

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LUNDI 29 SEPTEMBRE 2008

INTERVENTION D'ÉRIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

SEUL LE PRONONCÉ FAIT FOI

Madame la Ministre, Monsieur le Ministre,
Mesdames les Secrétaires d'Etat,
Messieurs les Parlementaires,
Monsieur le Secrétaire général,

Mesdames et Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs.

Je voudrais tout d'abord remercier le Secrétaire général de la Commission des Comptes, Monsieur Francois MONIER, pour cette présentation comme toujours très claire de la situation du régime général.

Je souhaite également remercier le Directeur de la sécurité sociale, Dominique LIBAULT, et l'ensemble de ses équipes pour le travail accompli. Je pense que je peux associer à ces remerciements Roselyne BACHELOT, Xavier BERTRAND, Valérie LETARD et Nadine MORANO.

Je vais vous présenter notre projet pour le financement de la sécurité sociale en 2009. Et je veux vous parler **en toute lucidité et transparence**, comme je l'ai fait vendredi dernier en présentant le projet de loi de programmation de nos finances publiques pour 2009-2012.

Ne croyez pas que la crise économique n'ait pas d'impact sur nos finances sociales. Il faut bien mesurer ces effets extérieurs pour prendre conscience de la difficulté de l'exercice. Je voudrais vous rappeler que l'effet de la



dégradation de la conjoncture **c'est plus de 3 milliards d'euros qui pèsent sur le régime général en 2009 :**

- 1 point de masse salariale en moins en 2009 par rapport à 2008 c'est deux milliards de recettes en moins pour le régime général ;
- l'inflation plus forte que prévu en 2008 conduit en 2009 à un surcroît de dépenses de prestations familiales et de retraites de 1,4 milliards d'euros.

Les choix que nous faisons, les objectifs que nous nous fixons doivent se mesurer à l'aune de cette situation nouvelle. Deux objectifs et un principe guident notre action :

Le 1^{er} objectif c'est de poursuivre le redressement de l'assurance maladie et parvenir à l'équilibre du régime général en 2012 ; le déficit de la sécurité sociale se réduit cette année, il faut consolider et poursuivre cette tendance ; il est hors de question de reporter nos efforts d'ajustement à plus tard.

Le 2^{ème} objectif, dans ce contexte de crise économique, **c'est de ne pas pénaliser les ménages et de limiter les prélèvements nouveaux sur les entreprises.** Aucune mesure ne pèsera sur le pouvoir d'achat des ménages et nous tiendrons au contraire nos engagements en faveur des retraités les plus modestes. Et ce n'est pas non plus en période de crise que nous devons remettre en cause les exonérations de cotisations qui soutiennent l'emploi.

Vous le voyez bien, la voie est étroite. Le principe de notre action est celui de la responsabilité : il faut que chacun assume les siennes, que les efforts soient partagés pour que nous puissions sortir de cette situation de déficit permanent depuis 20 ans. Je rappelle que la dernière fois que l'assurance maladie a été en excédent, c'était en 1988. C'est sur ce principe de responsabilité, avec un devoir de transparence et de vérité, que nous avons construit ce projet de loi de financement.

Assumer ses responsabilités, c'est d'abord rendre des comptes sur 2008 et le respect des objectifs que nous nous étions fixés. Et nous sommes au rendez-vous, en dépit d'une progression moins forte que prévu de la masse salariale de 4,8% à 4,5%.

En 2008, le déficit du régime général serait de -8,9 milliards d'euros ce qui est en phase avec le vote du Parlement dans la LFSS et les prévisions de juin. **Le déficit se réduit par rapport à l'année précédente** où il était de 9,5 Mds € ; **le déficit de la CNAMTS sera de -4 Mds €, ce qui est le meilleur niveau atteint**



depuis 2001. Rappelez-vous, il était de -11,6 Mds € en 2004 : **on a divisé le déficit par 3 en 4 ans.**

L'ONDAM serait dépassé de 750 M€ : **ce dépassement représente 0,5% de l'objectif et c'est la meilleure performance depuis 1999 en termes de respect de l'ONDAM.** C'est encore trop. Je l'ai dit en juin et le répète : l'ONDAM, ce n'est pas l'objectif augmenté du seuil d'alerte ; il faut que nous soyons en situation d'agir au plus tôt pour corriger tout dérapage.

Et nos responsabilités, nous les avons prises, avec Roselyne BACHELOT en décidant dès juin d'un renforcement des mesures de maîtrise médicalisée, de baisse de prix de médicaments et d'un gel de fonds pour un montant total de 170 M€ ; nous allons aussi geler 100 M€ de crédits non utilisés sur le FMESPP sans que cela nuise aux projets de modernisation des hôpitaux, c'est un principe de bonne gestion. **Sans ces mesures, le dépassement de l'ONDAM aurait été de 1,2 milliards d'euros.**

Le retour à l'équilibre, ce n'est pas une seule mesure : c'est un ensemble d'actions fortes, déterminées et durables dans le système qui est le notre aujourd'hui. **Il faut que chacun prenne sa part de responsabilité et assume les mesures nécessaires au rétablissement de nos équilibres.** C'est ce que nous mettrons en œuvre dans ce projet de loi pour 2009.

Quelle est la tendance ?

- En 2008, le déficit avant mesure aurait été de -12,7 milliards d'euros, nous avons fait un effort de 4 milliards d'euros.
- En 2009, le déficit tendanciel se creuse encore plus à cause du ralentissement de la masse salariale et de l'effet de l'inflation : il serait, avant mesure, de 15 milliards d'euros, nous faisons donc un effort encore plus vigoureux de redressement à hauteur de 6 milliards d'euros.

C'est un **effort équilibré** avec des **économies de plus de 3 milliards d'euros**, dont 1 milliard au titre des frais financiers, **des transferts au sein de la protection sociale pour 1,7 milliard d'euros** et des **recettes nouvelles pour 1,4 milliard d'euros.**

Ce projet de loi permettra de **ramener le déficit du régime général à -8,6 milliard d'euros** et de poursuivre la baisse du déficit.



Notre stratégie repose sur quatre piliers sur lesquels je vais revenir :

- le règlement des dettes du passé,
- une maîtrise constante de la dépense,
- une adaptation des ressources au sein de la protection sociale, sans hausse de prélèvement
- une sécurisation des recettes par un meilleur encadrement des niches sociales.

1) Assumer ses responsabilités, cela vaut d'abord pour l'Etat. Et nous le faisons. Je m'étais engagé l'année dernière à régler la question du **déficit du FFIPSA**, ce sera fait dans le projet de loi de finances et de financement de cette année.

L'intégralité de la dette de 7,5 Mds € à fin 2008 sera reprise par l'Etat. En outre, **l'Etat affectera au financement des prestations maladie des non salariés agricoles la totalité de la taxe sur les véhicules de société** (1,2 milliards d'euros), ce qui permet d'équilibrer cette branche en 2009. Le régime d'assurance maladie des agriculteurs sera intégré financièrement à la CNAMTS, comme c'est déjà le cas pour les salariés agricoles. L'opération sera neutre financièrement pour la CNAMTS.

Pour la branche vieillesse, la situation des finances publiques ne permet pas de résoudre dès 2009 l'intégralité des difficultés de financement. La reprise de la dette permet déjà d'alléger les charges de 200 millions d'euros.

Des recettes nouvelles ponctuelles pourront être affectées mais cela ne suffira pas : **le Gouvernement s'engage, dans le cadre d'un point d'étape sur les retraites en 2010, à étudier la question du financement du régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles.** A court terme, le versement des prestations sera garanti grâce à l'autorisation d'emprunt donnée à la MSA par la loi de financement de la sécurité sociale. La gestion des prestations continuera d'être assurée par la MSA. **Le FFIPSA sera supprimé** mais nous avons bien entendu le souci d'avoir une instance de concertation sur la protection sociale agricole, peut-être à partir du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles, nous y travaillons avec Michel BARNIER.

