n'ont pas trouvé de solution de garde organisée, notamment dans ce type de structures.

Le caractère dynamique de la natalité française rend donc urgent le développement de l'accueil des jeunes enfants, en ciblant les investissements sur les territoires les moins dotés.

Le présent article vise, de façon expérimentale, à permettre aux Caf de centraliser les informations sur les disponibilités de garde et de regrouper les inscriptions d'enfants. Il devrait ainsi favoriser l'évaluation précise des besoins locaux et donc une meilleure orientation des financements nationaux. Les démarches des parents seront en outre simplifiées, puisqu'ils auront désormais accès, par leur Caf, à toutes les informations nécessaires sur les disponibilités de garde existantes et les coûts correspondants.

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

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008

Objet : Cet article fixe à 56,8 milliards d'euros, dont 56,4 pour le régime général, l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2008.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article fixe à la fois l'objectif de dépenses de l'ensemble de la branche famille et celui, spécifique, du régime général.

Cependant, contrairement aux autres branches, le régime général représente 99 % des dépenses de l'ensemble de la branche, car la Cnaf retrace dans ses comptes l'ensemble des prestations légales et extralégales servies par les différents organismes, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement et leurs charges annexes. En réalité, seuls les avantages familiaux versés par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, échappent à cette agrégation.

Chaque année, l'objectif de dépenses est fixé en fonction du montant prévisionnel des charges, compte tenu des mesures nouvelles introduites par le projet de loi de financement, de l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales, des objectifs des Caf en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la revalorisation des

prestations, c'est-à-dire de l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

S'agissant de la revalorisation des prestations, le présent projet de financement table sur une hypothèse de progression de la BMAF de 1 %. Cette prévision est fondée sur l'inflation prévue pour 2008 et les écarts constatés entre les revalorisations et l'inflation réelle des années précédentes. Elle doit permettre d'ajuster l'évolution de la BMAF avec l'évolution des prix sur le moyen terme. A cet égard, une revalorisation de 1 % apparaît faible pour 2008, puisque la revalorisation a été supérieure de 0,1 % à l'inflation en 2006 et de 0,4 % en 2007. En 2008, avec une inflation estimée à 1,6 % et une revalorisation prévue de 1 %, la BMAF devrait donc perdre du terrain sur l'évolution réelle des prix de ces dernières années.

Le présent projet de loi de financement intègre également les mesures nouvelles prévues en 2008 :

- l'égalisation du taux d'effort selon les modes de garde pour les familles modestes, qui est une mesure réglementaire, coûterait 35 millions d'euros ;

- la mise en place d'un droit d'option entre les compléments de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap devrait entraîner une économie de 25 millions d'euros pour la branche famille ;

- la majoration unique des allocations familiales à quatorze ans, si elle est adoptée, rapporterait 80 millions à la Cnaf ;

- enfin, le coût de la modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant ne peut être chiffré, le Gouvernement n'ayant pas révélé les conditions dans lesquelles elle se fera : soit à enveloppe constante, soit en permettant des économies, si la base actuelle est diminuée pour les jeunes enfants, soit en entraînant des dépenses supplémentaires, si la base est revalorisée pour les enfants plus âgés.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Bien qu'elle regrette, comme chaque année, la modestie de revalorisation de la BMAF, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Section additionnelle après la section 4

Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

Article additionnel après l'article 62

(art. L. 135-5 du code des juridictions financières)

Transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées

Objet : Cette section et cet article additionnels prévoient que les référés de la Cour des comptes entrant dans le champ de compétences des commissions des affaires sociales leur sont obligatoirement transmis.

Dans le domaine du suivi de l'exécution des lois de finances et de financement, les commissions financières du Parlement (commissions des finances et commissions des affaires sociales) disposent de nombreux instruments (pouvoirs de contrôle sur pièces et sur place, auditions...) et peuvent requérir l'assistance de la Cour des comptes, à travers des rapports et des enquêtes.

Tous ces moyens figurent symétriquement dans la Lolf¹ et dans la Lolfss² sauf un : la transmission des référés³ par la Cour des comptes. En application des dispositions de l'article L. 135-5 du code des juridictions financières⁴ les référés et les réponses qui leur sont apportées sont en effet transmis aux seules commissions des finances à l'expiration d'un délai de réponse de trois mois.

La volonté commune du Premier président de la Cour et de la commission des finances du Sénat est aujourd'hui d'organiser le suivi des référés, notamment au cours d'auditions parlementaires mettant en présence

¹ Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

² Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

³ Le référé est une communication adressée par le Premier président de la Cour des comptes à un ministre pour attirer son attention sur des erreurs ou des irrégularités constatées lors de l'examen des comptes et de la gestion de son administration et lui suggérer les moyens d'y remédier.

⁴ Issu de l'article 93 de la loi de finances pour 2001 (n° 2000-1352 du 30 décembre 2000).

les auteurs du référé et les administrations ou organismes interpellés sur leur gestion¹.

La démarche est excellente et permet de renforcer le contrôle des assemblées.

C'est pourquoi il est singulier que **les commissions des affaires sociales des deux assemblées ne soient pas directement destinataires des référés** entrant dans leur champ de compétence afin qu'elles se chargent elles-mêmes de leur suivi.

Votre commission, suivant les recommandations de sa Mecss², demande donc la modification de l'article L. 135-5 du code des juridictions financières en ce sens.

Elle vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet, inséré dans une section additionnelle de la loi de financement sur l'information et le contrôle du Parlement.

¹ *Tout récemment le 16 octobre dernier, sur le thème de l'interopérabilité des systèmes d'information en santé.*

² *« Protection sociale : trouver la ressource juste, promouvoir les bons usages » - rapport n° 66 (2007-2008) d'Alain Vasselle pour la Mecss – pp. 91-92.*

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 63

*(art. L. 153-1, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 224-5-5, L. 224-5-6, et L. 224-10
du code de la sécurité sociale)*

Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'union des caisses nationales de sécurité sociale

Objet : Cet article prévoit la conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss).

I - Le dispositif proposé

L'union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) a été créée pour assurer la gestion de tâches mutualisées au sein du régime général.

Elle a été constituée, en application de l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale, entre les trois caisses nationales du régime général et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Elle a pour mission :

- d'assurer les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines, du régime général, notamment la négociation et la conclusion des conventions collectives nationales, la coordination et la mise en œuvre des politiques de formation du personnel, le suivi de la gestion prévisionnelle des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement ;

- d'effectuer, à la demande de l'Etat, des caisses nationales ou de l'Acoss des missions sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.

L'Ucanss est dotée d'un conseil d'orientation, composé de représentants des assurés sociaux, de représentants des employeurs, des présidents et vice-présidents des caisses nationales et de l'Acoss, chargé de définir les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général. Elle dispose également d'un comité exécutif, composé des directeurs des caisses nationales et de quatre directeurs régionaux et locaux,

qui élabore et propose les orientations relatives aux moyens et missions de l'Union.

Mais, comme le souligne l'exposé des motifs du projet de loi de financement, l'Ucanss ne dispose pas aujourd'hui d'un cadre d'action adapté à une programmation pluriannuelle, alors que, depuis 1996, les caisses nationales du régime général et l'Acoss ont cette possibilité, dans le cadre de leurs conventions d'objectifs et de gestion (Cog).

C'est pourquoi, le présent article vise à mettre en place une convention d'objectifs et de gestion pour l'Ucanss.

A cet effet, le **paragraphe III** du présent article insère **deux nouveaux articles** dans le code de la sécurité sociale :

- l'article L. 224-5-5 dispose qu'une convention d'objectifs et de gestion est conclue entre l'Etat et l'Ucanss pour déterminer les orientations pluriannuelles liées à la mise en œuvre des missions confiées à l'union ; cette convention doit également déterminer les moyens de fonctionnement de l'union, les règles de calcul et d'évolution de son budget, les indicateurs associés aux objectifs fixés et les conditions de conclusion d'avenants en cours d'exécution ; la Cog est signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur de l'union ;

- l'article L. 224-5-6 prévoit que les caisses nationales du régime général et l'Acoss concluent avec l'Ucanss une convention afin de préciser leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union ; cette convention est signée par le directeur ou le directeur général de chacune des caisses et de l'Acoss et, pour l'Ucanss, par le président du comité exécutif et le directeur.

Le **paragraphe I** complète l'article L. 224-5-1 du même code, afin de prévoir que le conseil d'orientation de l'Ucanss donne son avis sur les orientations de la Cog.

Le **paragraphe II** insère un nouvel alinéa à l'article L. 224-5-2 du même code pour préciser que le comité exécutif de l'Ucanss, dans le but de préparer la conclusion de la Cog, détermine les orientations pluriannuelles de l'union ainsi que les moyens nécessaires à leur réalisation.

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 153-1 du même code pour que les dispositions relatives au contrôle des budgets des organismes de sécurité sociale soient désormais également applicables à l'Ucanss.

Le **paragraphe V** complète l'article L. 224-10 afin de prévoir que les délibérations de l'Ucanss ne deviennent exécutoires qu'en cas d'absence d'opposition des autorités compétentes de l'Etat, dans un délai de vingt jours, comme pour les délibérations des autres organismes de sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements** tendant à :

- coordonner la rédaction relative au contenu de la Cog entre les différents articles du code de la sécurité sociale ;

- prévoir, par analogie avec les dispositions relatives aux Cog conclues entre l'Etat et les caisses nationales ou l'Acoss, une durée minimale de quatre ans, ainsi que la transmission de la Cog aux commissions saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ;

- coordonner dans l'ensemble de l'article L. 224-10 le régime d'approbation des délibérations de l'Ucanss et celui applicable aux décisions des caisses nationales du régime général.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve la création de cette Cog qui permettra aux différents organismes de sécurité sociale de disposer d'un outil supplémentaire de pilotage, selon une approche transversale.

Les apports de la pluriannualité et de la contractualisation ne sont en effet plus à démontrer pour améliorer la réalisation d'objectifs et l'efficacité de la gestion.

Sous réserve d'un amendement de précision rédactionnelle au paragraphe III, votre commission vous demande d'adopter cet article.

Article 64

*(art. L. 124-4, L. 153-3, L. 224-5, L. 224-12, L. 227-1 et L. 723-11
du code rural)*

Amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article comporte diverses mesures destinées à améliorer la gestion des organismes de sécurité sociale, en donnant davantage de moyens aux caisses nationales et en rationalisant les règles des marchés publics qui leur sont applicables.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** complète l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, relatif aux missions de l'Ucanss, afin de confier à l'union la fonction de centrale d'achat pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Acoss ou des organismes locaux.

Cette disposition permettra à l'Ucanss, qui assure déjà depuis octobre 2005 le secrétariat de la commission centrale des marchés des organismes de sécurité sociale et qui gère un observatoire de l'achat, de voir son rôle conforté et élargi dans ce domaine.

Plusieurs rapports récents ont en effet fait valoir que des économies substantielles pourraient être retirées de la passation de marchés nationaux. Ainsi, l'Ucanss pourrait, de façon fructueuse, passer, pour le compte des caisses nationales du régime général, des marchés portant sur le papier, les fluides, l'électricité, les assurances, la flotte automobile, la formation, les imprimés, etc.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale afin de tirer les conséquences du nouveau code des marchés publics. Il prévoit donc que les caisses nationales, l'Acoss et l'Ucanss pourront passer, pour leur propre compte ou celui des organismes locaux, des marchés ou des accords cadre.

Le mécanisme des accords cadres permet de présélectionner des prestataires sur une période donnée et de les mettre en concurrence lors de la survenance des besoins.

Si l'accord cadre est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux demeureront soumis, pour la passation des marchés subséquents, au respect du droit des marchés publics. Si l'accord cadre n'est en revanche attribué qu'à un seul opérateur, ils ne seront pas soumis au respect de ces obligations.

Le **paragraphe III** inscrit le même dispositif à l'article L. 723-11 du code rural au profit de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le **paragraphe IV** complète l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, afin de soumettre les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique, financés majoritairement par des organismes de sécurité sociale, au régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics.

Le **paragraphe V** modifie l'article L. 227-1 du même code afin de fusionner le fonds national de gestion administrative et le fonds national de contrôle médical, présents au sein de la Cnam. Cette fusion est justifiée par le fait que ces deux fonds financent en pratique le même type de dépenses (personnel, fonctionnement) et que leur consolidation permettra de faciliter la gestion des crédits correspondants. L'exposé des motifs du projet de loi insiste toutefois sur la nécessité, dans ce nouveau cadre, de garantir un suivi budgétaire et comptable spécifique des moyens des missions exercées par les praticiens conseils de la Cnam.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements** afin de :

- rectifier une erreur de référence au paragraphe III ;
- assurer la coordination des conséquences de la fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la Cnam à l'article L. 153-3 du code de la sécurité sociale ;
- préciser qu'au sein du budget de gestion, résultant de la fusion des deux fonds ci-dessus mentionnés, il conviendra de faire apparaître clairement les moyens consacrés au contrôle médical.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve pleinement ces mesures qui doivent permettre aux caisses d'améliorer leur gestion et de faire des économies.

Elle est également favorable aux modifications apportées au texte initial par l'Assemblée nationale, à l'exception toutefois de l'ajout effectué au paragraphe V qui complexifie inutilement la rédaction de l'article. En effet, la Cnam a, de façon très évidente, besoin de suivre les dépenses qu'elle affecte au contrôle médical. Il n'est donc pas utile de le préciser.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de simplifier et clarifier la rédaction des II et III de cet article en précisant quels sont les organismes habilités à passer les marchés subséquents à l'accord cadre pour le régime général, ainsi que pour le régime agricole et en supprimant les dispositions figurant déjà dans le code des marchés publics.

Enfin, la lisibilité du IV peut être améliorée, ce qui constitue l'objet d'un troisième amendement.