Prendre ses responsabilités, c'est aussi régler la question de la reprise de dette de la Sécurité sociale. Je m'y étais engagé, le projet de loi prévoira un transfert à la CADES des déficits cumulés du régime général et du FSV, soit près de 27 milliards d'euros à fin 2008, **sans hausse de CRDS ni d'aucun prélèvement et sans report sur les générations futures.** Nous affecterons à la CADES une fraction



de la CSG dont bénéficie aujourd'hui le FSV (0,2 point soit 2,3 milliards d'euros). Il y avait d'autres solutions : la hausse de la CRDS, l'utilisation d'une partie des recettes voire des actifs du Fonds de réserve des retraites. Nous les avons écartées, pour ne pas augmenter les prélèvements sur les ménages ou parce que les partenaires sociaux nous ont fait part de leurs vives réserves. **J'ai tenu à maintenir l'objectif de reprendre l'intégralité de la dette, et pas seulement une partie** ; c'est essentiel pour assurer un financement optimal de la trésorerie de la sécurité sociale et permet au régime général d'économiser 1,1 milliard d'euros de frais financiers en 2009. **Notre solution a un mérite essentiel : tout le monde est gagnant.** Il n'y a pas de hausse des prélèvements, pas d'allongement de la durée de la CADES, le régime général économise des frais financiers ; le FSV lui-même améliore sa situation financière grâce à la reprise de sa propre dette : il passera d'une situation financière négative de -3,9 milliards d'euros à fin 2008 à une situation négative de -0,8 milliards d'euros en 2009. Le déficit du FSV qui sera recréé avec ce transfert de recettes sera limité et temporaire : limité, car il devrait être de 800 millions d'euros en 2009 et de 500 millions d'euros en 2011 ; temporaire, car le fonds retrouve l'équilibre dès 2012.

Pour tous ceux qui connaissent un peu les enjeux de sécurité sociale – et je sais que vous en êtes familiers – ces **deux mesures sont des points majeurs : y répondre en temps de crise était d'autant plus difficile.** Je tiens à souligner que nous réglons ces deux questions – la reprise de la dette sociale et le FFIPSA – sans passer par l'augmentation des prélèvements. **Par ces mesures, nous assainissons les comptes, réglons les situations passées pour mieux aller de l'avant.**

2) La clé du redressement passe par la maîtrise de la dépense et notamment la dépense d'assurance maladie. Nous avons décidé de fixer l'ONDAM à 3,3% en 2009 et les années suivantes. **3,3% en 2009, c'est un objectif ambitieux mais réaliste** : c'est le taux de croissance constaté en 2008.

Nous avons également veillé à ce que **l'effort soit équitablement réparti** entre tous les acteurs : industrie des produits de santé, professionnels libéraux, établissements de santé et assurés.

L'effort nous concerne tous car, dans le domaine de la santé, **les responsabilités sont éclatées et chacun a sa part de responsabilité** : citoyens, professionnels de santé et gestionnaires du système. Ma conviction, c'est qu'il faut une évolution profonde des comportements et une action forte et sans relâche des gestionnaires pour vaincre les déficits de l'assurance maladie. Les gestionnaires n'assument pas toujours pleinement leurs responsabilités. **Après tout, 20 ans de déficit, c'est un peu comme 20 ans de mariage, on prend des habitudes et il faut faire attention à ne pas tomber dans la routine ! J'en appelle donc à la mobilisation générale pour vaincre les déficits !**



En premier lieu, **il est urgent de s'attaquer résolument aux difficultés de l'hôpital**. Le Président de la République l'a rappelé dans son discours de Bletterans : l'hôpital c'est 64% des dépenses de soins en France, contre moins de 50% dans la moyenne de l'OCDE. La France est également le pays au monde où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé. Il est indispensable que **les ARH,-et demain les ARS-**, favorisent les regroupements d'établissements. Les « communautés hospitalières de territoire » que va créer la réforme de l'hôpital de Roselyne Bachelot devraient leur permettre de passer à la vitesse supérieure. Encore faut-il que les acteurs utilisent les nouveaux outils qui seront mis à leur disposition !

Les gestionnaires d'hôpitaux doivent également mobiliser toutes les marges de productivité qui existent dans leurs établissements. Si trois CHU étaient à l'équilibre en 2007 et les 26 autres en déficit, c'est que certains sont bien gérés et d'autres non ! **L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** que nous créons dans le PLFSS 2009 et qui regroupera en une seule structure la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH) aidera les hôpitaux à être mieux organisés et plus efficaces.

Du côté de l'assurance maladie, j'attends des caisses qu'elles redoublent dans leurs efforts de maîtrise médicalisée. Les accords passés avec les médecins ont permis d'engranger des résultats. Mais année après année, l'élan s'est un peu brisé, et les objectifs d'économies ne sont pas atteints. Ce n'est plus possible ! Il faut atteindre 100% des objectifs, alors que ces trois dernières années seuls 60% ont été atteints en moyenne. J'attends du directeur général de l'UNCAM qu'il utilise la plénitude des moyens que lui a donnés la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 pour donner un nouveau souffle à la maîtrise médicalisée.

J'aimerais également, -et je le dis en toute amitié-, que les partenaires sociaux qui composent le **Conseil de l'UNCAM** donnent plus de visibilité à la politique de gestion du risque de l'assurance maladie, qu'ils en détaillent les objectifs et les instruments pour la faire accepter dans l'opinion. Je suivrai de près les résultats qui seront obtenus. L'UNCAM devra d'ailleurs faire un bilan des mesures de l'année précédente dans son rapport de propositions de juillet.

Pour que l'action des caisses soit efficace, **elles doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations claires de la Haute autorité de santé**, qui permettent d'identifier les stratégies de soins qui ont le meilleur rapport coût / efficacité. La LFSS 2008 a autorisé la HAS à rendre des recommandations sur une base médico-économique, comme ses homologues européens. **Or, je constate qu'aucune recommandation de ce type n'a été rendue à ce jour.** J'attends maintenant qu'elle



fasse usage très rapidement de ses nouvelles compétences. Il n'y a pas que l'hôpital qui doit savoir gérer les urgences !

De façon générale, je constate que **nous sommes trop lents dans l'application des mesures prises dans les LFSS successives**. C'est bien d'être inventif chaque année et de trouver de nouvelles mesures, mais il faut d'abord utiliser pleinement les outils qui existent. J'ai cité les recommandations médico-économiques de la HAS mais j'aurais également pu évoquer les contrats individuels avec les médecins et l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations, mesures qui figuraient dans la LFSS 2008 et qui n'ont toujours pas commencé à être mises en œuvre. Nous devons tous fournir des efforts pour être plus efficaces.

3) La responsabilité, c'est aussi constater que les besoins sociaux évoluent et que nos financements doivent s'adapter, au-delà des répartitions initiales entre branches et risques de la protection sociale. Le citoyen est un ; cela n'a pas de sens de creuser les déficits d'un côté et d'avoir des excédents de l'autre. Cette vision globale est essentielle pour faire face au défi du vieillissement et **redresser les comptes de l'assurance vieillesse**. Elle s'appliquera au sein du régime général dans ce projet de loi : la branche famille financera progressivement, d'ici 2011, l'intégralité des majorations de pensions pour enfant aujourd'hui partagées entre CNAF et FSV : dès 2009, la CNAF financera 70% de ces majorations ce qui permettra à la CNAV d'améliorer ses comptes de près de 500 millions d'euros. D'ici 2011, cela représentera 1,8 milliards d'euros d'apport à l'assurance vieillesse. Ce principe s'appliquera aussi à la hausse des cotisations vieillesse qui sera de 0,3 point en 2009 et qui a vocation à être compensée par une baisse équivalente des cotisations d'assurance chômage grâce à l'amélioration de la situation financière de l'UNEDIC. D'ici 2011, la hausse de 1 point de cotisation compensée par la baisse des cotisations chômage doit permettre à la CNAV de bénéficier de 6,5 milliards d'euros de ressources nouvelles.

4) La préservation des recettes de la sécurité sociale est notre 4^{ème} point fort dans ce PLFSS mais aussi dans la loi de programmation des finances publiques. Le constat est clair, et Yves BUR y a beaucoup contribué : le redressement des finances publiques implique de mieux maîtriser les créations d'exonérations et de mieux évaluer l'efficacité. La loi de programmation prévoit **trois règles salutaires** : une évaluation systématique des dispositifs trois ans après leur création, un objectif annuel de coût des exonérations, réductions ou abattement d'assiette et la mise en place d'une règle de gage. Tout euro de niche sociale supplémentaire résultant de la création ou de l'extension d'un dispositif devra être compensé par une réduction de dépenses à due concurrence portant sur un autre dispositif.



Dès ce PLFSS, nous évaluerons le coût des exonérations mais aussi des abattements d'assiette : **les exonérations de cotisations sociales représentent près de 33 milliards d'euros en 2009 dont plus de 92% sont compensés à la sécurité sociale. L'évaluation de l'incidence des abattements d'assiette est elle plus délicate ; c'est un sujet d'une toute autre nature** : je rappelle que ces revenus n'ouvrent pas de droits à la sécurité sociale, contrairement aux cotisations qui font l'objet d'exonérations. Il est en outre probable que les employeurs auraient versé à leurs salariés des sommes moins importantes si ces sommes étaient assujetties au taux normal de cotisations sociales. Dans ce PLFSS, nous nous livrons cependant à l'exercice, **nous évaluons cet impact à environ 9 milliards d'euros pour 2009.**

Je ne me limite pas à un travail statistique ; il s'agit bien d'objectifs qui doivent guider nos décisions sur le financement de la protection sociale.

Dès ce PLFSS, je propose de réduire cet impact en mettant en place un forfait social, une contribution patronale d'un montant faible – 2% - sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire. **Nous voulons développer ces dividendes du travail ; il est alors normal et cohérent qu'ils participent au financement de la protection sociale**, en l'occurrence de l'assurance maladie pour environ 400 millions d'euros.

Ce forfait social fait partie du **1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles apportées à la sécurité sociale** avec la contribution des organismes complémentaires. Je redis avec force que cette hausse de la taxe sur le chiffre d'affaire des complémentaires santé ne peut en aucun cas être assimilée à un prélèvement supplémentaire : le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a bien montré que chaque année, en l'absence de mécanisme de rééquilibrage, près de 600 M€ de plus sont à la charge de l'assurance maladie obligatoire et ne sont plus remboursés par les complémentaires. La contribution des complémentaires a été calibrée pour corriger ce déport des dépenses lié notamment à la croissance du nombre de personnes en affection de longue durée. **Cette contribution peut donc être absorbée par les complémentaires sans hausse de leur cotisations. Nous allons prendre dans ce PLFSS des mesures pour leur permettre d'être mieux associés à la maîtrise des dépenses**, notamment aux négociations avec les professionnels de santé. Là encore, chacun doit être mis en capacité d'exercer toutes ses responsabilités.

Vous le voyez, l'équilibre de nos finances sociales exige une action soutenue, une volonté partagée et des efforts constants de bonne gestion. Pas de recette miracle mais une action de chacun pour gérer au plus près. **Et la lutte contre la fraude et les abus est un élément de cette stratégie de responsabilisation** : il

faut être certain que les règles sont scrupuleusement respectées par tous pour qu'elles suscitent une adhésion. Avec l'appui de la Délégation nationale de lutte contre les fraudes créée cette année, nous allons développer les **échanges de données** :

- les agents des caisses prestataires ont depuis septembre accès aux déclarations préalables à l'embauche des Urssaf ;
- le croisement des fichiers de DADS et de ceux de l'UNEDIC permet de détecter depuis juillet les bénéficiaires à tort de l'assurance chômage ;
- je veux généraliser le croisement des fichiers de taxe d'habitation avec ceux des CAF pour mieux contrôler les allocations logement.
- Je serai aussi attentif, dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, à nous doter des échanges d'information nécessaires avec nos partenaires pour mieux contrôler les droits et déjouer les fraudes.

Je veillerai à ce que la mise en place du RSA s'accompagne bien des outils de contrôle et de lutte contre la fraude. **Je signale d'ailleurs que l'Etat a pris pleinement ses responsabilités pour le RSA** qui ne pèsera pas sur la branche famille même s'il y a une dimension familiale dans cette nouvelle prestation.

J'ai souhaité renforcer les sanctions financières et améliorer leur recouvrement pour qu'elles soient réellement dissuasives. Le Président de la République a demandé de mettre en place des peines plancher, nous le faisons : **en cas de fraude manifeste à l'assurance maladie, des sanctions financières plancher** pourront être décidées par les caisses comme nous l'avons fait l'année dernière avec le redressement forfaitaire en matière de travail illégal. Avant, quand l'assurance maladie découvrait qu'un médecin facturait des actes fictifs ou qu'un professionnel se livrait à un trafic de médicaments, elle ne pouvait pas le sanctionner immédiatement car elle devait chiffrer l'indu précisément ; demain, ce sera d'emblée une sanction minimale de 1 350 €. Si un assuré fraude à la carte Vitale, ce sera 280 €. Et les **sanctions seront proportionnées à l'ampleur de la fraude et aggravées en cas de fraude en bande organisée.**

Et surtout je vais suivre la mise en œuvre de ces dispositifs pour rendre compte de leur efficacité : les redressements forfaitaire en matière de travail illégal ont été utilisés dans 224 opérations de contrôle des Urssaf depuis cet été pour 1,3 M€ de redressement et je souhaite m'assurer de l'efficacité de ce dispositif.

Enfin, je souhaite soumettre à la consultation des caisses nationales de sécurité sociale un article pour encadrer davantage l'ouverture de droits sur la base **d'attestations sur l'honneur** : il n'est pas normal de pouvoir s'ouvrir des droits aussi



facilement et sans contrôle. Dans le cas des prestations vieillesse, nous avons bien vu les risques d'abus voire de fraude en matière de régularisations de cotisations arriérées.

Les premiers constats de l'IGAS et de l'IGF sont édifiants ; ils montrent aussi qu'au-delà des abus et fraudes des assurés, il y a eu des fraudes internes, impliquant des agents de la sécurité sociale, au moins dans une URSSAF. Evidemment ce sont des cas rares, isolés mais la femme de César doit être irréprochable : face au risque de fraude interne, je demande – et Xavier BERTRAND avec moi – à tous les directeurs de caisses nationales de faire preuve de la plus grande vigilance, de renforcer leurs procédures de contrôle interne et de procéder aux enquêtes nécessaires en cas de suspicion. Un point très précis devra m'être fait dans les deux mois.

Au-delà de 2009, la stratégie est claire vers le retour à l'équilibre. Le projet de loi de programmation que j'ai présenté au Conseil des ministres du 26 septembre trace les conditions de cette réussite :

- pour revenir très proche de l'équilibre en 2011 et retrouver un excédent de l'assurance maladie en 2012, **il faut tenir l'ONDAM à 3,3%** sur l'ensemble de la période : c'est atteignable, c'est le taux de 2008 et de 2009 mais cela suppose un effort constant pour améliorer l'efficacité du système de santé ;
- il faut une **vision globale de nos finances sociales** qui permette d'adapter l'affectation des ressources à l'évolution des besoins sociaux, notamment au profit de l'assurance vieillesse ;
- il faut enfin un engagement déterminé de tous pour améliorer l'emploi des seniors, clef de l'équilibre de la CNAV : Xavier BERTRAND y reviendra mais il est clair que nous prenons dans ce PLFSS des mesures fortes dont **il faudra tirer un bilan en 2010.**

L'équilibre du régime général en 2012 est un objectif ambitieux mais réaliste et atteignable pour peu que **nous prenions tous conscience des changements à opérer.** Le temps des bonnes intentions et des promesses sans lendemain est terminé. **Il faut que chacun prenne ses responsabilités.** C'est la seule façon d'assurer la pérennité de notre système de sécurité sociale.