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

Article 65

(art. L. 723-4-1 nouveau, L. 723-11 et L. 723-13 du code rural)

**Renforcement des moyens de la caisse centrale
de la mutualité sociale agricole**

Objet : Cet article a pour objet de renforcer les pouvoirs de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole afin de favoriser la restructuration du réseau du régime des exploitants agricoles.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à accroître les moyens d'action de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) en matière de pilotage et de contrôle du réseau des caisses de mutualité sociale agricole.

Le **paragraphe I** crée un article L. 723-4-1 du code rural qui donne un pouvoir de décision, au demeurant bien encadré, à la CCMSA en matière de fusion de caisses afin qu'elle soit en mesure de surmonter une éventuelle situation de blocage au niveau local.

Ce nouveau pouvoir serait confié au conseil central d'administration de la MSA sur proposition de l'assemblée générale centrale qui pourra ainsi décider la fusion de deux ou plusieurs caisses de mutualité sociale agricole. La date d'effet est fixée au 1^{er} janvier de l'année civile du terme du mandat des administrateurs ou au premier jour du mois civil suivant le terme du mandat des membres du conseil d'administration

Un mécanisme d'administration provisoire est prévu : le conseil central pourra constituer en son sein une commission chargée de prendre les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse en lieu et place des conseils d'administrations concernés. Cette commission, dont la composition est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture, peut s'adjoindre des personnalités qualifiées. Ses décisions sont soumises au contrôle de l'Etat.

Le **paragraphe II** propose de compléter l'article L. 723-11 du même code en confiant à la CCMSA une nouvelle mission : celle de prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole. Il s'agit là encore d'un renforcement non négligeable des pouvoirs de l'organisme central, dans un réseau à l'organisation traditionnellement très décentralisée.

Le **paragraphe III** tend à modifier la rédaction de l'article L. 723-13 devenue obsolète.

La CCMSA se voit confier un pouvoir de contrôle portant notamment sur la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations de sécurité sociale effectuées par les caisses de mutualité sociale agricole. La

nature de ces contrôles est renvoyée à un décret, mais le texte introduit désormais une réelle prééminence des organes centraux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté trois améliorations rédactionnelles à cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions de cet article qui faciliteront la restructuration du réseau de la MSA. L'objectif est de passer à trente-cinq caisses à l'horizon 2010, contre soixante-six en 2007 et soixante-dix-huit en 2002. Cette accélération du processus de modernisation permettra de répondre aux critiques formulées par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2007 sur la sécurité sociale.

Il convient enfin de noter que le renforcement des prérogatives de la CCMSA ici proposé a été débattu et approuvé par les instances nationales du régime.

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

Section 6

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 66

Expérimentation de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail

Objet : Cet article a pour objet de permettre à certaines caisses d'assurance maladie d'expérimenter de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail.

I - Le dispositif proposé

En cas de maladie ou d'accident, le salarié en arrêt de travail perçoit des indemnités journalières de sécurité sociale auxquelles peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur sous certaines conditions.

En application de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, **l'employeur peut organiser un contrôle médical des arrêts de travail**, auquel le salarié a l'obligation de se soumettre.

Conformément à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, le médecin contrôleur qui conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail doit transmettre son avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie de l'assuré. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

La mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ainsi que le renforcement des actions de contrôle engagées par les caisses d'assurance maladie ont permis de diminuer significativement le nombre d'indemnités journalières au cours des dernières années - à un rythme de plus de 3 % par an entre 2004 et 2006. Toutefois, la tendance observée depuis le début de l'année 2007, avec une remontée des dépenses d'indemnités journalières, montre que les bons résultats des années antérieures ne sont pas acquis.

C'est pourquoi, il est proposé par cet article d'instituer **un dispositif expérimental tendant à autoriser certaines caisses de sécurité sociale à mettre en œuvre une procédure de contrôle des arrêts de travail**

dérogeant aux dispositions prévues par le II de l'article L. 315-1 précité. Il s'agit, comme le précise le premier paragraphe de l'article, de « *renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical avec les prérogatives de l'employeur telles qu'elles découlent de la loi du 19 janvier 1978* ».

Les caisses qui participeront à l'expérimentation seront celles dans lesquelles le nombre d'indemnités journalières versées par assuré en 2006 a été supérieur à la moyenne nationale et qui figureront sur une liste arrêtée par le directeur général de l'Uncam.

L'exposé des motifs du projet de loi indique que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont en moyenne pris en charge 4,73 jours d'arrêt de travail par assuré en 2006. Les vingt-cinq CPAM (sur un total de 128) qui en ont indemnisé le plus grand nombre ont pris en charge plus de 5,83 jours d'arrêt de travail par assuré, le maximum étant de 9,59 jours.

La procédure de contrôle expérimentale prévue par l'article concerne **deux cas de figure** :

- En premier lieu, si le service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie reçoit l'avis d'un médecin ayant effectué un contrôle à la demande d'un employeur, qui conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, il devra alors :

- soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré ;

- soit, sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire, demander à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières, à charge pour la caisse d'en informer l'assuré et son employeur. L'assuré aura alors la possibilité de demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical pour réexaminer sa situation, celui-ci devant se prononcer dans un délai fixé par décret.

Si le contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt de travail est médicalement justifié, la caisse sera tenue de maintenir ou de rétablir le service des indemnités journalières, décision qui sera communiquée par la caisse à l'assuré ainsi qu'à l'employeur.

- En second lieu, si un nouvel arrêt de travail a été prescrit au salarié pour lequel il avait été décidé de suspendre le versement des indemnités journalières, le présent article prévoit que la caisse d'assurance maladie suspend de nouveau le service de ces indemnités et saisit le service du contrôle médical qui devra se prononcer sur le caractère médicalement justifié de l'arrêt de travail dans un délai fixé par décret

Le dernier alinéa de l'article précise que **l'expérimentation s'achèvera le 31 décembre 2009.**

Un **rapport d'évaluation**, assorti des observations des caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation, devra être transmis au Parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale avant le 30 juin 2009.

En fonction de ses conclusions, la question de l'éventuelle généralisation du dispositif pourra être traitée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

L'exposé des motifs du projet de loi indique également que l'expérimentation pourra être suivie par un **comité de pilotage** associant notamment les médecins conseils, l'ordre national des médecins et les associations de malades. Enfin, des actions d'information devraient être menées en direction des employeurs afin qu'ils soient incités à communiquer très en amont avec les organismes de sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la mise en place expérimentale d'une telle procédure. Il paraît en effet impératif de renforcer la coordination entre les divers contrôles afin d'en améliorer la cohérence et l'efficacité.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 66 bis

(art. L. 114-9 du code de la sécurité sociale)

Transmission d'informations aux organismes complémentaires

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir une information des organismes complémentaires en cas de suspicion de fraude.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale pose le principe selon lequel les directeurs des organismes de sécurité sociale - des organismes admis à encaisser des cotisations comme des organismes admis à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base - sont tenus de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées.

L'Assemblée nationale a souhaité compléter cette disposition en prévoyant que, lorsqu'une telle procédure de contrôle ou d'enquête est engagée, l'organisme local d'assurance maladie informe, le cas échéant et s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance complémentaire de l'assuré.

Selon les auteurs de l'amendement, une coordination étroite et en amont des régimes obligatoires et des organismes complémentaires sur la fraude améliorerait l'efficacité des efforts mis en oeuvre ces dernières années par la sécurité sociale pour lutter contre la fraude.

En outre, les organismes qui interviennent en complément des régimes de base sont victimes de ces mêmes fraudes, ils doivent donc, à ce titre, pouvoir être associés aux initiatives de l'assurance obligatoire.

Enfin, ces organismes détiennent des informations qui pourraient parfois permettre à l'assurance obligatoire d'améliorer de façon significative l'efficacité de son action en matière de lutte contre les fraudes.

II - La position de votre commission

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

Article 66 ter

(art. L. 114-9 du code de la sécurité sociale)

Renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'autoriser les caisses nationales à agir en lieu et place des organismes de base dans le cadre de la lutte contre la fraude.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cette mesure vise à compléter l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale dont le dispositif a été rappelé à l'article 66 *bis* ci-dessus. L'objectif poursuivi par les auteurs de l'amendement est un renforcement des moyens des caisses nationales dans la lutte contre la fraude et les abus aux prestations.

A cet effet, le présent article prévoit que les organismes nationaux sont avisés par les organismes locaux de sécurité sociale de la fraude constatée et des suites qu'ils entendent leur donner.

A défaut de plainte avec constitution de partie civile par l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration du délai d'un mois après une mise en demeure de l'organisme restée infructueuse.

Il est également prévu que les organismes nationaux peuvent déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette initiative qui vise à renforcer les moyens d'action et de pilotage des caisses nationales à l'égard des organismes locaux en matière de lutte contre la fraude. Celle-ci est en effet une priorité, tant pour des raisons de justice et d'équité que pour des raisons financières.

Sous réserve d'un amendement de correction d'une référence, votre commission vous demande d'adopter cet article.

Article 67

(art. L. 114-12, L. 583-3, L. 821-5 et L. 831-7

du code de la sécurité sociale,

art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation)

Simplification du mode de renseignement des ressources

Objet : Cet article a pour objet à la fois d'alléger les obligations déclaratives des assurés bénéficiant de prestations sous conditions de ressources et de lutter contre la fraude aux prestations sociales.

I - Le dispositif proposé

Pour l'obtention des prestations familiales, de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation de logement et de l'aide personnalisée au logement, chaque demandeur doit actuellement **déclarer ses ressources** auprès des différents organismes concernés - caisses d'allocations familiales (Caf), caisses de la mutualité sociale agricole.

Ainsi, aujourd'hui, plus de 8,5 millions d'allocataires déclarent chaque année leurs ressources aux Caf. Environ 10 % d'entre eux utilisent, à cette fin, la télédéclaration, mise en place en 2002.

Des échanges de données existent entre les Caf et l'administration fiscale pour, dans le cadre des procédures de contrôle, permettre aux Caf de vérifier, *a posteriori*, l'exactitude des déclarations des allocataires qui bénéficient de prestations sous conditions de ressources.

L'article 5 de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre la Cnaf et l'Etat pour la période 2005-2008, prévoit de simplifier ces règles de contrôle des ressources en instituant une transmission des données fiscales *a priori* dès 2008.

Le présent article a pour objectif d'introduire ces dispositions dans le code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** réécrit l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations familiales afin de **substituer au mécanisme de déclaration des allocataires un système d'échange d'informations avec l'administration fiscale** :

- le **premier alinéa** dispose que les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir les informations dont ils ont besoin pour l'ouverture, le maintien de droits ou le calcul des prestations, par l'application de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire par un échange d'informations avec l'administration fiscale ;

- le **deuxième alinéa** prévoit que la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies dans le cadre de la procédure instituée au premier alinéa exposent le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du même code, c'est-à-dire, dans le premier cas, une amende de 5 000 euros, dans le second cas, une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme dont le montant est fixé en fonction de la gravité des faits ;

- le **troisième alinéa** précise que pour les allocataires ou demandeurs qui ne font pas de déclaration de revenus à l'administration fiscale, soit environ 10 % d'entre eux, la procédure reste la même qu'aujourd'hui, c'est-à-dire une déclaration aux organismes concernés ;

- les **six alinéas suivants** reprennent des dispositions figurant actuellement à l'article L. 583-3 du même code : le contenu des contrôles des organismes porte sur la situation de famille, les enfants et personnes à charge, les ressources, le montant des loyers, les conditions de logement ; pour l'exercice de ces contrôles, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent exiger la communication d'informations par les administrations publiques, notamment financières, ou d'autres organismes sociaux ; ces demandes d'informations doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution de prestations familiales ; les personnels sont tenus au secret quant à ces informations ; un décret fixe les modalités d'information des allocataires en cas de contrôle ; le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles.

Le **paragraphe III** complète le cinquième alinéa de l'article L. 821-5 du même code, en ajoutant la référence aux dispositions de l'article L. 583-3, créées par le paragraphe II du présent article, afin d'étendre la procédure d'échange d'informations avec l'administration fiscale à l'examen des conditions d'attribution de **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**.

Le **paragraphe IV** réécrit l'article L. 831-7 du même code relatif à **l'allocation de logement**. Comme dans le paragraphe II pour les prestations familiales, les trois premiers alinéas proposés pour cet article instituent un mécanisme d'échange d'informations avec l'administration fiscale pour le recueil d'un des éléments, notamment les ressources, nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, de maintien des droits ou de calcul

de l'allocation de logement. La pérennité du système déclaratif actuel est assurée lorsque les bénéficiaires ne font pas de déclaration de revenus auprès de l'administration fiscale.

Le **paragraphe V** réécrit l'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation relatif à **l'aide personnalisée au logement**. Comme pour les prestations familiales et l'allocation de logement, il est proposé d'ajouter trois alinéas pour mettre en place un mécanisme d'échange d'informations avec l'administration fiscale, tout en assurant, pour les allocataires ou demandeurs qui ne font pas de déclaration de revenus, la pérennité du système de déclaration actuel.

Enfin, le **paragraphe I** abroge les deux derniers alinéas de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. Celui-ci, introduit par l'article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, crée un répertoire national commun aux organismes de sécurité sociale, aux caisses de congés payés et aux Assedic, auquel ont également accès les Urssaf et les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'aide sociale.

Les deux alinéas qu'il est proposé d'abroger concernent la procédure particulière d'autorisation par la Cnil de ces échanges d'informations. En effet, cette procédure n'est pas conforme au cadre juridique issu de la modification, en 2004, de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il est donc proposé que les échanges prévus par l'article L. 114-12 s'effectuent dans le respect des dispositions de droit commun de la loi du 6 janvier 1978.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite que, grâce à cet article, on puisse mettre en œuvre une mesure importante de la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille en cours d'exécution.

Cela permettra en effet de simplifier les démarches des allocataires tout en permettant un contrôle renforcé de la fraude.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 67
(art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale)*

Récupération des indus

Objet : Cet article additionnel a pour objet, d'une part, de permettre la récupération des indus auprès des professionnels et établissements de santé, d'autre part, d'appliquer la prescription de droit commun lorsqu'une fraude est à l'origine de l'indu.