XAVIER BERTRAND

Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité

Discours au prononcé

Présentation de la LFSS 2009

Commission des comptes de la sécurité sociale

Lundi 29 septembre 2008

Contact Service Communication - 01.44.38.22.03
Secretariat.communication@cab.travail.gouv.fr
www.travail-solidarite.gouv.fr

Mesdames les Ministres,
Monsieur le Ministre,
Monsieur le Secrétaire général,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de remercier le Secrétaire général, Monsieur François MONIER, pour la qualité de ses travaux et de sa présentation. Je veux également associer à mes remerciements le Directeur de la sécurité sociale, Monsieur Dominique LIBAULT, et l'ensemble de ses équipes qui ont, une fois encore, accompli un travail très important.

Comme l'a rappelé le Président de la République jeudi dernier, le cap des réformes doit être tenu, le cap du renforcement de la cohésion sociale doit être tenu. L'exigence de solidarité doit guider notre action, même lorsque la conjoncture économique n'est pas facile.

Mais garantir la solidarité nationale, cela signifie aussi qu'il faut savoir redéployer les ressources au sein de notre système de protection sociale, pour tenir compte à la fois de la démographie et des besoins sociaux. Garantir la solidarité nationale, cela implique aussi le sens des responsabilités, pour ne pas faire payer le poids de nos dettes aux générations futures.

I) Ce sens des responsabilités est le principe qui guide notre action pour la branche retraite

Ce PLFSS est d'abord la traduction législative des mesures décidées dans le cadre du premier point d'étape fixé par la loi du 21 août 2003 et qui ont fait l'objet d'une large concertation depuis le printemps.

Comme je m'y étais engagé, et pour la première fois, les principaux textes vous ont d'ailleurs été communiqués en amont de la présentation du PLFSS. Cela sera également le cas pour tous ceux à portée réglementaire.

- **D'abord l'équité et la volonté de faire converger les règles applicables dans les différents régimes** : la réforme des régimes spéciaux qui nous a permis d'économiser 500 millions d'euros, bien sûr, mais aussi celles de l'IRCANTEC et des majorations de pension versées outre-mer aux fonctionnaires attestent de notre volonté de mettre progressivement tous les Français sur un pied d'égalité en matière de retraite.
- **Ensuite le courage de reconnaître que, parce que nous vivons beaucoup plus longtemps, il faut accepter de travailler un peu plus longtemps et se mobiliser pour l'emploi des seniors.**

- **Enfin la nécessité de conforter le financement du système de retraite par des redéploiements au sein de la protection sociale, pour savoir exactement qui doit financer quoi.** Ainsi, nous devons concrétiser dès 2009 les orientations définies en 2003.

Ce PLFSS met en œuvre les engagements du Président de la République pour renforcer la solidarité envers les plus modestes.

- **La revalorisation de 25% d'ici 2012 du minimum vieillesse** pour les personnes seules. Il sera porté à **677 euros au lieu de 633** : ce sera donc 44 euros de plus par mois dès le 1^{er} avril 2009.
- **La revalorisation des petites retraites agricoles.** Une série de mesures en faveur des veuves, des conjoints et des retraités agricoles à carrière incomplète a été annoncée par le Premier ministre. Elles entreront en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009. Près de **233.000 personnes** seront concernées, dont 196.000 dès l'année 2009.
- **Les pensions de réversion des veuves et veufs les plus modestes seront portées de 54% à 60%** de la pension du conjoint décédé. Une majoration est ainsi accordée aux veufs et aux veuves de plus de 65 ans, si leur retraite totale est inférieure à 800 euros. Cela concernera plus de 600.000 retraités.

Parce que nous voulons valoriser le travail, nous continuerons à garantir une retraite au moins égale à 85% du SMIC aux assurés les plus modestes ayant une carrière complète.

Cet objectif fixé en 2003 et atteint en 2008 sera reconduit jusqu'en 2012 en faisant en sorte qu'il bénéficie réellement aux assurés qui ont une petite pension malgré une carrière significative. Le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) et la Cour des comptes ont posé la question : est-il normal que 30% des titulaires du minimum contributif aient une retraite supérieure à 1400 euros ? Ce mécanisme est un filet de sécurité pour les plus modestes et ne saurait bénéficier indûment et aux frais de la solidarité à ceux qui ont une retraite plus correcte.

Enfin, nous souhaitons garantir le pouvoir d'achat de tous les retraités, en améliorant le mécanisme d'indexation des pensions.

Pour tenir compte de l'accélération de l'inflation, une revalorisation exceptionnelle de 0,8% des pensions de retraite est intervenue le 1^{er} septembre dernier, sans attendre l'année 2009. Mais nous devons apporter à cette question importante une réponse solide et définitive.

Comme l'ont souhaité les partenaires sociaux et les associations de retraités, la revalorisation interviendra désormais chaque année au 1^{er} avril, comme dans les régimes complémentaires. Pourquoi en avril ? Parce que c'est en avril que l'on connaît les dernières prévisions d'inflation pour l'année à venir et que l'on connaît le chiffre définitif de l'année écoulée.

Le PLFSS amplifie notre action en faveur de l'emploi des seniors

En ce domaine, la France se situe nettement en dessous de la moyenne européenne : c'est un gâchis humain, économique, social. Nous devons enfin mettre un terme. Nous avons donc décidé de franchir une étape supplémentaire dans notre action.

Pour cela, nous voulons faire jouer un double levier : inciter à la fois les seniors à poursuivre leur activité et les entreprises à développer l'emploi de salariés âgés, et ce aussi bien dans le secteur privé que dans la fonction publique.

Le PLFSS propose d'abord de faciliter le cumul emploi-retraite.

Il n'y a aucune raison d'empêcher ceux qui le souhaitent de travailler ! Les retraités pourront désormais reprendre librement une activité, dès leur 60 ans s'ils ont eu une carrière complète et dans tous les cas à 65 ans, sans plafond ni délai de carence chez le dernier employeur. Ceci s'appliquera aussi à celles et ceux qui ont déjà liquidé leur pension de retraite.

Pour encourager les assurés à prolonger leur activité tout en améliorant leur future retraite, nous proposons de mettre en place une surcote plus incitative.

Son taux sera porté de 3% à 5% par an dans le secteur privé et la fonction publique. Elle bénéficiera désormais également aux petites retraites portées au minimum contributif.

Mais nous le savons tous, pour que l'emploi des seniors s'améliore, il est primordial que les acteurs économiques et sociaux se mobilisent au plus près du terrain et passent tous des discours aux actes. C'est pourquoi, le Gouvernement accompagnera les partenaires sociaux pour conclure rapidement des accords avec des engagements chiffrés et des actions concrètes.

Au-delà de 2010, les entreprises de plus de 50 salariés non couvertes par un accord ou, à défaut, par un plan d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés seront soumises à une pénalité égale à 1% des rémunérations versées.

Le Gouvernement a tenu compte des remarques exprimées par les partenaires sociaux le 22 septembre en veillant d'une part à ce que les accords ou les plans d'actions répondent à un cahier des charges réellement engageant, et d'autre part à ce que le dispositif soit pragmatique, compréhensible, et donc sécurisant. Le projet a été modifié en ce sens.

Enfin, le PLFSS propose la suppression des mises à la retraite d'office dans le secteur privé et des limites d'âge dans la fonction publique, à compter de 2010. L'âge ne doit plus constituer un motif suffisant pour mettre fin au contrat de travail d'un salarié qui souhaite poursuivre son activité.