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale dispose qu'en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits médicaux ou des frais de transport, l'organisme de prise en charge peut recouvrer l'indu auprès du professionnel de santé ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

Or, une jurisprudence récente de la Cour de cassation, tout en visant cet article, a estimé que l'indu ne peut être récupéré qu'auprès de celui qui a effectivement perçu la somme en cause, c'est-à-dire l'assuré. Cet arrêt s'appuie sur les articles 1235 et 1376 du code civil.

Pourtant plusieurs éléments permettent de confirmer que l'indu visé à l'article L.133-4 doit effectivement être qualifié d'indu et par conséquent distingué d'une pénalité :

- le montant de cet indu correspond exactement au montant des prestations versées à tort, il ne supporte aucune majoration qui pourrait lui conférer le caractère de sanction ou de pénalité ;

- la caractère d'indu et non de sanction a été confirmé par la loi du 13 août 2004, qui a créé des pénalités administratives pouvant se cumuler avec une notification d'indu.

Aussi peut-on penser qu'il ne s'agira que d'un arrêt d'espèce de la Cour de cassation, qui restera isolé. Cependant, il pose un problème aux caisses d'assurance maladie qui, jusqu'à maintenant, récupéraient les indus auprès des professionnels et établissements de santé. En outre, cet arrêt commence à être utilisé dans des contentieux avec les caisses.

C'est pourquoi, votre commission suggère de préciser explicitement à l'article L. 133-4 que l'indu peut être récupéré auprès des professionnels et établissements de santé, **même si le remboursement a été effectué à l'assuré.**

Par ailleurs, l'article L. 133-4 prévoit que l'action en recouvrement de l'indu se prescrit par trois ans. Votre commission propose qu'en cas de fraude, ce délai de prescription soit porté à celui de droit commun, c'est-à-dire trente ans.

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

Article 67 bis

**Renforcement des moyens des caisses nationales
dans la lutte contre la fraude**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de permettre la mise en œuvre d'actions de contrôle par les trois caisses nationales du régime général, par la caisse nationale du régime social des indépendants et la caisse centrale de mutualité sociale agricole.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La mesure proposée vise à renforcer l'action et le pilotage des caisses nationales dans la lutte contre les fraudes et les abus aux prestations.

A cet effet, le **paragraphe I** introduit un nouvel article L. 224-14 dans le code de la sécurité sociale, afin de donner pouvoir à la Cnam, à la Cnav et à la Cnaf de mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations.

Les contrôles doivent avoir pour but de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Pour effectuer ces contrôles, les caisses nationales ont la possibilité d'utiliser les traitements automatisés des données relatives au service des prestations. Enfin, elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux ou locaux à ces actions.

Le **paragraphe II** complète l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale relatif à la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI).

Il est ainsi proposé de lui donner pouvoir de mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter des fraudes et des comportements abusifs. Comme les caisses nationales du régime général, la caisse nationale du RSI pourra requérir la participation des caisses de base à ces actions et utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.

Le **paragraphe III** complète l'article L. 723-11 du code rural dans le même sens au profit de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole qui pourra donc engager ou coordonner des actions de contrôle, requérir la participation des caisses locales et utiliser des traitements automatisés du service des prestations.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ce renforcement des moyens de pilotage des caisses nationales. Il est en effet nécessaire de leur donner plus de souplesse et plus de moyens pour mener un certain nombre d'opérations, notamment en matière de contrôle et de lutte contre la fraude.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 67 ter
**Expérimentation d'un dispositif de suspension
des prestations en cas de fraude**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instaurer, de façon expérimentale, un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans le cadre de la politique de renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes, il est proposé d'instituer une nouvelle sanction de suspension du service des prestations. Cette mesure serait prise à titre expérimental et concernerait seulement les allocations logement.

A cet effet, le **paragraphe I** de l'article prévoit que la fraude à l'allocation de logement familiale, à l'allocation de logement ou à l'aide personnalisée au logement, respectivement visées aux articles L. 542-2 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale et L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, sera sanctionnée par la suppression du service de ces allocations.

Cet article vise en particulier les cas de fausse déclaration délibérée qui auront abouti au versement de prestations indues.

La fraude constatée devra dépasser un montant égal à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour que la sanction puisse s'appliquer.

La durée de la sanction sera fixée en fonction de la gravité des faits, dans la limite d'une année à compter de la décision administrative de suppression. Le directeur de l'organisme de sécurité sociale concerné prendra notamment en compte le montant de la fraude, sa durée, la récidive éventuelle et la composition du foyer.

Il est précisé que la suppression du service des allocations ne pourra être prononcée lorsque la personne concernée aura, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou aura bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe. Dans ce cas, si la décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé de la suppression du service des allocations, celles-ci feront l'objet d'un versement rétroactif au bénéficiaire. Si, à la suite du prononcé d'une suppression des allocations, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, le montant des allocations supprimées s'imputera sur celle-ci.

Il est indiqué que ce dispositif s'appliquera jusqu'au 31 décembre 2009 ; il a donc un caractère expérimental.

Le **paragraphe II** complète l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale relatif aux pénalités pour inobservation des règles de la sécurité sociale par les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs ou les assurés. Il ajoute le cas dans lequel les règles applicables à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1, c'est-à-dire la CMUc, ne sont pas respectées. La pénalité sera alors prononcée par l'autorité administrative ou, par délégation de pouvoir, par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à l'expérimentation de ce nouveau dispositif de sanction qui, par son effet immédiat, devrait être plus dissuasif que la seule amende pénale.

Elle estime toutefois nécessaire de prévoir dès à présent une évaluation de sa mise en œuvre afin de donner au Parlement tous les éléments nécessaires pour, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, décider, le cas échéant, de pérenniser le dispositif, voire de l'étendre à d'autres prestations sociales.

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

Article 67 quater

Documents à fournir pour une demande d'aide au logement

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir la fourniture d'une copie du bail pour toute personne faisant une demande d'aide au logement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Il est proposé, par cet article, que toute personne faisant une demande d'aide au logement, devra fournir une copie du bail.

Les auteurs de l'amendement voté par l'Assemblée nationale invoquent trois arguments :

- le montant particulièrement élevé des aides au logement distribuées chaque année par les caisses d'allocations familiales, soit 14 milliards d'euros ;

- la quasi-inexistence des justificatifs demandés ;

- la nécessité de connaître les liens de parenté entre le bailleur et le locataire pour éviter les versements indus.

II - La position de votre commission

Votre commission ne remet pas en cause l'intérêt du contrôle en matière d'attribution des aides au logement.

Toutefois, elle n'est pas certaine que la présentation d'une copie du bail puisse répondre aux déviances ayant justifié l'adoption de la mesure.

En outre, cette obligation alourdirait considérablement le travail des caisses, à un moment où, à l'inverse, on essaie de simplifier les procédures tout en les sécurisant, ce que fait par exemple l'article 67 pour le contrôle des ressources. Cela remettrait aussi en cause le développement des téléprocédures.

Enfin, la mesure proposée ne relève pas du domaine de la loi mais du domaine réglementaire.

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

Article 67 quinquies

*(art. L. 542-6 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale,
art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation)*

Justifications à fournir pour une demande d'aide au logement

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux caisses d'allocations familiales d'exiger une pièce justificative d'un étudiant qui demande le bénéfice d'une aide au logement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Afin de lutter contre la fraude dans le domaine des aides au logement, le présent article prévoit que, lorsqu'un étudiant demande à bénéficier de ces aides, les organismes débiteurs des prestations familiales peuvent subordonner son versement à une justification de l'inscription de l'étudiant dans un établissement ou organisme d'enseignement.

Il est précisé que cette demande intervient en cas de « *doute sérieux* » de l'organisme sur la déclaration de l'étudiant.

Trois articles de codes sont modifiés pour réglementer cette nouvelle exigence :

- l'article L. 542-6 du code de la sécurité sociale pour l'allocation de logement familiale ;
- l'article L. 831-7 du même code pour l'allocation de logement ;

- l'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation pour l'aide personnalisée au logement.

II - La position de votre commission

Comme pour l'article 67 *quater*, votre commission ne remet pas en cause l'importance de lutte contre la fraude, notamment en matière d'attribution des aides au logement.

Néanmoins, elle estime que la mesure proposée par cet article est d'ordre réglementaire.

Elle alourdirait, en outre, singulièrement les procédures d'attribution des aides et les charges de gestion des organismes débiteurs. Enfin, elle n'offrirait pas une fiabilité absolue en termes de lutte contre la fraude. Seul un dispositif de récupération des données à la source, par exemple par une procédure d'échanges dématérialisés avec les établissements d'enseignement supérieur, permettrait d'instaurer un mécanisme de contrôle réellement efficace.

Aussi, votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 68

*(art. L. 133-4-2 et L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale,
art. L. 741-10-2 du code rural, art. L. 324-12-1 du code du travail
et art. L. 8271-8-1 du nouveau code du travail)*

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Objet : Cet article a pour objet de renforcer la lutte contre le travail dissimulé grâce à l'instauration de deux mesures complémentaires, d'une part, l'établissement des redressements sur une base forfaitaire, d'autre part, la transmission systématique des procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes chargés du recouvrement.

I - Le dispositif proposé

Comme l'indique l'exposé des motifs du projet de loi, la lutte contre le travail dissimulé vise à **soumettre l'ensemble des employeurs à des obligations sociales identiques et à rétablir les droits sociaux des salariés**. Les procédures de redressement des cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations non déclarées permettent d'atteindre ces objectifs.

Au cours des dernières années, le dispositif de sanctions a été singulièrement renforcé : extension de la prescription des cotisations de trois à cinq ans (loi de financement pour 2004), renforcement de l'obligation de vigilance des entreprises donneurs d'ordre à l'égard de leurs sous-traitants, dispositif de suppression des aides publiques (loi du 2 août 2005 en faveur des

petites et moyennes entreprises), dispositif d'annulation des réductions et exonérations de cotisations sociales (loi de financement pour 2006).

Le rapport du conseil des prélèvements obligatoires de mars 2007 consacré à « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle » a exploré de nouvelles pistes de renforcement des sanctions. Parmi celles-ci, il a préconisé l'instauration d'une base légale à un redressement forfaitaire correspondant à trois ou six mois de salaire minimum lorsqu'aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié en contrepartie de l'activité non déclarée par son employeur.

C'est précisément l'une des deux mesures principales que propose le présent article.

Le **paragraphe I** insère un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, l'article L. 242-1-2, afin de prévoir que, par dérogation à l'article L. 242-1 qui établit la base sur laquelle est assis le calcul des cotisations sociales, est mise en place une base forfaitaire d'évaluation du redressement en matière de travail dissimulé.

Cette assiette forfaitaire est égale à six mois de salaire minimum, tel que celui-ci est défini à l'article L. 114-11 du code du travail. Elle ne s'applique qu'à défaut de preuve contraire. La charge de la preuve est donc renversée par rapport au dispositif existant.

En effet, actuellement, l'article R. 242-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant des cotisations peut être fixé forfaitairement lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le montant exact des rémunérations et le calcul des cotisations dues. Mais il précise que ce forfait tient compte de la durée de l'emploi, déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve. Or c'est précisément cette information qui est difficile à obtenir en cas de travail illégal. En outre, la mise en œuvre de ces dispositions donne lieu à de multiples contentieux liés soit à la nécessité pour l'organisme de prouver que la comptabilité ne permettait pas de faire ressortir les rémunérations exactes devant servir de base au calcul de cotisation, soit aux méthodes retenues par les organismes de recouvrement pour définir le montant des cotisations dues, lorsque la comptabilité de l'employeur ne le permet pas.

La mesure proposée renverse donc la charge de la preuve et offre des critères objectifs au redressement : procès-verbal de travail dissimulé et application d'une règle de six fois la rémunération mensuelle minimale. Ainsi, pour faire obstacle à l'application du redressement forfaitaire, l'employeur devra prouver la durée et la portée réelle du délit.

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 242-1-2 permet aux Urssaf, aux caisses d'allocations familiales et, pour l'outre-mer, aux caisses générales de sécurité sociale de disposer d'une base juridique pour procéder au recouvrement des cotisations dues en vertu du premier alinéa. En effet, ces organismes pourront opérer une action de mise en recouvrement sur la base

des informations des procès-verbaux qui leur sont transmis par d'autres organes luttant contre le travail dissimulé. La base jurisprudentielle, établie par la Cour de cassation, est ainsi inscrite dans le code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** insère après l'article L. 741-10-1 du code rural, un article L. 741-10-2 qui transpose le dispositif du paragraphe I au régime agricole. La base forfaitaire de six mois de salaire minimum est, ici aussi, détachée de la rémunération effective, et la charge de la preuve revient désormais à l'employeur. Les caisses de mutualité sociale agricole, en tant qu'organismes de recouvrement du régime agricole, peuvent désormais opérer une action de mise en recouvrement à partir de la transmission d'un procès-verbal effectué par un autre organisme de contrôle.

Le **paragraphe III** insère, après l'article L. 324-12 du code du travail, un article L. 324-12-1 qui facilite la transmission des procès-verbaux aux organismes de recouvrement, c'est-à-dire les Urssaf, les caisses générales de sécurité sociale et les caisses de mutualité sociale agricole.

Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 324-12 - officiers et agents de police judiciaire, agents des services fiscaux et des douanes, agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole, inspecteurs et contrôleurs du travail et du travail maritime, officiers et agents des affaires maritimes, fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile ou chargés du contrôle des transports - transmettent désormais directement et systématiquement leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement.

Le **paragraphe IV** insère après l'article L. 8271-8, un article L. 8271-8-1 dans le futur code du travail, en reprenant simplement le dispositif de l'article L. 324-12-1 créé par le paragraphe III pour l'intégrer dans la nouvelle partie législative du code du travail.

Enfin, le **paragraphe V** précise que les dispositions du paragraphe IV entreront en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance du 12 mars 2007 relative au code du travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** pour :

- coordonner les dispositions relatives à l'évaluation du redressement forfaitaire avec les règles applicables aux exonérations de charges sociales et faciliter l'évaluation des montants d'exonération dans ce cas ;

- prévoir la détermination par décret en Conseil d'Etat des modalités de prise en compte des droits à la retraite de l'employé à la suite d'un redressement forfaitaire pour travail dissimulé ;

- organiser par décret en Conseil d'Etat le respect du principe du contradictoire.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve ces dispositions qui devraient avoir un réel impact sur la lutte contre le travail dissimulé et surtout sur l'action de recouvrement des cotisations et contributions non perçues. En particulier, la transmission systématique des procès-verbaux devrait permettre d'augmenter le taux de redressement en matière de travail dissimulé, tout en assurant une meilleure coordination des autorités chargées d'intervenir dans ce domaine. On constate en effet aujourd'hui un taux relativement faible d'exploitation par les Urssaf des procès-verbaux des autres services de contrôle.

Dans son travail de « toilettage » juridique du dispositif proposé, l'Assemblée nationale a effectué un certain nombre de coordinations entre le code de la sécurité sociale et le code rural. Elle en a toutefois omis une, qu'un amendement de votre commission propose d'effectuer.

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

Article 68 bis

(art. L. 114-15 du code de la sécurité sociale)

Généralisation de l'obligation de signalement de travail dissimulé aux organismes sociaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prévoir une obligation de signalement de travail dissimulé aux organismes sociaux sans prise en compte du critère d'intentionnalité.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale dispose que les agents publics habilités à verbaliser le travail dissimulé (officiers et agents de police judiciaire, agents des impôts, agents des douanes, contrôleurs de la sécurité sociale, inspecteurs du travail) doivent porter à la connaissance des organismes de protection sociale et des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage les cas des salariés non déclarés par leurs employeurs.

Cette obligation de signalement est toutefois subordonnée au fait que le salarié ait « *de manière intentionnelle* » accepté de travailler sans que ces formalités soient accomplies.

Or, cette condition s'avère difficile à apprécier. Elle revient en fait à vider largement de son sens le principe de l'obligation de signalement prévue par le code.

C'est pourquoi, le présent article propose de supprimer les mots « *a, de manière intentionnelle, accepté de travailler* » et de les remplacer simplement par « *a travaillé* ».

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure de clarification qui permettra de contribuer à lutter contre le travail dissimulé, principale source de fraude aux cotisations et prestations sociales.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 68 ter

(art. L. 324-14-3 du code du travail

et art. L. 8222-6-1 du nouveau code du travail)

Sanction du défaut d'information des maîtres d'ouvrage

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de sanctionner le défaut d'information des maîtres d'ouvrage, à tous les niveaux de la chaîne de sous-traitance.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 3 de la loi n° 75-1334 du 31 décembre 1975 relative à la sous-traitance dispose que l'entrepreneur qui entend exécuter un contrat ou un marché en recourant à un ou plusieurs sous-traitants doit, au moment de la conclusion et pendant toute la durée du contrat ou du marché, faire accepter chaque sous-traitant et agréer les conditions de paiement de chaque contrat de sous-traitance par le maître de l'ouvrage. En outre, l'entrepreneur principal est tenu de communiquer le ou les contrats de sous-traitance au maître de l'ouvrage lorsque celui-ci en fait la demande.

Le présent article prévoit que les infractions à ces dispositions seront constatées par les agents publics habilités à verbaliser le travail dissimulé et seront punies d'une amende de 7 500 euros.

A cet effet, est ajouté dans le code du travail l'article L. 324-14-3, reproduit de façon identique dans la nouvelle partie législative du code, à l'article L. 8222-6-1.

II - La position de votre commission

Tout en s'interrogeant sur le bien-fondé d'une telle mesure en loi de financement de la sécurité sociale, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 69

(art. L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale)

Droit de communication

Objet : Cet article a pour objet d'instituer un véritable droit de communication au profit des agents de contrôle des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le droit de communication dont disposent actuellement les agents de contrôle des organismes de sécurité sociale concerne essentiellement l'accès aux informations détenues par un autre corps de contrôle ou celles détenues par des administrations publiques ou des organismes de protection sociale. Mais, en dehors de cette sphère publique, les inspecteurs du recouvrement n'ont pas la possibilité d'obtenir de tiers les documents et informations qui leur seraient utiles dans le cadre de leurs contrôles. Les organismes de sécurité sociale ne disposent pas non plus d'outils facilitant la vérification des activités sur Internet.

L'extension du droit de communication des agents des organismes de sécurité sociale fait suite à une réflexion engagée dans le cadre du comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale, créé par décret du 23 octobre 2006. L'objectif est de **calquer autant que possible les prérogatives accordées aux agents des organismes de sécurité sociale sur celles dont disposent les agents de l'administration fiscale.**

Le présent article insère **trois nouveaux articles** dans le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, relatif au contrôle et à la lutte contre la fraude.

L'article L. 114-19 attribue, d'une part, aux agents des organismes de sécurité sociale qui assurent le versement des prestations, d'autre part, aux agents de contrôle des Urssaf et des caisses de MSA, un droit d'obtention des informations et des documents qui leur sont nécessaires, sans que cela puisse toutefois porter atteinte au secret professionnel.

Ce droit de communication s'exerce, pour les premiers, pour le contrôle de la sincérité ou de l'exactitude des déclarations et de l'authenticité des pièces justificatives qui ont pour conséquence l'attribution et le paiement des prestations. Pour les seconds, il s'exerce dans le cadre de leurs missions de contrôle et dans le cadre de leur mission de lutte contre le travail dissimulé.

L'article L. 114-20 précise envers quelles personnes s'exerce le droit de communication défini à l'article L. 114-19, sans préjudice des autres dispositions qui existent déjà en matière d'échanges d'informations, en se référant aux dispositions du livre des procédures fiscales, relatives aux

conditions d'exercice du droit de communication des agents de l'administration fiscale.

Il s'agit donc de calquer le plus possible le droit de communication créé par l'article L. 114-19 sur le droit existant pour les administrations fiscales. Toutefois, en raison aussi de différences évidentes dans la nature et le contenu des contrôles menés, certains tiers pour lesquels un droit de communication n'est pas nécessaire aux organismes de sécurité sociale sont explicitement écartés.

L'article L. 114-21 prévoit que si l'organisme ayant usé du droit de communication peut recouvrer les sommes dues ou supprimer le service d'une prestation, il n'en a pas moins obligation de 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.

Là encore, il s'agit de reproduire la procédure de droit de communication qui existe en matière fiscale, celle-ci appliquant elle-même une jurisprudence ancienne et constante du Conseil d'Etat en matière de garanties des contribuables en cas d'exercice du droit de communication, permettant à la personne concernée de demander les pièces et informations à partir desquelles l'administration fiscale a motivé sa décision, avant la mise en recouvrement.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Les dispositions proposées par cet article vont permettre d'élargir et d'enrichir les sources d'information des corps de contrôle et ainsi améliorer l'efficacité de la détection des fraudes, ce qui est une bonne chose. Il conviendra de les utiliser aussi pour la détection des nouveaux comportements frauduleux en rapide expansion comme le commerce électronique.

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

Article 70

(art. L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale)

**Extension du contrôle médical aux bénéficiaires
de l'aide médicale de l'Etat et des soins urgents**

Objet : Cet article a pour objet d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et de la prise en charge des soins urgents.

I - Le dispositif proposé

L'aide médicale de l'Etat (AME) est un dispositif d'aide sociale, inscrit au code de l'action sociale et des familles, de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière. Il a été instauré par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU).

L'AME permet, sous conditions de ressources (le plafond est identique à celui de la couverture maladie complémentaire - CMU-c), la prise en charge des frais de santé des étrangers qui, en raison de leur situation irrégulière, ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale ni être admis à la CMU. Les frais couverts par l'AME sont définis par référence aux prestations de l'assurance maladie. Ces prestations sont délivrées en ville ou dans les établissements de santé, publics ou privés. Leurs bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais et aucun ticket modérateur n'est en pratique laissé à la charge du patient. L'AME poursuit un double objectif, humanitaire, en permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs, et sanitaires, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne se répandent dans la population.

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 a restreint les conditions d'accès à l'AME pour les étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France.

L'enveloppe budgétaire destinée à l'AME (environ 400 millions d'euros) couvre en fait plusieurs dispositifs qui visent tous à prendre en charge des populations qui n'ont pas accès aux prestations de l'assurance maladie. À côté de l'AME « de droit commun » gérée par la Cnam et qui représente près de 90 % de la dépense annuelle existent également :

- un dispositif spécifique de prise en charge forfaitaire par l'État « des soins urgents » institué par la loi de finances rectificative pour 2003 pour couvrir les soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la personne ou de l'enfant à naître » des étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME. Ce dispositif concerne les soins délivrés en urgence, exclusivement à l'hôpital. Le périmètre des soins pris en charge reste limité et le nombre de personnes concernées faible ;

- l'AME « humanitaire » ;
- les évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion ;
- les soins des personnes gardées à vue ou en rétention administrative.

D'après le rapport de mai 2007 sur la gestion de l'aide médicale d'Etat établi par la mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances d'audit et de modernisation, « *la gestion de l'AME par la Cnam est dans l'ensemble satisfaisante* ».

En particulier, la procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM (contrôle de l'identité, de la stabilité des ressources et de la cohérence des dossiers transmis) et les factures AME sont intégrées dans les contrôles mis en œuvre par les CPAM.

Si la mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des finances estime que « *la combinaison d'un dispositif de contrôles spécifiques à l'ouverture des droits avec les contrôles de droit commun opérés par les CPAM apparaît de nature à limiter les risques de fraude* », elle note néanmoins que « *des marges d'amélioration de l'efficacité demeurent* » et **propose ainsi d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.**

Le présent article vise donc à mettre en œuvre cette préconisation.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale qui définit l'étendue des missions attribuées au contrôle médical. Celui-ci est l'acteur médical de la gestion du risque. Il conseille, accompagne et contrôle les assurés et les professionnels de santé. Il veille également à la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

Le 1^o vise à étendre aux prestations prises en charge au titre de l'AME et au titre des soins urgents, le périmètre de compétence du contrôle médical.

Le 2^o complète le III de l'article L. 315-1 afin de préciser que le service du contrôle médical est désormais également chargé de 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.

Le 3^o complète le III *bis* du même article afin d'étendre aux médicaments, produits ou prestations pris en charge au titre de l'AME ou des soins urgents, le contrôle que le service médical est aujourd'hui chargé de réaliser auprès des établissements de santé, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou de prestations en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie.

Le 4^o étend 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 **paragraphe 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.

A cet effet, le 1^o étend le champ des prestations dont le bénéfice est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical au-delà des prestations dont le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie aux prestations servies au titre de l'AME ou des soins urgents qui présentent le même caractère coûteux et qui doivent donc en conséquence faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'Etat.

Le 2^o tire les conséquences de l'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME afin de viser les prestations servies au titre de l'AME ou des soins urgents parmi celles qui font l'objet d'une dispense d'avance de frais.

Le 3^o étend aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents, qui ne sont pas des assurés sociaux mais qui relèvent désormais du service du contrôle médical, la possibilité d'être informés par les caisses de la suspension du service d'une prestation que le service du contrôle médical estime n'être pas médicalement justifiée.

Le 4^o étend aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents l'obligation qui incombe déjà aujourd'hui aux assurés, réserve faite 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, de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale qui dispose qu'au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service médical peut procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à l'assuré, le convoquer et établir des recommandations sur les soins ou traitements appropriés qui lui sont ensuite transmises par le médecin qu'il a choisi.

Le 1^o étend aux soins dispensés à un bénéficiaire de l'AME ou de la prise en charge des soins urgents la possibilité de faire l'objet par le service du contrôle médical d'une évaluation de l'intérêt thérapeutique.

Le 2^o tire les conséquences du fait que les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents ne sont pas des assurés au sens propre du terme et substitue ainsi le terme « *intéressé* » au terme « *assuré* » pour faire bénéficier les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents de

la possibilité de choisir un médecin qui sera associé aux recommandations faites par le service du contrôle médical.

Le 3^o procède au même type de coordination pour inclure les bénéficiaires de l'AME et de la procédure des soins urgents dans la catégorie des personnes destinataires des recommandations faites par le service du contrôle médical et, le cas échéant, par le médecin choisi par le bénéficiaire des soins, sur les soins et les traitements appropriés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de la mise en place d'une mesure qu'elle avait elle-même souhaitée. Il est en effet essentiel d'établir le plus d'équité possible entre les assurés contributifs et les bénéficiaires à titre gratuit d'une aide médicale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 71

(art. L. 433-1 et L. 442-5 du code de la sécurité sociale)

Harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec les dispositions applicables en assurance maladie

Objet : Cet article propose d'étendre aux arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle certaines règles de contrôle applicables aux arrêts pour cause de maladie.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** propose de compléter l'article L. 443-1 du code de la sécurité sociale, qui définit dans quelles conditions une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle a droit à une indemnité journalière.

Il s'agit de préciser que le droit à indemnité journalière est subordonné au respect des dispositions figurant à l'article L. 323-6 du même code. Cet article prévoit que le versement de l'indemnité est subordonné à l'obligation pour son bénéficiaire :

- d'observer les prescriptions de son praticien ;

- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- de respecter les heures de sortie autorisées par le praticien ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Les assurés en arrêt pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ne sont pas soumis actuellement à ces dispositions. Leurs obligations sont simplement définies par le règlement intérieur des CPAM, qui offre moins de garanties puisqu'il ne limite pas leurs heures de sortie.

Le **paragraphe II** propose ensuite une nouvelle rédaction de l'article L. 442-5 du code de la sécurité sociale.