II- Le champ des politiques médico-sociales est un domaine où notre effort de solidarité doit s'exercer tout particulièrement.

Ce projet de loi finance nos engagements en direction des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Nous voulons d'abord faire face à la grande dépendance, et notamment celle liée à la maladie d'Alzheimer, dans le cadre du plan quinquennal annoncé par le Président de la République.

1.300.000 personnes de plus de 85 ans aujourd'hui, 2 millions en 2015 : voilà la réalité que nous devons prendre en compte. Et nous devons le faire en permettant aux personnes âgées dépendantes de disposer d'une liberté de choix, choix entre rester à domicile, si elles le souhaitent, ou d'être accueillies en établissement.

Cela implique d'une part de poursuivre l'effort de création de places en services et soins infirmiers à domicile (SSIAD) (*6 000 en 2008 et 2009, contre 4 000 par an entre 2004 et 2007*) et de développer les solutions de répit, notamment pour permettre aux aidants familiaux de souffler. Nous voulons ainsi doubler le nombre de place d'hébergement temporaire et tripler celui des places d'accueil de jour à l'horizon 2012.

Cela implique d'autre part d'accélérer le rythme de création de places en maisons de retraite (*375 M€ supplémentaires pour financer 7 500 places nouvelles en 2008*). Nous voulons également améliorer la qualité de l'accueil : la signature des conventions de deuxième génération avec les établissements permettra de recruter 10 000 personnels soignants supplémentaires en 2009, soit un tiers d'effectif supplémentaire.

Nous mènerons en 2009 une réforme visant une meilleure lisibilité de la tarification et une plus grande équité dans l'attribution des ressources.

Pour les personnes handicapées, quel que soit leur âge, nous souhaitons renforcer la solidarité.

Nous voulons avancer dans la mise en œuvre des plans autisme et handicap visuel.

Ce PLFSS prévoit ainsi d'engager la construction de 50 000 nouvelles places d'ici 5 ans, qui ouvriront d'ici 7 ans. Nous mobiliserons 350 M€ de mesures nouvelles. A titre d'exemples, nous allons créer 1100 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour les enfants et 550 places d'instituts médico-éducatifs (IME), mais aussi, pour les adultes, 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'ensemble de ces engagements sera approfondi dans le cadre du chantier du Cinquième risque de protection sociale que Valérie LETARD et moi-même aurons l'occasion de développer très prochainement.

III- S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), ce PLFSS donne la priorité aux victimes, dans la continuité des propositions de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007.

Dans le domaine de la tarification, le PLFSS transpose deux propositions importantes :

- la réduction du reste à charge des dispositifs médicaux,

- la meilleure indemnisation des salariés devenus inaptes pendant la période qui va de la reconnaissance de leur inaptitude à l'entrée en vigueur de leur reclassement ou de leur licenciement, période pendant laquelle ils ne percevaient ni rémunération ni indemnité. Le gouvernement attache une grande importance à la négociation collective, et c'est pourquoi nous voulons respecter la volonté des partenaires sociaux en transposant les points d'accord qu'ils ont trouvés ensemble.

Pour ce qui concerne la prévention, les victimes d'AT-MP menacées d'inaptitude pourront bénéficier d'une formation professionnelle durant leur arrêt de travail. De fait, on sait que les actions pour la reconversion des salariés, sont plus efficaces lorsqu'elles interviennent en amont.

Concernant les réparations, je voudrais aborder le financement des fonds en faveur des victimes de l'amiante.

Suite à la remise du rapport Le GARREC une réflexion est en cours sur notre politique globale en faveur des victimes de l'amiante.

Par ailleurs, ce projet de loi propose de supprimer la contribution spécifique des employeurs au FCAATA, qui a des effets négatifs sur l'emploi.

Enfin le PLFSS envisage d'augmenter la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie pour tenir compte du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

Suivant les préconisations du rapport de M. DIRICQ rendu en juillet dernier, il est proposé que la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie soit portée à 710 millions d'euros. Là encore, c'est le principe de solidarité entre les branches qui prévaut.

* *
*

Je ne veux pas conclure sans mentionner et saluer l'action des organismes de sécurité sociale qui sont chaque jour aux côtés des Français pour rendre un service de qualité, mettre en oeuvre les politiques de solidarité, ou lutter contre les fraudes, ainsi que l'expliquera Nadine MORANO, avec un nouveau dispositif dans la branche famille.

La cohérence et l'efficacité des réseaux se sont améliorées grâce aux conventions d'objectif et de gestion, et grâce aux efforts des organismes pour évoluer et se restructurer.

Nous souhaitons poursuivre dans cette voie en mettant en place une véritable gestion de carrière des cadres dirigeants. Après concertation avec les Présidents et les Directeurs des Caisses nationales, nous proposons donc que les directeurs des organismes locaux soient désormais nommés par les directeurs des caisses nationales, en concertation avec les Présidents des conseils d'administration concernés.

Je vais maintenant passer la parole à Mme MORANO, qui vous présentera en détail la branche famille, et plus particulièrement notre projet pour le développement des modes de garde, dans le cadre des engagements du Président de la République et dans la continuité des propositions faites par Michelle TABAROT.

Au travers de ce PLFSS marqué par la solidarité et la responsabilité, ce sont bien les valeurs fondamentales de notre système social dont il est question. Mais c'est aussi notre détermination à poursuivre le rythme des réformes, particulièrement dans une conjoncture difficile, que nous réaffirmons ici. Comme l'a souligné le Président de la République, c'est dans les moments de crise que la solidarité avec ceux qui sont en difficulté doit être la plus forte. Nous savons ce que nous devons faire : tenir le cap des réformes, renforcer la cohésion sociale et moderniser notre modèle social. C'est une exigence, nous en avons conscience.



Paris, le 29 septembre 2008

Roselyne BACHELOT-NARQUIN
ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative,

**Discours de la ministre
Commission des comptes de la sécurité sociale
29 septembre 2008**

La détermination de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie est un exercice qui suppose de tenir compte de multiples exigences.

Nous devons tout d'abord l'adapter à l'évolution des besoins de santé, marquée par le vieillissement démographique et la nécessité de lutter contre le développement de certaines pathologies telles que le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

Nous devons ensuite trouver les moyens d'accompagner le progrès technologique qui permet de mieux vaincre la maladie mais qui se traduit par des traitements parfois coûteux.

Nous souhaitons enfin et surtout préserver notre système solidaire d'assurance maladie, afin que chacun d'entre nous puisse accéder à des soins de meilleure qualité tout en continuant à bénéficier d'un haut niveau de prise en charge.

Cela suppose de poursuivre notre effort de redressement des comptes. Le déficit de la branche maladie du régime général devrait ainsi être de 4 Mds€ en 2008. Nous n'avons pas connu de procédure d'alerte cette année. C'est le signe que les efforts que nous avons demandés aux assurés, aux professionnels de santé et aux industriels ont porté leurs fruits ; c'est aussi le signe que le Gouvernement avait retenu un ONDAM 2008 réaliste. Notre objectif est de parvenir à l'équilibre d'ici 2011.

Compte tenu du rythme d'évolution spontanée des dépenses, cela suppose que nous fassions un effort global de redressement de l'ordre de 4,2 Mds€ en 2009.

Or, comme l'a souligné Eric Woerth, nous devons cette année tenir compte d'un environnement économique et financier différent de celui de l'année dernière, contexte qui a rendu les arbitrages plus difficiles.

Malgré ce contexte, après avoir reçu les propositions de l'UNCAM et beaucoup écouté les partenaires sociaux et les représentants des organismes complémentaires, nous avons choisi de proposer pour 2009 un taux de progression de l'ONDAM plus élevé que pour 2008, année pour laquelle il avait été fixé à 2,8%.

Le taux de 3,3% est un taux réaliste (1).

Il nous permet d'éviter de solliciter davantage les assurés dans le financement des dépenses de santé (1a).

Il nous permet aussi de poursuivre l'effort de modernisation de notre système de santé et de financer nos nouveaux besoins de santé, notamment nos plans de santé publique (1b).

Mais c'est aussi un taux qui permet le nécessaire redressement des comptes de l'assurance maladie (2) grâce à de nouvelles ressources pour l'assurance maladie (2a) et à la poursuite de nos efforts d'efficacité et de performance, afin de soigner mieux au moindre coût pour tous (2b).

1. Le taux de 3,3% permet d'éviter de solliciter davantage les assurés et de donner à notre système de santé les moyens de se moderniser.

a) Le taux de 3,3% (dont 3,1 et 3,1 sur ville et hôpital) permet d'éviter de solliciter davantage nos concitoyens.

Cette année, nous souhaitons que les assurés ne soient pas davantage sollicités dans le financement des dépenses de santé. Les mesures de redressement ne porteront pas sur eux. Seuls les assurés ne respectant pas le parcours de soins verront leur ticket modérateur augmenter, de 20 points. Il ne s'agit pas, principalement, d'une mesure à portée financière, mais d'une mesure d'optimisation du système de soins.

C'est aussi dans l'objectif de réduire le coût de la santé pour nos concitoyens que nous proposons de mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles, tout particulièrement dans les secteurs de l'optique et du dentaire.

b) Le taux de 3,3% permet de donner à notre système de santé les moyens de se moderniser.

Le taux global de 3,3% égal au taux d'évolution qui sera finalement constaté en 2008 (3,3 %). C'est donc un taux réaliste.

C'est en outre un taux supérieur à la prévision de croissance, ce qui nous permettra de répondre à l'évolution des besoins de santé de notre population.

Nous souhaitons en effet poursuivre notre soutien aux projets d'investissements, par exemple pour moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Je rappelle que 10 Mds€, dont 50% à la charge de l'assurance maladie sont prévus dans ce plan qui, lancé en 2007, soutiendra les projets d'investissement répondant à des critères d'efficacité afin de favoriser les recompositions hospitalières et de développer les systèmes d'information.

Il nous faut également assurer le financement des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer et le plan de développement des soins palliatifs ou encore le plan Alzheimer, voulus par Nicolas Sarkozy.

Je souhaite enfin donner à notre système de santé les moyens de se réorganiser, notamment par une meilleure fluidité dans le parcours de soins et une meilleure coordination entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les services médico-sociaux, comme le propose le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui sera présenté prochainement en conseil des ministres.

C'est aussi dans cette optique que j'ai tenu à proposer, comme l'an dernier, un taux de progression équilibré entre les soins de ville et le secteur hospitalier, afin que ces deux piliers de notre système de santé évoluent de manière coordonnée. Le taux sera le même, de 3,1%.

2. Ce taux permet le nécessaire redressement des comptes de l'assurance maladie.

Notre objectif reste en effet le retour à l'équilibre de la branche maladie d'ici 2011. Il s'agit d'un engagement responsable et d'une exigence morale : il n'est pas légitime de reporter sur les générations futures le poids du financement de nos propres dépenses.

Entendons-nous bien : le redressement de la santé financière de l'Assurance maladie est un objectif nécessaire pour préserver les fondements de notre système de santé solidaire.

C'est pourquoi l'effort de redressement, qui permettra de réduire le déficit de l'assurance maladie, s'appuiera, d'une part, sur un niveau important de ressources nouvelles pour l'assurance maladie (a) et, d'autre part, sur la poursuite de nos efforts d'efficience (b).

a) Nous avons cherché des ressources supplémentaires pour l'Assurance maladie. Nous en avons trouvé trois.

- Tout d'abord, ainsi que le constate le dernier rapport du HCAAM, on observe, chaque année, un déport mécanique, à législation constante, de l'ordre de 600 M€, des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires vers l'assurance maladie. Cet accroissement systématique, toutes choses égales par ailleurs, des dépenses d'assurance maladie, s'explique par l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime de prise en charge intégrale des dépenses des patients en affection de longue durée.

C'est pourquoi il nous semble légitime de demander aux organismes complémentaires d'augmenter de 1 Md€ leur participation aux dépenses d'assurance maladie. Cette somme assurera la pérennité du financement du fonds CMU, qui assure l'accès aux soins des plus défavorisés d'entre nous.

Le président de la Fédération nationale de la mutualité française, Jean-Pierre Davant, s'est courageusement engagé à ce que cette mesure ne se traduise pas par une hausse des cotisations des complémentaires, qui, comme chaque année, devraient bénéficier des économies importantes que nous allons réaliser. Ainsi que l'explique le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son dernier rapport, « sur un marché concurrentiel, la bonne santé financière des organismes complémentaires, une politique plus volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité devraient permettre que, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation des charges ne soit répercutées sur les cotisations ni de façon immédiate ni pour sa totalité ».

- Ensuite, afin que soit respecté le principe selon lequel chaque branche doit assumer en toute transparence ses propres risques, nous souhaitons revoir à la hausse la somme que reverse chaque année la branche accidents du travail – maladies professionnelles à la branche assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les derniers travaux de la commission Diricq indiquent en effet que les charges supportées par l'Assurance maladie au titre de la branche AT-MP pourraient être évaluées entre 565 M€ et 1 Md €, alors que la compensation s'élève actuellement à 410 M€.

Nous souhaitons donc élever le niveau de cette compensation de 300 M€ pour la porter à 710 M€ en 2009.

- Enfin, ainsi que le constate le rapport du député Yves Bur sur les niches sociales, un certain nombre de revenus liés au travail échappent aux cotisations patronales de sécurité sociale. Il s'agit de montants très importants que les différents travaux estiment jusqu'à 41 Mds €.

Nous avons franchi une 1^{ère} étape avec la dernière loi de financement de la sécurité sociale en créant une contribution patronale de 10% sur les stocks options et actions gratuites : cette mesure a permis de dégager 250 M€ de recettes nouvelles pour l'Assurance maladie en 2008.

Aujourd'hui, nous souhaitons aller plus loin en proposant de créer un forfait social dû par les employeurs sur les éléments de rémunération qui ne sont actuellement pas pris en compte dans la contribution des employeurs à l'assurance maladie. Il s'agit des dispositifs de participation financière (intéressement, participation) et d'épargne salariale. Cette ressource nouvelle devrait rapporter 400 M€ à l'assurance maladie.

Par ailleurs, nous proposons que la CADES reprenne l'intégralité de la dette de l'Assurance maladie, ce qui permettra une économie en frais financiers de l'ordre de 400 M€ en 2009 sans prolonger la durée d'amortissement de la dette sociale.

Cet apport de ressources supplémentaires pour la branche maladie permet de crédibiliser la fixation de l'ONDAM au niveau de 3,3%.

- b) ***Etant bien inférieur à la croissance spontanée des dépenses, le taux de 3,3% suppose toutefois que nous poursuivions nos efforts d'efficience et de performance afin de soigner mieux au moindre coût pour tous.***

Il s'agit là d'un effort de tous les jours, qui impose à chacun d'entre nous, que ce soit dans le secteur des soins de ville, du médicament ou de l'hôpital, de s'interroger sans cesse sur les justifications médicales de nos dépenses d'assurance maladie.

Les économies que nous prévoyons pour 2009, à hauteur de 2,1 Mds€ reposent donc intégralement sur la mobilisation des marges d'efficience de notre système de santé.

- **De manière générale, je souhaite tout d'abord renforcer les efforts au titre de la maîtrise médicalisée, démarche qui a fait ses preuves, même si j'ai pu regretter que le taux de réalisation des montants d'économies attendues reste plafonné à 60%.**

Nous disposons désormais d'outils nouveaux pour agir efficacement sur les comportements : nous devons les mobiliser pour continuer à réduire les actes redondants, diminuer les sur-prescriptions, ou rendre plus systématique le recours à des thérapeutiques qui, pour une efficacité médicale équivalente, ont un coût moins élevé pour la collectivité.