Dans sa rédaction actuelle, cet article prévoit que les dispositions de l'article L. 315-1, relatif au contrôle médical, s'appliquent aux accidents du travail. Il est proposé de le modifier pour indiquer que les accidents du travail seront également régis par l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

Cet article précise la portée des avis rendus par le service du contrôle médical. Son extension aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle aura principalement pour effet de rendre opposable aux CPAM l'avis rendu par le service du contrôle médical.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

La mesure proposée permet de mettre fin à une différence de traitement peu justifiée entre les personnes en arrêt de travail pour cause de maladie et celles en arrêt pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il permet de surcroît de renforcer l'efficacité des contrôles. Votre commission vous propose donc de l'approuver, sous réserve de l'adoption d'un amendement rédactionnel.

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

Section 7

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 72

Charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2008 les prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse et du fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du D du I)

D. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 21, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles des deux organismes qui font partie en 2008 du périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV et le Ffipsa.

• Pour le FSV, les charges prévisionnelles sont fixées à **14,2 milliards d'euros** en 2008, en retrait de 300 millions par rapport à 2007.

Cette diminution s'explique essentiellement par la baisse des prises en charge de cotisations au titre du chômage (qui représentent 60 % des dépenses du FSV), le nombre de chômeurs devant diminuer d'environ 130 000 au cours de l'année.

- Pour le Ffipsa, les charges s'élèveraient à **16,8 milliards d'euros**, soit une augmentation de 1,8 % par rapport à 2007.

L'essentiel de cette augmentation devrait résulter de la progression des dépenses d'assurance maladie de ce régime.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

Article 73

Rapport au Parlement sur le taux de cotisation des employeurs publics

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la communication d'un rapport au Parlement sur les conséquences financières pour la sécurité sociale du taux actuel des cotisations des employeurs publics.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article aurait pour but de faire écho au **rapport de la Cour des comptes** de septembre dernier sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

En effet, la Cour y a, une nouvelle fois, dénoncé le fait que la charge de cotisations sociales supportée par le secteur public est inférieure à celle du secteur privé alors que les droits à prestations sont identiques.

Ainsi, **pour le risque maladie, le taux de cotisations sociales**, à prestations identiques, **est inférieur de 1,35 % à celui du secteur privé**. Pour la famille, les taux sont désormais pratiquement alignés.

Pendant, **l'assiette des cotisations est limitée** car elle exclut le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence et les primes, ces dernières représentant à elles seules environ 20 % des rémunérations soumises à cotisations.

La Cour des comptes évalue à **4,6 milliards d'euros** l'enjeu financier pour le régime général. Elle préconise donc un alignement des taux et des assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du secteur marchand.

Dans ce contexte, le présent article prévoit la communication d'un rapport au Parlement, en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale, sur **le montant des pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale dû au différentiel de cotisations sociales de l'Etat et des employeurs publics par rapport au taux de cotisation des employeurs du secteur privé.**

II - La position de votre commission

Votre commission partage le souci de l'Assemblée nationale qui relaie lui-même les observations de la Cour des comptes. Il n'est en effet pas normal que, pour un droit à prestations identiques, certains employeurs soient moins taxés que d'autres, en l'occurrence l'Etat et les employeurs publics. En outre, l'enjeu financier est loin d'être négligeable pour la sécurité sociale, puisqu'il s'agit d'un manque à gagner équivalent à environ la moitié du déficit prévu pour 2008.

Néanmoins, un rapport ne permettra pas de régler cette question.

Votre commission vous propose donc de supprimer cet article.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 7 novembre 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 67 (2007-2008) de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : MM. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, André Lardeux, rapporteur pour la famille et Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souligné que l'examen de ce projet de loi de financement s'inscrit, pour la troisième année consécutive, dans le cadre juridique rénové de la loi organique du 2 août 2005. Cela rend désormais possible de comparer à l'aide des mêmes règles et des mêmes tableaux, l'exercice clos (2006), l'année en cours (2007) et l'année à venir (2008).

Après avoir rappelé les insuffisances relevées dans la présentation des deux derniers projets de loi de financement, il s'est félicité que bon nombre des demandes d'amélioration de la commission aient été cette fois prises en compte par les administrations concernées. Ainsi, les perspectives pluriannuelles annexées au projet de loi de financement présentent deux scénarios économiques, en lien avec les hypothèses associées au projet de loi de finances ; on trouve également deux valeurs différentes pour l'Ondam. Ceci étant, d'une façon générale, on constate que les hypothèses retenues apparaissent toujours aussi volontaristes.

De même, le chiffrage des mesures nouvelles, tant en recettes qu'en dépenses, est plus précis et la présentation des annexes 8 et 9 est meilleure.

En revanche, les montants inscrits dans le projet de loi de financement sont toujours exprimés en milliards arrondis à la centaine de millions d'euros près, ce qui va à l'encontre de la sincérité et de la précision des comptes et ne permet pas de mesurer l'impact financier d'un certain nombre de mesures.

Enfin, il faut souligner le contexte nouveau dans lequel intervient la discussion du projet de loi de financement : l'interlocuteur pour la partie « équilibre » est désormais celui qui est aussi en charge de la loi de finances, à savoir le ministre des comptes publics. Cela permettra d'éviter des querelles

de frontières stériles entre ces deux textes ou la constitution de « tuyauterie » financières dont la commission a régulièrement dénoncé les effets pervers. Des progrès ont déjà été réalisés cette année, et d'autres marges de progression demeurent.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite présenté la situation des comptes sociaux. Contrairement aux prévisions, les espoirs de redressement attendu en 2006, puis 2007 ne sont pas concrétisés. C'est donc à partir d'une base dégradée qu'a été construit le projet de loi de financement pour 2008.

De fait, le déficit du régime général n'est revenu à 8,7 milliards d'euros en 2006 que grâce à une recette exceptionnelle de 3 milliards d'euros provenant de la taxation des plans d'épargne logement de plus de dix ans. Pour 2007, la rechute est nette car le déficit du régime général devrait s'établir à 11,7 milliards d'euros : celui de la branche maladie (6,2 milliards) s'explique essentiellement par la forte progression des soins de ville, tendance que les mesures décidées à la suite du comité d'alerte du printemps dernier ont toutefois permis d'enrayer ; celui la branche vieillesse (4,6 milliards) résulte de facteurs démographiques défavorables mais aussi du comportement très « anticipateur » des assurés.

Le projet de loi de financement pour 2008 se fixe pour objectif de ramener le déficit du régime général à 8,9 milliards d'euros. Deux branches demeureraient déficitaires : la maladie avec 4,3 milliards d'euros et la vieillesse avec 5,1 milliards. En revanche, les branches famille et accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) renoueraient avec des excédents, pour respectivement 300 et 270 millions d'euros.

Cette amélioration ne serait que partiellement due à l'adoption de nouvelles recettes. On n'en dénombre d'ailleurs que quatre essentielles : le maintien à 1 % du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques, évalué à 100 millions d'euros ; la suppression de l'exonération de cotisations AT-MP pour 180 millions d'euros ; la taxation des indemnités de mise à la retraite, soit 300 millions d'euros ; l'augmentation de la contribution sur les préretraites (300 millions d'euros).

C'est en réalité grâce au prélèvement à la source des charges sociales et fiscales sur les dividendes, mesure du projet de loi de finances pour 2008 qui apporterait 1,3 milliard d'euros aux régimes obligatoires de sécurité sociale, que sera assuré le « bouclage financier » du projet de loi de financement. Il s'agit à nouveau d'une recette exceptionnelle et non d'une ressource durable pour la sécurité sociale.

En outre, l'Assemblée nationale a ajouté au projet de loi de financement initial quelques mesures supplémentaires : la taxation des stock options et des attributions gratuites d'actions, une légère augmentation des droits sur le tabac à rouler, ainsi qu'une taxe de 0,22 % sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac. Mais elle a supprimé, en contrepartie, la

taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes qui devait rapporter 50 millions d'euros.

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a indiqué que la sécurité sociale doit relever désormais quatre défis majeurs. Le premier tient à la consolidation du processus d'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, qui demeurent opaques et complexes, essentiellement d'ailleurs du fait de l'Etat qui procède volontiers à des reports de remboursements de sa dette à l'égard des organismes sociaux ou à des transferts de charges vers la sécurité sociale.

L'illustrent particulièrement la situation du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa), dont les déficits cumulés devraient dépasser 10 milliards d'euros, faute de contribution budgétaire, l'insuffisante compensation des allègements de charges sociales consentis par la puissance publique ou le niveau de la dette de l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale (plus de 5 milliards d'euros au 31 décembre 2006).

La situation est toutefois meilleure cette année : l'Etat a remboursé récemment 5,1 milliards d'euros au régime général et les allègements de charges sociales feront bien l'objet d'une compensation intégrale par le panier fiscal prévu en loi de finances. Ceci étant, il faudra veiller à ne pas laisser gonfler la nouvelle dette qui commence déjà à se reconstituer.

Le second défi est celui du règlement des déficits et des dettes de la sécurité sociale car le besoin de financement global des finances sociales devrait dépasser 30 milliards d'euros à la fin de l'année 2007. Certes, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale interdit de recourir à la Cades sans lui affecter les ressources correspondantes mais, jusqu'ici aucune solution n'a été avancée pour couvrir le déficit.

Le troisième défi auquel est confrontée la sécurité sociale est celui de son financement car il lui manque une source de financement à la fois pérenne et dynamique pour faire face aux besoins croissants de la population, notamment en matière de santé et de vieillesse.

Enfin, le dernier défi porte sur les dépenses et conduit en particulier à étudier la politique des exonérations de charges, la couverture du déficit de l'assurance maladie, le problème du déficit structurel de l'assurance vieillesse, ainsi que la question du financement de la dépendance.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué qu'il présentera à la commission plusieurs amendements pour tenter d'apporter des réponses sur tous ces points. En ce qui concerne le financement de la sécurité sociale, il propose l'application d'une taxe à très faible taux à l'ensemble des niches fiscales, et l'instauration d'une taxe nutritionnelle sur les boissons sucrées sera également proposée.

Une deuxième série d'amendements porte sur les contrôles et la lutte contre la fraude. Il s'agit, d'une part, de permettre à la Cnam de récupérer effectivement ses indus, d'autre part, d'assurer un meilleur contrôle du commerce électronique.

Enfin, le renforcement de l'autonomie financière de la sécurité sociale exige la suppression de l'article du projet de loi qui autorise la non compensation de cinq mesures d'exonération de charges qui coûterait plus de 240 millions d'euros aux comptes sociaux.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite présenté la situation de l'assurance maladie. Le montant de l'Ondam s'élèvera, en 2008, à 152,1 milliards d'euros, ce qui correspond à une progression de 2,8 %. Pour respecter cet objectif, la branche maladie disposera de 1,1 milliard d'euros de recettes nouvelles et devra réaliser 2 milliards d'économies, résultant principalement de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée conventionnelle (635 millions) et des franchises de remboursement (850 millions). Le Gouvernement souhaite ainsi réduire le déficit de près de 2 milliards d'euros, en le ramenant à 4,3 milliards à la fin 2008.

Deux mesures méritent qu'on s'y arrête.

La première est l'instauration de franchises sur les médicaments, les consultations paramédicales et les transports sanitaires dont le montant sera fixé par décret. Cette participation forfaitaire, plafonnée à 50 euros par an, servira à financer les plans Alzheimer, cancer et soins palliatifs. Ces nouvelles franchises s'ajoutent à la participation forfaitaire de un euro réglée par les assurés sur les consultations médicales et les actes de biologie. Elles ne seront pas prises en charge par les assureurs complémentaires dans le cadre des contrats responsables mais les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU-c en seront exonérés.

Il serait excessif d'affirmer que ces dispositions remettent en cause les principes de la protection sociale. En effet, 77 % des dépenses de soins des assurés sociaux sont aujourd'hui prises en charge par la sécurité sociale ; sur les 23 % restant, 13 % sont réglés par les assureurs complémentaires et 10 % restent à charge de l'assuré. Ce rapport demeure stable depuis plusieurs années.

La seconde mesure médiatique est relative à la démographie médicale. Dans son discours du 18 septembre dernier, le Président de la République avait souhaité que l'accord relatif à la régulation des installations, signé par les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, serve de modèle à l'ensemble des professions de santé pour favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire.

La version initiale du projet de loi de financement autorisait donc les partenaires conventionnels à déterminer les conditions de leur conventionnement en fonction de la présence médicale par zone d'exercice.

Mais cette disposition a déclenché un mouvement social chez les internes et l'Assemblée nationale en a modifié les termes.

La rédaction actuelle prévoit donc que les partenaires conventionnels pourront décider de mesures d'adaptation, notamment incitatives, pour favoriser une meilleure répartition des professionnels dans les zones définies par les missions régionales de santé. Les organisations les plus représentatives des étudiants seront également consultées, ce qui constitue une innovation.

Par ailleurs, des états généraux de la santé seront organisés en janvier 2008, qui fourniront l'occasion d'aborder l'ensemble des problèmes liés à la démographie médicale. Parallèlement, les missions régionales de santé (MRS) seront chargées de recenser à la fois les zones sous-médicalisées et celles qui sont surdotées.

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a indiqué que le projet de loi de financement présente diverses mesures destinées à compléter la réforme de l'assurance maladie de 2004 :*

- en cas de procédure d'alerte pour dépassement de l'Ondam, l'entrée en vigueur d'éventuelles mesures de revalorisation tarifaires sera reportée ;

- le dispositif d'accord préalable mis en place pour contrôler les dépenses d'indemnités journalières sera étendu à l'ensemble des actes et prestations médicales, ainsi qu'aux transports sanitaires ;

- plusieurs mesures relatives à la rémunération des professionnels de santé libéraux sont également prévues. Des contrats individuels pourront être conclus entre les caisses locales et les médecins qui le désirent. En contrepartie d'objectifs de santé publique ou de bon usage en matière de prescription, ces médecins pourront percevoir une rémunération complémentaire. De nouvelles modalités de rémunération des médecins seront également expérimentées par les missions régionales de santé, en matière d'activité professionnelle quotidienne et de permanence des soins.

Par ailleurs, le projet de loi de financement procède à une accélération sensible du calendrier de montée en charge de la T2A puisque les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé seront désormais financées à 100 % à l'activité, avec quatre ans d'avance sur le calendrier initial.

Des coefficients transitoires seront appliqués aux tarifs afin de préserver les établissements les plus fragiles. Ce dispositif est similaire à celui appliqué dans le secteur privé pour assurer la convergence des établissements d'un même secteur vers les tarifs fixés par le ministre en fonction des coûts moyens constatés.

Si cette accélération du processus de mise en œuvre de la T2A est bienvenue, elle présente une contrepartie : l'étape intermédiaire de convergence entre les tarifs publics et privés, prévue en 2008, est abandonnée. Le Gouvernement s'est engagé à remettre un rapport sur la mesure de ces écarts avant le 15 octobre 2008 et s'est déclaré en faveur d'une convergence tarifaire entre établissements publics et privés orientée vers les tarifs les plus bas.

*Sur ce volet assurance maladie, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a indiqué qu'il présentera des amendements pour :*

- favoriser le développement des maisons de santé ;*
- étendre le principe de l'accord préalable à certains actes chirurgicaux ;*
- améliorer l'accès des bénéficiaires de la CMU-c en fin de droits à une couverture santé complémentaire ;*
- permettre aux hôpitaux publics de développer une gestion plus active des ressources humaines tout en facilitant leur restructuration.*

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**, a ensuite présenté la situation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale. Elle est la plus petite des quatre branches, puisque ses dépenses s'élèvent à 11,8 milliards d'euros en 2008, soit 3 % du total des dépenses de sécurité sociale.*

Les statistiques récentes relatives aux risques professionnels confirment les tendances passées : le nombre d'accidents du travail continue de diminuer, à l'exception des accidents de trajet qui progressent depuis deux ans, tandis que le nombre de personnes reconnues atteintes de maladies professionnelles est toujours en augmentation.

En ce qui concerne les données financières de la branche, les prévisions encourageantes formulées l'an passé ne se sont pas vérifiées : le déficit avoisinera en effet 370 millions d'euros en 2007, alors qu'un retour à l'équilibre était attendu. Cet écart s'explique notamment par une progression plus rapide que prévu des dépenses d'indemnités journalières et par une mesure de provisionnement des déficits accumulés par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

En 2008, la branche devrait en revanche dégager un excédent de 273 millions d'euros essentiellement grâce à la progression de ses recettes résultant du rétablissement des cotisations AT MP dont certaines entreprises étaient exonérées au titre de dispositifs d'exonérations « ciblés », ce qui devrait rapporter 180 millions de recettes supplémentaires à la branche.

En termes de dépenses, les charges de transfert de la branche vont augmenter de 50 millions l'an prochain au profit du Fcaata, dont la situation financière reste très dégradée en raison notamment du faible rendement de la contribution à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante : on ne l'estime qu'à moins de 30 millions l'an prochain, en raison des nombreux recours en justice engagés par les entreprises pour différer ou diminuer leurs versements. Le Gouvernement prévoit de mettre en place, très prochainement, un groupe de travail chargé de réfléchir à la réforme de ce fonds dont le fonctionnement pose par ailleurs de réels problèmes d'équité.

Il est regrettable que la contribution de l'Etat au financement des fonds de l'amiante ne soit pas encore à la hauteur de ses responsabilités.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ensuite insisté sur les initiatives prises au cours de l'année écoulée en matière de prévention des risques professionnels.

Le nouveau gouvernement a d'abord décidé de poursuivre la mise en œuvre du plan « Santé au travail », lancé par Gérard Larcher en février 2005, ce qui s'est traduit, notamment, par la mise en place de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset).

Dès sa prise de fonction, le ministre du travail, Xavier Bertrand, a en outre souhaité donner une nouvelle impulsion à la politique de prévention en préparant la conférence sur les conditions de travail qui s'est tenue le 4 octobre dernier. Elle a permis de dégager plusieurs orientations concrètes pour améliorer la prévention dans les PME et les très petites entreprises (TPE), sensibiliser les employeurs aux troubles musculosquelettiques et aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, lutter contre les troubles psychosociaux, et améliorer la coordination des politiques publiques. Une nouvelle conférence se réunira au premier trimestre 2008 pour évaluer l'état d'avancement de ces projets.

L'année 2007 a enfin été marquée par l'achèvement de la négociation engagée par les partenaires sociaux, fin 2005, au sujet de la réforme de la branche AT-MP. Deux accords ont été conclus : le premier, en février 2006, porte sur la gouvernance de la branche, le second, en mars 2007, sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels. Ils ont été signés par trois organisations patronales (Medef, CGPME et UPA) et trois syndicats de salariés (CFDT, CFTC et FO).

Le premier accord réaffirme le caractère strictement paritaire de la gestion de la branche et propose d'inscrire dans les textes la règle tacite selon laquelle la présidence de la commission AT-MP de la Cnam revient à un représentant des employeurs. Il avait été envisagé, initialement, de faire figurer dans le projet de loi de financement un article reprenant les conclusions de cet accord, mais cette option a été abandonnée en raison de l'absence d'impact financier de la mesure.

Le deuxième accord propose, en matière de prévention, de renforcer les actions destinées aux PME et aux TPE, de réaliser une étude de faisabilité sur la possibilité d'inclure dans le dossier médical personnel des fiches d'exposition professionnelle et de faire bénéficier, à titre expérimental, les salariés des particuliers employeurs d'un suivi médical adapté. En matière de tarification, il prévoit surtout d'abaisser de 200 à 150 salariés le seuil d'application de la tarification individuelle. En matière de réparation, il propose de maintenir le principe d'une réparation forfaitaire, qui serait cependant améliorée et individualisée. La rente des victimes d'AT-MP serait majorée en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, la prise en charge des frais d'appareillage serait renforcée et une allocation temporaire de réinsertion professionnelle serait créée, sous réserve d'une étude de faisabilité.

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,** a souligné que cet accord contient des propositions intéressantes, mais a regretté qu'il laisse en suspens certaines questions importantes : il ne fait ainsi qu'esquisser la nécessaire réforme de la tarification, dont chacun connaît pourtant la complexité et le manque de réactivité ; il soumet plusieurs propositions à des études de faisabilité, qui risquent de donner lieu à des interprétations diverses ; il subordonne l'amélioration de la réparation à la capacité de la branche de la financer, ce qui laisse entendre qu'elle devrait être mise en œuvre à budget constant, au détriment donc d'autres dépenses.*

Ces éléments d'incertitude expliquent que le projet de loi de financement ne prévoit pas de transcrire dans les textes le contenu de ce deuxième accord. Pour conclure, le rapporteur a jugé raisonnable de poursuivre la concertation et de procéder aux études nécessaires avant d'arrêter des décisions définitives.

La commission a ensuite entendu M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille. Il s'est réjoui qu'après quatre années de déficit, la branche famille retrouve l'équilibre en 2008, affichant même un léger excédent de 300 millions d'euros.

Ce rétablissement s'explique par la stabilisation de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), la modération des dépenses du fonds national d'action sociale et le dynamisme des recettes. Tout ceci laisse espérer, au-delà de 2008, des excédents de 3 milliards en 2010, 4 en 2011 et 5 en 2012. Même s'il ne s'agit que de perspectives, ces excédents potentiels pourraient susciter la convoitise, ce qui nécessite de réfléchir dès à présent à la meilleure manière de les utiliser.

Trois pistes sont déjà envisagées. La première est le versement des allocations familiales dès le premier enfant pour un coût annuel estimé à 2,6 milliards d'euros. Ce n'est pas, à son sens, une mesure convaincante car elle touche au principe des allocations familiales : soutenir les familles

nombreuses et la natalité française. Il serait plus légitime d'augmenter les allocations destinées aux familles nombreuses.

La deuxième piste est la réduction des cotisations patronales, qui aurait pour intérêt de diminuer le coût du travail et donc d'accroître la compétitivité économique de la France.

Une troisième option, l'instauration d'un droit opposable à la garde d'enfant, lui a semblé prioritaire : elle inciterait à la création de structures d'accueil de jeunes enfants, qui sont encore largement insuffisantes. Dans cet esprit, un amendement sera proposé pour expérimenter la mise en place, au niveau local, d'un dispositif de centralisation des informations sur les structures d'accueil et les places disponibles, qui permettrait aux parents de connaître rapidement les possibilités de garde qui existent près de chez eux et les coûts correspondants.

Puis **M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille**, a donné son sentiment sur les recettes et les dépenses de la branche. Il s'est félicité de ce que l'Etat ait remboursé la dette contractée au titre des prestations que les Caf versent pour son compte ; il a regretté que la croissance des prestations sociales versées par les Caf se fasse au détriment des prestations universelles : sans contester la légitimité d'aider davantage les familles modestes, il ne faudrait pas pour autant remettre en cause le fondement de la politique familiale française, qui est d'aider toutes les familles, quels que soient leurs revenus, car elles contribuent toutes à l'avenir de la nation.

Enfin, il a présenté deux mesures nouvelles du PLFSS. La première est la mise en place au 1^{er} avril 2008 d'un droit d'option entre le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, demandée par la commission lors du vote de la loi handicap. La seconde est la modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant pour tenir compte des coûts liés au niveau de scolarisation. Cette modulation ne doit pas néanmoins entrer en contradiction avec une réforme envisagée des allocations familiales, qui propose qu'une seule majoration à quatorze ans remplace les deux majorations actuelles à onze et seize ans.

Puis **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a présenté les éléments du rapport concernant la branche vieillesse. Il a indiqué qu'hormis l'objectif de dépenses de la branche vieillesse, le projet de loi de financement pour 2008 ne consacre qu'un seul article aux retraites. Mais cette unique disposition constitue la réforme qu'il attendait depuis de nombreuses années pour mettre fin au recours massif aux préretraites dans le monde du travail : la taxation des préretraites d'entreprise et des mises à la retraite d'office. Ces dispositifs ont nui à l'efficacité de la réforme des retraites de 2003 et expliquent donc largement l'ampleur des déficits actuels de la branche vieillesse.

Il a ensuite exposé la situation de la branche vieillesse qu'il a qualifiée de paradoxale dans la mesure où, en dépit de la réforme de 2003, son déficit s'est nettement creusé depuis quatre ans pour atteindre 4,7 milliards en 2007 et 5,7 milliards d'euros en 2008. Cette évolution défavorable ne s'explique pas uniquement par les départs en retraite massifs des premières classes d'âge du baby-boom d'après-guerre. La réforme de 2003 reposait en effet beaucoup sur des mesures incitatives. Or la faiblesse persistante du taux d'emploi des seniors témoigne que l'appel à l'esprit de responsabilité et à la mobilisation des acteurs du monde du travail n'a pas produit les résultats escomptés.

En outre, cette réforme a été confrontée à des obstacles imprévus considérables. La conjoncture économique et l'évolution du taux de chômage ont été moins favorables qu'on ne l'espérait. De plus, la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes sur l'égalité entre les femmes et les hommes a conduit à une extension coûteuse des avantages familiaux. Enfin, de nouvelles normes comptables internationales ont obligé à concevoir l'adossement du régime spécial des industries électriques et gazières à la Cnav.

Tous ces éléments laissent à penser que l'horizon 2020 assigné à la dernière réforme était sans doute trop court. Il faut aussi souligner le coût inattendu de la mesure « carrières longues » (2,3 milliards d'euros en 2008 pour le seul régime général) qui fait douter de son caractère financièrement soutenable, d'autant que ces dispositions ont été partiellement détournées avec le rachat d'années de cotisations incomplètes ou d'études pour accéder à ce dispositif, ce qui n'avait jamais été envisagé à l'origine.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance maladie**, s'est inquiété d'une autre dérive potentielle, liée aux négociations en cours entre les syndicats et le patronat sur le thème de la pénibilité. Cette notion difficile à cerner, dont la logique voudrait qu'elle soit compensée durant la vie active et non au moment de la cessation d'activité, présente à ses yeux un risque élevé de création d'un nouveau mécanisme de préretraite déguisé.*

Au total, l'analyse de la situation de l'assurance vieillesse conduit à la seule conclusion qu'un nouvel ajustement s'imposera, ne serait-ce que pour préserver le pacte entre les générations.

La commission a d'ailleurs déjà conclu, à travers plusieurs de ses rapports, à la nécessité :

- de mettre en œuvre un ensemble de mesures d'économies ;*
- de ne pas surestimer les futurs excédents de l'assurance chômage ainsi que l'évolution de la productivité de notre économie ;*
- de préparer la réforme suivante, celle de 2012, pour qu'elle soit structurelle, fondée par exemple sur les comptes notionnels suédois ;*

- de bien cibler les catégories d'assurés sociaux susceptibles d'être mis à contribution car les jeunes générations et les actifs du secteur privé ont déjà assumé la charge principale des réformes précédentes, alors que les trois fonctions publiques n'y ont contribué que depuis 2003 et de manière très progressive.

Afin d'assurer, à court terme, le retour à l'équilibre de la branche vieillesse, il serait utile d'accélérer la mise en œuvre des mesures d'économies arrêtées en 2003, notamment la décote dans la fonction publique, et de ne pas engager de dépenses supplémentaires, au-delà des mesures en faveur du minimum vieillesse et des pensions de réversion annoncées par le Président de la République pendant la campagne électorale. Sans doute conviendrait-il aussi de contrôler le dispositif des longues carrières et peut-être envisager d'en ouvrir le bénéfice qu'à partir de l'âge de cinquante-huit ans.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a indiqué qu'il proposera à la commission plusieurs amendements destinés à faire obstacle aux dispositifs de cessation précoce d'activité et à assurer un meilleur suivi statistique de la situation des seniors sur le marché de l'emploi. Il a ensuite estimé nécessaire :*

- de repousser à cinquante-huit ans l'âge auquel les chômeurs sont dispensés de recherche d'emploi (DRE) tout en prévoyant la mise en extinction définitive de cette mesure sur un délai de cinq à dix ans ;

- de limiter les risques potentiels des négociations sur la pénibilité ;

- de demander un nouvel effort aux assurés sous la forme d'un report à soixante et un ans de l'âge « normal » de départ en retraite. Une autre option pourrait consister à remplacer l'âge légal de la retraite par une fourchette d'âge, comprise par exemple entre soixante et soixante-cinq ans, sur la base d'un barème actuariel.