A cet égard, j'attends les premières recommandations médico-économiques de la Haute autorité de santé pour guider les prescriptions des médecins selon une logique d'efficacité thérapeutique à la fois mieux adaptée et moins coûteuse pour les patients. Ces recommandations permettront de mieux hiérarchiser les traitements au sein de la liste des actes et prestations. Elles devraient permettre aux médecins de prescrire mieux et à moindre coût.

Prenons un exemple concret, celui de l'hypertension artérielle. Aujourd'hui, nous soignons cette pathologie sans hiérarchiser les traitements, notamment entre l'utilisation d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des sartans, qui coûtent beaucoup plus cher. Or, tous les pays qui nous entourent le font et ont émis des recommandations médico-économiques en ce sens. Ce sont vraisemblablement quelques centaines de millions d'euros qui sont ici dépensés de façon « sous-optimale ».

Plus généralement, l'évaluation par la Haute autorité de santé de la portée thérapeutique réelle des produits doit guider notre action : la collectivité investit massivement dans la santé de ses concitoyens ; il n'est pas aberrant que ces investissements soient prioritairement menés sur des produits ou des prestations dont le service médical rendu est satisfaisant.

Je compte aussi sur la CNAMTS pour mener, comme chaque année, des campagnes d'information pour guider dans leurs prescriptions les professionnels de santé. Ces derniers pourront d'ailleurs recourir à des logiciels d'aide à la prescription devant être certifiés par la HAS d'ici fin 2008 et conclure des contrats individuels avec l'Assurance maladie pour être soutenus dans leurs efforts de juste recours aux soins.

La CNAMTS dispose désormais de moyens renforcés pour assurer ses missions : elle peut soumettre à l'accord préalable du médecin conseil de l'organisme local d'assurance maladie les surprescripteurs sur l'ensemble des actes et des prestations. Eric Woerth et moi-même venons d'ailleurs d'écrire au directeur général de la CNAM pour lui demander d'accentuer les efforts.

Les économies que nous attendons à hauteur de 500 M€ au titre de la maîtrise médicalisées sont donc ambitieuses mais pas irréalistes.

➤ **Au-delà de la mobilisation de ces outils de maîtrise médicalisée, nous proposons des mesures visant à infléchir la consommation de soins dont la justification médicale est discutable et à diminuer les tarifs pouvant être jugés trop élevés au regard des coûts de production.**

- On constate des écarts parfois très importants dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable. Ce n'est pas normal.

Ces écarts sont également significatifs pour des prescriptions en très forte croissance, comme les actes paramédicaux et les médicaments inscrits sur la liste dite « en sus » à l'hôpital. Le système de soins présente ainsi un potentiel d'efficience sans doute non négligeable.

Le PLFSS pour 2009 propose en conséquence deux mesures permettant d'homogénéiser certaines prescriptions.

La première concerne les **actes en série, notamment des paramédicaux, tels que les séances de masso-kinésithérapie** : il est proposé de soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de **référentiels** validés par la Haute autorité de santé (HAS) et donnant des repères précis (nombre d'actes ou de séances nécessaires pour des traitements donnés). Des exceptions justifiées resteront évidemment possible en fonction des données médicales du patient.

La seconde concerne les **médicaments inscrits sur la « liste en sus » à l'hôpital**. Il s'agit de médicaments ne pouvant, compte tenu de leurs caractéristiques, être intégrés dans les tarifs de droit commun des prestations d'hospitalisation. Souvent très innovants, ces médicaments enregistrent une croissance annuelle très forte, largement supérieure à 15%.

Il est donc proposé de responsabiliser les ARH et les directeurs d'établissement en leur donnant accès à une analyse nationale permettant de réaliser des comparaisons entre régions et établissements sur l'évolution de ces dépenses. A partir de cette analyse, ainsi que des recommandations émises par diverses autorités sanitaires, les ARH devront conclure avec les établissements présentant un taux d'évolution atypique de croissance de la liste en sus et un écart significatif par rapport aux profils de prescription, un plan d'action d'une durée d'un an visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre le dispositif de **mise sous entente préalable**, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour la chirurgie ambulatoire, aux autres activités hospitalières, afin d'inciter les établissements ayant une facturation atypique à des prises en charge plus adaptées. Les mesures de cet ordre seront renforcées quand les agences régionales de santé seront en place : elles permettront, comme l'a récemment rappelé le président de la République, de conjuguer organisation et régulation financière des soins.

- Certains secteurs de notre système de santé connaissent soit des gains de productivité importants, soit une forte progression en volume. Il faut envisager, dans ces secteurs, des réductions de tarifs ou de prix.

Le prix de produits de santé de grande consommation doit être rapproché des marchés les moins chers d'Europe.

C'est pourquoi nous envisageons, dans la construction de l'ONDAM, des diminutions de prix, notamment de certains items de la liste des produits et prestations mais aussi de médicaments.

Des baisses de prix supplémentaires sont également possibles si l'on mobilise d'avantage les marges de distribution et si l'on travaille à la cohérence des prix au sein des classes de médicaments.

Je souhaite également que soit mise en œuvre une gestion plus dynamique des prix ciblée sur les princeps et de certains médicaments génériques : le secteur du médicament est un domaine de très haute valeur ajoutée. Il est normal que la collectivité puisse bénéficier des gains de productivité que réalise l'industrie sur des classes de médicaments où les volumes sont importants. Nous allons notamment augmenter la décote du générique par rapport au médicament princeps.

L'Assurance maladie sera gagnante, comme le seront également les organismes complémentaires : au final, c'est donc le pouvoir d'achat des assurés qui sera préservé en maîtrisant les facteurs d'augmentation des prestations des complémentaires de santé.

Ce qui est vrai pour le secteur du médicament l'est aussi pour les professions ayant réalisé d'importants gains de productivité.

Dans le rapport qu'elle m'a remis en juillet dernier, la CNAMTS constate en effet, et à juste titre, qu'au regard du progrès technique, les tarifs des actes des biologistes et des radiologues paraissent nettement plus élevés que ceux des autres professionnels de santé.

Il semble légitime, pour ces deux spécialités, de continuer dans le prolongement des mesures déjà prises en 2007 et d'adapter les tarifs qui, en outre, enregistrent une croissance très rapide de leurs volumes de ventes et bénéficient de marges nettes élevées.

Dans cette perspective, je continuerai de suivre attentivement les discussions entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions concernées, dans le cadre des négociations conventionnelles et des commissions de hiérarchisation des actes compétentes.

- **Je souhaite enfin que l'hôpital poursuive ses efforts de modernisation et d'apurement financier : je rappelle que le Président de la République a fixé un objectif de retour à l'équilibre des hôpitaux pour 2012.**

C'est dans cet esprit que je souhaite notamment, comme je l'ai déjà dit, que les hôpitaux se mobilisent pour maîtriser les dépenses de médicaments de la liste en sus et pour développer la chirurgie ambulatoire.

La recherche de l'efficacité doit être notre credo. La création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, qui regroupera les différentes structures intervenant actuellement sur les différents aspects de l'efficacité (audit, investissement et systèmes d'information) permettra aux hôpitaux de disposer des expertises nécessaires pour se réorganiser et réaliser les gains d'efficacité nécessaires.

Nous allons également, dans le cadre de la campagne tarifaire, améliorer le dispositif de financement de la T2A, en prévoyant des financements supplémentaires pour tenir compte de la précarité et de la sévérité des patients.

- **Cet effort d'optimisation ne saurait toutefois se limiter à une partie seulement de nos dépenses de santé : pour arriver à réguler efficacement l'évolution de nos dépenses de santé, nous devons renouveler les conditions d'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles, tout particulièrement dans les secteurs où ils jouent un rôle majeur tels que l'optique et le dentaire.**

La LFSS pour 2008 a déjà instauré un avis de l'UNOCAM sur les projets de conventions et d'avenants.