Compte tenu de la croissance rapide des dépenses de pension (6 % par an) dans le budget de l'Etat, il conviendrait de reprendre en 2008 le dossier de la réforme du code des pensions civiles et militaires, notamment en mettant en œuvre les recommandations du rapport d'avril 2003 de la Cour des comptes, et de poursuivre le processus d'harmonisation avec le régime général, en agissant cette fois sur les modalités de calcul des pensions, sur les règles de bonification ainsi que sur les possibilités de départ anticipé.

Cela supposerait enfin de faire s'éteindre les suspensions des fonctionnaires de l'Etat d'outre-mer, de veiller au sérieux de la réforme des régimes spéciaux et de sécuriser davantage les prochains adossements de la RATP, de La Poste et, le cas échéant, de la SNCF au régime général.

*A l'issue de cette présentation, **M. Louis Souvet** a demandé des précisions sur le champ d'intervention du fonds pour l'amélioration des conditions de travail. Il a fait part des inquiétudes que lui inspire l'instauration éventuelle d'un droit opposable à la garde d'enfants, surtout s'il appartient aux maires de la mettre en œuvre. Le besoin des familles est*

réel mais, même dans les bassins d'emploi sinistrés, peu de chômeurs sont susceptibles d'être intéressés par la garde des enfants. Sans doute manque-t-il en France une structure intermédiaire entre les crèches et les écoles maternelles. En Allemagne par exemple, les jardins d'enfants jouent un rôle d'appoint indispensable pour les familles, dans un cadre informel moins coûteux que les structures françaises.

Dénonçant à son tour le recours massif aux préretraites dans de nombreuses grandes entreprises, il s'est inquiété de voir à nouveau contournée la volonté du législateur. D'ores et déjà, on observe de nombreux licenciements arrangés entre les employeurs et les salariés sur le fondement d'une faute lourde fictive. Ce cas de figure très fréquent constitue à l'évidence une forme déguisée de préretraite. Il faudrait donc prévoir que tout licenciement pour faute lourde d'un salarié s'accompagne du dépôt d'une plainte à son encontre.

***Mme Isabelle Debré** a fait part à son tour de ses réserves face à la perspective de l'instauration d'un droit opposable à la garde d'enfants. Elle s'est aussi inquiétée du problème que pose l'accueil des enfants d'à peine trois ans qui ne sont plus en âge d'aller à la crèche sans pouvoir encore être admis à l'école maternelle.*

***M. Bernard Cazeau** a invité ses collègues à participer aux manifestations organisées contre les franchises médicales qui auront lieu devant le Sénat lors de l'ouverture du débat, en séance publique, sur le projet de loi de financement.*

*Après s'être également inquiété des conditions dans lesquelles pourrait intervenir la mise en œuvre du droit opposable à la garde d'enfants, **M. Alain Gournac** a jugé que la lourdeur du cadre juridique et des procédures administratives françaises empêche malheureusement de créer des structures légères comme les jardins d'enfants allemands ou suédois. Les exigences françaises en matière de normes de sécurité sont sans doute excessives, voire contre-productives en aboutissant à priver les familles d'un mode de garde pratique. Dans le domaine de l'emploi des seniors, il s'est déclaré en parfait accord avec la position du rapporteur : la multiplication des préretraites représente non seulement un gâchis collectif pour la France, mais également une source de problèmes individuels. Nombreux sont les quinquagénaires qui proposent bénévolement leurs services dans les mairies pour des activités d'intérêt général qui leur permettent d'échapper à un certain sentiment de désœuvrement.*

***M. Guy Fischer** a estimé que la sécurité sociale s'enfonce dans une spirale de déficits historiques : les chiffres avancés pour 2007 sont d'ailleurs probablement en dessous de la réalité et ceux avancés pour 2008 manifestement sous-estimés. Jugeant peu réaliste la prévision d'un taux de croissance de 2,25 % sur lequel sont fondées les projections du Gouvernement, il a vivement critiqué la volonté du rapporteur de réduire à tout prix les dépenses publiques. Faisant référence à l'audition récente du*

Premier président de la Cour des comptes, il a ensuite estimé que l'Etat a remboursé les dettes qu'il avait accumulées auprès de la sécurité sociale par le biais d'une technique si « originale » que d'aucuns pourraient qualifier de « monnaie de singe ». Il s'est en outre inquiété de l'augmentation des plafonds de trésorerie qui atteignent désormais des niveaux sans précédent : 36 milliards d'euros pour le régime général auxquels s'ajoutent 8,4 milliards d'euros pour le régime des exploitants agricoles. Ces chiffres traduisent non seulement une véritable fuite en avant mais aussi un refus de dégager les moyens nécessaires au financement de la protection sociale.

Puis il a jugé que les franchises médicales, moyen détourné de pratiquer des déremboursements, seront inefficaces. Cette mesure contribue aussi à la privatisation rampante du système de soins et participe au démantèlement du socle de solidarité bâti à la Libération. Sur ce point, il a estimé que le rapport d'Alain Vasselle n'a pas la même pugnacité que les précédents.

En ce qui concerne la question des retraites, il s'est inquiété de la perspective probable, au cours des prochaines décennies, d'un effondrement du taux de remplacement. La volonté du Gouvernement de réformer les régimes spéciaux apparaît ainsi comme un prélude du rendez-vous de 2008 sur les retraites. Enfin, il a qualifié d'insuffisante la proposition consistant à revaloriser les pensions de seulement 1,1 % en 2008.

***M. François Autain** a jugé à son tour que l'intervention d'Alain Vasselle apparaît nettement en retrait par rapport à celles des années précédentes. Pourtant, la situation financière de la sécurité sociale est plus que jamais préoccupante. Alors que la réforme de l'assurance maladie présentée en 2004 par Philippe Douste-Blazy tablait sur un retour à l'équilibre dès 2007, le système de protection sociale devrait finalement accumuler, selon toute probabilité, 50 milliards d'euros de dettes supplémentaires à l'échéance 2009. Et ce montant colossal sera immanquablement placé à la charge des générations futures.*

Il a par ailleurs souhaité avoir des précisions sur la manière de calculer l'évolution de l'Ondam. Le Gouvernement la chiffre à 2,8 % alors que les données brutes figurant dans les divers tableaux du projet de loi de financement de la sécurité sociale aboutissent, semble-t-il, au chiffre de 3,04 %. Qu'en est-il vraiment ?

Après avoir jugé fort modeste le produit attendu de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques (100 millions d'euros), il s'est demandé si les franchises médicales représentent une économie ou une dépense, puisque le Président de la République a annoncé que les montants correspondants seraient affectés au financement du plan contre la maladie d'Alzheimer.

***M. Nicolas About, président,** a estimé que les franchises constituent dans un premier temps une économie pour l'assurance maladie mais qu'il n'existe encore aucun élément précis sur le financement du plan Alzheimer.*

Les débats en séance publique permettront sans doute d'obtenir des précisions à ce sujet.

*En ce qui concerne la notion de droit opposable à la garde d'enfants, **M. Bernard Seillier** a fait part de son expérience d'élu local. En Aveyron, il existait jusqu'à présent une tolérance en matière d'accueil des très jeunes enfants dans les écoles maternelles qui a été récemment remise en cause par l'inspection académique. Cela a conduit certaines communes, dont la sienne, à vouloir mettre en place des structures expérimentales d'accueil. Toutefois, la création de ces pôles « petite enfance » n'a été possible qu'en surmontant des difficultés administratives et pratiques considérables. Par ailleurs, il s'est inquiété de la perspective de voir prochainement remis en cause, dans la loi de finances, les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ). Ces structures regroupent des entreprises qui, pour résoudre leurs problèmes structurels de recrutement, parient sur le potentiel des personnes éloignées de l'emploi. Elles jouent ainsi un rôle utile.*

***M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille**, a estimé que les franchises médicales auront au moins pour vertu d'inciter les assurés sociaux à accumuler un peu moins de médicaments inutiles et d'encourager les fabricants à revoir le conditionnement des produits pharmaceutiques, même si un dispositif de franchises plus simple et unifié aurait sans doute été préférable.*

Sur la question de la démographie médicale, il a déploré que l'Assemblée nationale ait réduit la portée du dispositif prévu dans le projet de loi initial. Des mesures coercitives seront à son sens indispensables pour résoudre ce problème et l'assurance maladie, qui rémunère en réalité les médecins, devrait légitimement pouvoir décider de leur répartition sur le territoire, en fonction des besoins de la population.

***Mme Gisèle Printz** s'est élevée contre l'idée, avancée par le rapporteur de la branche vieillesse selon laquelle la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes sur l'égalité entre les hommes et les femmes serait un facteur de dégradation des comptes des caisses de retraite. Sur quels chiffres étaye-t-on cette affirmation ?*

***M. Nicolas About, président**, a fait observer que cette jurisprudence est en réalité venue corriger une disposition qui pénalisait les hommes.*

***M. Alain Milon** a souligné que la mission « Santé » du budget de l'Etat propose des mesures incitant les médecins généralistes à devenir maîtres de stage et à accueillir des internes qui découvriront ainsi la médecine générale, notamment en milieu rural.*

Au sujet du droit opposable à la garde d'enfant, il a indiqué avoir construit une nouvelle crèche dans sa commune sans aucune aide de la caisse d'allocations familiales ni du conseil général et a souhaité que les excédents futurs de la Cnaf soient utilisés pour soutenir ce type de projets.

Il a ensuite exprimé des réserves sur les franchises, jugées contraire au principe de solidarité sur lequel repose la sécurité sociale et qui implique que les personnes en bonne santé cotisent pour les malades.

Mme Catherine Procaccia a demandé si les complémentaires santé pourront prendre en charge les franchises et si le forfait de 18 euros qui doit être versé aux hôpitaux par les patients est effectivement perçu. Elle a également souhaité connaître l'état d'avancement du projet de généralisation des cartes Vitale avec photographie d'identité.

Elle a ensuite fait observer que les sommes perçues par les salariés au titre de la participation ne sont pas considérées comme un salaire dans la mesure où elles sont bloquées pendant cinq ans.

Sur la question des modes de garde, elle a regretté que les enseignants refusent souvent d'accueillir des enfants ayant atteint l'âge de trois ans en cours d'année scolaire, alors même que des places sont disponibles dans leur classe, ce qui contrevient aux dispositions d'une circulaire ministérielle sur le sujet.

Concernant les retraites, elle a souhaité savoir si le dispositif qui permet à un fonctionnaire ayant élevé des enfants de partir en retraite après quinze ans d'activité est simultanément ouvert au père et à la mère.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe a estimé que l'augmentation rapide des dépenses de soins de ville pose un réel problème. Il s'est déclaré sceptique sur l'efficacité des franchises et a indiqué sa préférence pour la taxation des niches sociales. Il a approuvé la généralisation de la tarification à l'activité à l'hôpital, à condition qu'elle s'accompagne d'une meilleure coordination de l'offre de soins entre le privé et le public.

Sur les retraites, il a demandé que les pouvoirs publics veillent à ce que la négociation sur la pénibilité n'ait pas pour conséquence de dégrader les comptes de la sécurité sociale et a dit son intérêt pour la création d'un régime par points.

Il a également souhaité que la réforme du Fcaata progresse, tout en soulignant qu'il serait bien difficile d'améliorer l'équité du dispositif à budget constant.

Enfin, il a confirmé que la création de structures d'accueil pour les jeunes enfants a un coût considérable pour les collectivités et qu'une aide de la Cnaf serait donc la bienvenue.

Sur la question du remboursement de la dette de l'Etat à la sécurité sociale, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, a répondu à Guy Fischer que l'essentiel est le remboursement effectif quels qu'en soient les moyens.

Au sujet des franchises, après avoir rappelé qu'elles répondent à une promesse de campagne du Président de la République, il a souligné qu'elles n'auront qu'un faible impact sur le taux de prise en charge des malades et

qu'elles apporteront une recette supplémentaire à la sécurité sociale, ce qui ne dispense pas de mener une réflexion plus approfondie sur l'évolution de ses recettes et de ses dépenses.

Répondant à François Autain, il a estimé qu'il n'existe pas d'autre solution pour rembourser la dette sociale, si l'on veut éviter son report sur les générations futures, que de doter la Cades d'une ressource supplémentaire.

Sur l'Ondam, il a précisé que son taux de progression est fixé pour 2008 à 3,4 %, en tenant compte des franchises, et à 2,8 % hors franchises. Les franchises permettent à la sécurité sociale de réaliser une économie et leur produit servira à financer de nouvelles dépenses.

S'agissant de la démographie médicale, il a déclaré partager, à titre personnel, l'analyse exprimée par André Lardeux. Il a cependant estimé qu'il convient de s'assurer, avant d'envisager des mesures plus contraignantes, que les outils à la disposition de la Cnam sont réellement insuffisants. La Cnam pourra notamment, une fois que la loi de financement l'y aura autorisée, faire varier le niveau de prise en charge des cotisations sociales des médecins en fonction de la densité médicale.

***M. Nicolas About, président,** a estimé qu'il n'est pas convenable d'imposer des mesures coercitives à l'encontre d'internes sur le point d'achever leurs études médicales et qui se sont engagés dans cette formation sans savoir que les règles seraient remises en cause. Tout changement dans les règles d'installation des médecins doit être annoncé longtemps à l'avance.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie,** a indiqué à Catherine Procaccia que les hôpitaux parviennent à récupérer dans des conditions satisfaisantes les 18 euros qui leurs reviennent. Il a regretté de ne pas disposer d'informations précises concernant la carte Vitale avec photographie. Il a ajouté que le code de la sécurité sociale prévoit que toute rémunération des salariés doit faire l'objet de cotisations, ce qui pose la question du statut des sommes versées aux salariés au titre de l'intéressement. Si elles sont un élément de rémunération, seule une loi de financement peut prévoir que l'exonération de cotisations sociales n'est pas compensée.*

***Mme Isabelle Debré** a souligné qu'il existe une différence de traitement fiscal et social entre l'intéressement et la participation, qui seule donne lieu à un blocage des sommes versées pendant cinq ans.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie,** a indiqué partager la préoccupation de Jean-Marie Vanlerenberghe concernant la maîtrise des dépenses de soins de ville et a précisé que la taxation des stock options devrait rapporter 300 millions d'euros par an. La taxation qu'il propose pour l'ensemble des niches sociales rapporterait environ 400 millions. Il a confirmé que la mise en œuvre de la T2A doit s'accompagner d'une meilleure coordination entre établissements de soins, ce qui implique d'envisager des restructurations.*

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a rappelé que le fonds d'amélioration des conditions de travail finance désormais des études et non plus des équipements. En revanche, ce fonds ne prend pas en charge les victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles qui restent indemnisées par la sécurité sociale.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille, a confirmé la difficulté que poserait l'instauration d'un droit opposable à la garde d'enfant. Qui en sera responsable ? Est-ce l'Etat, les Caf, les départements ou les communes ? On l'ignore encore. La complexité de cette question nécessite de se pencher sur les différentes options possibles dès à présent.

Effectivement, les conditions actuelles pour l'ouverture des crèches sont particulièrement restrictives. Il est donc urgent d'inventer de nouveaux modes de garde qui seraient moins chers et plus faciles à mettre en œuvre, par exemple celui des jardins d'enfants.

Il a ensuite présenté le dispositif expérimental qu'il propose par voie d'amendement : les Caf pourraient recenser l'ensemble des disponibilités de garde des structures d'accueil collectives et des assistantes maternelles. Elles informeraient ainsi les parents des capacités d'accueil existantes et des coûts correspondants en fonction de leur situation. Une convention signée entre le représentant de l'Etat, le représentant de la collectivité territoriale et la Caf définirait les modalités concrètes de ce dispositif.

Il a enfin souligné l'effort financier de l'Etat en faveur des structures d'accueil collectives : 40 000 places créées depuis 2000 pour un montant total de 820 millions d'euros.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a insisté sur l'échec de la réforme des retraites de 2003 en ce qui concerne l'allongement de la durée de cotisations. La multiplication des régimes dérogatoires n'a pas permis d'atteindre cet objectif, notamment pour les fonctionnaires puisque 70 % d'entre eux liquident leur pension à soixante ans.

Il a ensuite regretté l'absence de réformes structurelles qui seules peuvent répondre au problème du financement durable de la branche vieillesse. Le principe de solidarité qui fonde le régime des retraites français ne pourra être sauvé que si le système redevient équitable.

Puis la commission a procédé à l'examen des amendements proposés par ses rapporteurs.

Elle a adopté sans modification les articles premier (approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006), 2 (approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006), 3 (rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007), 4 (objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites), 5 (diminution du montant de la

dotations et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville), 6 (prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche), 7 (rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie), 8 (approbation du rapport fixant un cadrage quadriennal [annexe B]), 9 A (suppression de la faculté ouverte aux fonctionnaires devenus parlementaires de continuer à cotiser dans leur régime de retraite d'origine), 9 B (modulation des minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler) et 9 C (relèvement des minima de perception sur les cigarettes et les tabacs à rouler).

La commission a supprimé l'article 9 D (définition de l'assiette retenue pour le calcul des allègements « Fillon »), **Mme Isabelle Debré** s'est montrée réservée sur cet amendement de suppression qui aurait des répercussions importantes sur le coût du travail, notamment dans les entreprises du secteur de la grande distribution.

La commission a adopté sans modification l'article 9 E (contributions patronale et salariale sur les stock options et les attributions gratuites d'actions). Elle a ensuite adopté un amendement visant à insérer un article additionnel après l'article 9 E instituant une taxation générale de 2 % sur les niches fiscales.

A l'article 9 (diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques), la commission a adopté un amendement visant à rétablir l'abattement pour les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique réalisées en 2007.

Après l'article 9, elle a adopté un amendement portant article additionnel prévoyant la création, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une contribution financière sur les boissons sucrées.

Elle a ensuite supprimé l'article 9 bis (instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac).

A l'article 10 (prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite), elle a adopté une modification rédactionnelle et six amendements pour :

- assujettir l'ensemble des préretraites d'entreprise à la contribution créée par l'article 17 de loi portant réforme des retraites ;

- appliquer la contribution sur les préretraites d'entreprise, aux cessations d'activité de certains travailleurs salariés (Cats) et aux conventions d'allocation spéciale du fonds national pour l'emploi (FNE) ;

- demander aux employeurs une déclaration annuelle des départs de personnel mis à la retraite d'office avant soixante-cinq ans ;

- aggraver la pénalité applicable en cas de non-respect par l'employeur de l'obligation de déclarer chaque année le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation précoce d'activité ;

- demander que les entreprises de plus de 250 salariés déclarent aux services publics de l'emploi les licenciements de salariés âgés susceptibles de partir à la retraite à taux plein ;

- informer les comités d'entreprise de la politique de l'employeur à l'égard des seniors.

La commission a adopté sans modification les articles 10 bis (suppression de la limite d'âge fixée à cinquante-cinq ans pour les personnels navigants commerciaux de l'aviation civile), 11 (aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée des non-salariés agricoles), 11 bis (assouplissement du régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole) et 12 (suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale).

A l'article 13 (dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus), elle a adopté un amendement proposant de porter de deux à trois ans la durée d'expérimentation du dispositif d'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les personnes exerçant une activité réduite procurant de très faibles revenus.

A l'article 13 bis (affiliation au régime général des collaborateurs occasionnels de l'agence française de lutte contre le dopage), elle a adopté un amendement de clarification juridique tendant à supprimer des dispositions de nature réglementaire.

La commission a adopté sans modification les articles 14 (suppression des exonérations de cotisations accidents du travail - maladies professionnelles) et 15 (aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés).

Elle a ensuite supprimé l'article 16 (non-compensation de dispositifs d'exonération de cotisations sociales).

Elle a adopté sans modification les articles 16 bis (publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement), 16 ter (conversion du repos compensateur de remplacement en une majoration salariale), 17 (approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales), 18 (prévisions de recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale), 19 (approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base), 20 (approbation du tableau d'équilibre du régime général), 21 (approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base) et 22 (objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites).

A l'article 23 (certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale), elle a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté sans modification les articles 24 (habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt) et 25 (modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires).

A l'article 26 (extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable), elle a adopté deux amendements visant à étendre le principe de l'accord préalable à tous les professionnels de santé libéraux et aux établissements de santé.

La commission a adopté sans modification l'article 27 (renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi).

A l'article 28 (amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires), elle a supprimé les obligations faites aux professionnels de santé exerçant en secteur 2 de transmettre trimestriellement aux organismes locaux d'assurance maladie un relevé de leur activité et de pratiquer les tarifs opposables pour une partie de leur activité.

A l'article 29 (prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute Autorité de santé), elle a adopté deux amendements visant à créer une banque de données administrative et scientifique relative aux médicaments et aux produits de santé ainsi qu'un amendement visant à contraindre les médecins au respect de la posologie maximale d'un médicament lorsqu'ils rédigent une prescription.

La commission a adopté sans modification les articles 29 bis (application de sanctions en cas de non-réalisation d'une étude post-AMM) et 30 (aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés).

A 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), la commission a adopté six amendements : le premier permet aux maisons de santé de participer à l'expérimentation prévue au présent article ; le deuxième est un amendement de précision ; le troisième dispose que le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville participe à la rédaction du cahier des charges fixant les conditions de déroulement de l'expérimentation sur la permanence des soins ; le quatrième autorise les maisons de santé à conclure, à titre expérimental, des contrats avec les caisses d'assurance maladie ; le cinquième détermine la personnalité juridique des missions régionales de santé ; le sixième introduit une définition des maisons de santé au sein du code de la santé publique.

Elle a ensuite supprimé l'article 31 bis (contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes).

A l'article 32 (répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire), la commission a adopté un amendement pour associer et, à titre consultatif, les collectivités territoriales aux recensements effectués par les missions régionales de santé et un amendement rédactionnel.

La commission a adopté sans modification l'article 32 bis (répartition géographique des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sur l'ensemble du territoire).

A l'article 33 (répartition géographique des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire), elle a adopté un amendement clarifiant le statut de médecin salarié.

A l'article 34 (élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis), la commission a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté sans modification les articles 35 (création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux) et 35 bis (conditionnement des médicaments).

A l'article 35 ter (application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire des règles relatives au parcours de soins coordonnés), elle a adopté un amendement visant à supprimer les contrats de sortie CMU-c et à leur substituer une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

A l'article 36 (dossier médical personnel), elle a adopté un amendement supprimant les dispositions autorisant le patient à masquer les informations figurant dans son dossier médical personnel.

La commission a adopté sans modification les articles 36 bis (modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique), 37 (dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale) et 38 (déclaration des produits et prestations remboursables).

A l'article 39 (restructuration du réseau des officines de pharmacie), elle a adopté six amendements de nature rédactionnelle.

La commission a adopté sans modification les articles 40 (montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) et 41 (contribution financière des établissements de santé à la Haute Autorité de santé).

A l'article 42 (dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé), la commission a adopté sept amendements, dont deux rédactionnels, pour prévoir que le coefficient de transition ne s'applique pas aux tarifs des actes et consultations externes ; indiquer que ce coefficient appliqué aux tarifs des activités MCO doit prendre en compte le supplément de charges sociales supportées par les établissements

privés participant au service public hospitalier ; préciser que les tarifs des établissements publics doivent progresser moins vite que ceux des établissements privés ; autoriser, sous certaines conditions, les établissements de santé publics à mettre du personnel à disposition de prestataires privés, dans le cadre d'opérations d'externalisation de certaines fonctions ; clarifier le contenu des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements de santé.

La commission a adopté sans modification l'article 42 bis (rapport au Parlement sur l'expérimentation de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation).

A l'article 43 (expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires), elle a adopté un amendement proposant que les missions régionales de santé déterminent la liste des établissements qui participent à cette expérimentation.

A l'article 43 bis (pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé), la commission a adopté un amendement de précision.

La commission a adopté sans modification les articles 44 (groupements de coopération sanitaire) et 44 bis (possibilité reconnue aux centres hospitaliers régionaux de faire appel à des praticiens libéraux).

A l'article 45 (financement des établissements sociaux et médicosociaux), la commission a adopté quatre amendements rédactionnels.

La commission a adopté sans modification les articles 46 (interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale), 47 (dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), 48 (fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), 49 (objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès), 50 (fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie), 51 (dotation de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), 52 (contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), et 52 bis (compétences du fonds pour l'emploi hospitalier).

Avant l'article 53, la commission a adopté quatre articles additionnels ayant pour objet respectivement de permettre à la Cnav de demander une clause de révision pour les opérations d'adossement ; de prévoir la consultation du conseil d'administration du régime général ; de promouvoir le dispositif de la retraite progressive ; de renforcer les

obligations des caisses de retraite en matière de publication de données prospectives.

La commission a adopté sans modification les articles 53 (objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008) et 54 (plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs).

A l'article 55 (clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail), elle a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté sans modification les articles 56 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante), 56 bis (motivation du refus d'inscription d'un établissement sur les listes du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante), 57 (montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles), 58 (fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008), 59 (modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant), 60 (extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap), 61 (clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires) et 61 bis (procédure accélérée de contestation des décisions du service du contrôle médical pour les parents demandant l'allocation journalière de présence parentale).

Avant l'article 62, elle a adopté un amendement portant article additionnel visant à mettre en place un système expérimental d'information des familles sur les possibilités locales de garde d'enfant.

Elle a adopté sans modification l'article 62 (objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008).

Après l'article 62, elle a adopté un amendement portant article additionnel proposant d'étendre la règle de la transmission des référés de la Cour des comptes aux commission des affaires sociales des deux assemblées ainsi qu'un amendement procédant à une coordination à cet effet.

A l'article 63 (mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'union des caisses nationales de sécurité sociale), la commission a adopté un amendement de précision.

A l'article 64 (amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale), elle a adopté trois amendements rédactionnels.

Elle a adopté sans modification les articles 65 (renforcement des moyens de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole), 66 (expérimentation de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail) et 66 bis (transmission d'informations aux organismes complémentaires).

A l'article 66 ter (renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude), elle a adopté un amendement corrigeant une erreur de référence.

Elle a adopté sans modification l'article 67 (simplification du mode de renseignement des ressources).

Après l'article 67, la commission a adopté un amendement portant article additionnel visant à permettre la récupération d'un indu auprès d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, même si le remboursement a été effectué à l'assuré.

Elle a adopté sans modification l'article 67 bis (renforcement des moyens des caisses nationales dans la lutte contre la fraude).

A l'article 67 ter (expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude), elle a adopté un amendement prévoyant la transmission au Parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale, avant le 30 juin 2009, d'un rapport d'évaluation sur la mise en œuvre du dispositif de suspension des prestations aux assurés en cas de fraude.

Elle a supprimé les articles 67 quater (documents à fournir pour une demande d'aide au logement) et 67 quinquies (justifications à fournir pour une demande d'aide au logement).

A l'article 68 (dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé), la commission a adopté un amendement de coordination.

La commission a adopté sans modification les articles 68 bis (généralisation de l'obligation de signalement de travail dissimulé aux organismes sociaux), 68 ter (sanction du défaut d'information des maîtres d'ouvrage), 69 (droit de communication) et 70 (extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et des soins urgents).

A l'article 71 (harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec les dispositions applicables en assurance maladie), la commission a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté sans modification l'article 72 (charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale).

Elle a supprimé l'article 73 (rapport au Parlement sur le taux de cotisation des employeurs publics).

Enfin, la commission a adopté le projet de loi ainsi amendé.