Le Gouvernement propose d'aller au-delà de ce rôle consultatif et de mieux associer l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé : dans les secteurs tels que l'optique et le dentaire, un accord ne sera dorénavant valable que s'il est signé par l'UNOCAM.

Le Gouvernement attend de l'UNOCAM la définition de positions communes dans le jeu de la négociation, en vue de mettre en place une véritable gestion du risque dans ces secteurs. Afin d'éviter un éventuel blocage, la signature de l'UNOCAM pourra être obtenue, dans ces secteurs, par un vote à la majorité qualifiée du conseil de l'UNOCAM.

En outre, pour donner toutes ses chances à la vie conventionnelle, la convention qui fera l'objet d'un refus de signature de l'UNOCAM sera transmise au ministre avec un délai de mise en œuvre supplémentaire.

Cette mesure devrait inciter les organismes membres de l'UNOCAM à mieux participer à la mobilisation des gains de productivité dans notre système de santé à travers le développement, pour les dépenses qui les concernent, d'outils de régulation de la dépense.

La loi de financement de la sécurité sociale est un moment de débat sur notre protection sociale. Elle revêt cette année un caractère particulier, puisque je vais bientôt présenter un projet de modernisation de notre système de soins, dans le cadre du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoire ».

Les dispositions de la loi de financement sont bien évidemment de nature plus financière, mais elles trouveront une mise en œuvre complémentaire dans la modernisation des structures que je prépare. Il faudra en effet trouver les moyens financiers pour pouvoir mieux articuler l'hôpital avec, en amont, le secteur des soins ambulatoires, et, en aval, les services médico-sociaux. Cette mission incombera aux agences régionales de santé, qui auront dans la même main les outils de gestion du risque et d'organisation des soins.

Il faut ainsi mettre en rapport les mesures financières avec les mesures structurelles, telles que la création des agences régionales de santé, la modernisation de l'hôpital, la lutte contre les refus de soins ou les dépassements et une meilleure localisation des praticiens sur le territoire.

Les mesures de redressement des comptes de l'assurance maladie proposées dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuivent ainsi le même objectif de modernisation et de recherche d'efficacité dans notre système de santé que le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires ».

Ce n'est que dans cet esprit que nous pourrons arriver, progressivement, à modifier les paramètres de notre système de soins et d'assurance maladie pour le préparer aux dix prochaines années.

La modernisation de notre système de santé ne se fera qu'à travers la mobilisation de tous.

Je suis déterminée à mener ces réformes dans le respect des principes de notre sécurité sociale.

Mais je sais que dans cette lourde tâche je pourrais compter sur le soutien de vous tous.

Je vous remercie.

Commission des comptes de la sécurité sociale du 29 septembre 2008

Intervention de Madame la Secrétaire d'Etat chargée de la famille

(Seul le prononcé fait foi)

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Monsieur le Secrétaire Général,

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier, monsieur le Secrétaire Général, cher François MONNIER, pour la qualité et la clarté de votre intervention.

Les chiffres que vous avez énoncés et les tendances que vous avez dégagées témoignent de l'ambition de la politique familiale qu'avec Xavier BERTRAND nous entendons mener.

La France a la chance d'avoir une natalité robuste. Avec 198 enfants pour 100 femmes, elle nous permet de nous situer loin devant les pays européens. Et une natalité forte, c'est plus de confiance, plus d'optimisme pour relever les défis du futur, c'est plus d'énergie, d'enthousiasme et de créativité pour nourrir les ambitions de demain.

De tels chiffres ne sont en aucun cas le fruit du hasard. Ils sont le résultat d'une politique familiale courageuse et déterminée. D'une politique familiale qui cherche à s'adapter aux attentes concrètes des familles, de toutes les familles. D'une politique familiale qui répond aux défis posés par les nombreuses évolutions de la société. D'une politique familiale qui cherche à permettre à tous les parents de concilier vie familiale et épanouissement professionnel.

I – Je souhaiterais tout d'abord revenir sur les mesures que nous avons adoptées l'année dernière, dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2008. Toutes sont le reflet des priorités majeures d'une politique qui vise à simplifier la vie des familles, qui veut être à leur côté dans la lutte en faveur du pouvoir d'achat et qui cherche résolument à combattre les fraudes, ces infractions à la solidarité nationale.

- **La mesure instaurant le principe de la modulation de l'allocation de rentrée scolaire (I'ARS) en fonction de l'âge** a été mise en œuvre par un décret du 30 juillet 2008 et a permis :
 - de dégager une enveloppe de 50 millions d'euros pour soutenir le pouvoir d'achat des familles ;
 - permettant de moduler à la hausse le montant attribué aux collégiens et aux lycéens.

C'est dire toute son importance au regard de l'augmentation du coût de la vie et dans la lutte en faveur du pouvoir d'achat.

- **Ensuite, des mesures ont été prises pour faciliter la vie des usagers.**
 - ➔ **la suppression de la déclaration de ressources** est un progrès très important à cet égard qui a permis à des millions d'allocataires, d'éviter dès cette année
 - de s'encombrer d'une formalité administrative devenue superflue,
 - aux agents des CAF de pouvoir encore mieux s'investir sur leur cœur de métier.
 - ➔ **le droit d'option entre l'allocation enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap garanti désormais aux parents la possibilité** d'opérer un choix selon leurs besoins pour la prise en charge de leur enfant handicapé.
 - ➔ **la simplification du contentieux de l'allocation journalière de présence parentale a facilité la vie de très nombreuses familles.**
- **Enfin, la facilitation de la communication d'informations aux agents des organismes de sécurité sociale** doit nous permettre de renforcer la lutte contre les fraudes.

II - Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 traduit une nouvelle impulsion dans notre politique familiale et marque de manière résolue notre volonté de mettre en place de manière rapide le droit à la garde d'enfants (DGE). Cet engagement fort du Président de la République doit être et sera totalement concrétisé à l'horizon 2012.

Car le constat est clair. L'ensemble des besoins de garde des familles n'est pas couvert, loin s'en faut.

Ce droit à la garde d'enfants ce n'est pas un énième droit sur le papier. Ce droit n'est pas un dispositif contentieux. Il s'agit d'un droit effectif qui doit donner droit à des places effectives. D'un droit qui doit mettre un terme au véritable parcours du combattant que connaissent de trop nombreuses familles dans la recherche d'un mode de garde adapté. D'un droit qui doit faciliter la vie quotidienne de milliers de nos concitoyens, qui trop souvent, doivent renoncer à leur travail pour garder leur enfant.

Il va s'agir tout d'abord d'augmenter concrètement le nombre de places.

- Ainsi, avant même d'entamer la négociation de la convention d'objectifs et de gestion, nous avons déjà prévu une progression du Fonds national d'action sociale (*le FNAS*) de 6 % dès l'année 2009, ce qui offre des perspectives importantes en terme d'ouvertures de places en crèches.

Mais il faut aller plus loin, en concentrant nos efforts sur les moyens de parvenir à un accroissement de l'offre de garde tout en étant respectueux des finances publiques.

Afin de satisfaire les attentes des familles, nous proposons dès le PLFSS 2009 une première série de dispositifs qui sera complétée par un train de mesures dans de très brefs délais.

- **Adapter les dispositifs de garde aux attentes des familles, de toutes les familles, est l'objet d'une première mesure.**

Le droit à la garde d'enfants n'est pas, seulement, une affaire de nombre de places. Nous devons être exigeants et attentifs aux besoins de l'ensemble de nos concitoyens. C'est pourquoi nous avons pensé aux parents qui travaillent en horaires atypiques, flexibles ou de nuit, en prévoyant que la prestation qui leur est versée, **le complément de libre choix de mode de garde**, soit majoré pour compenser les surcoûts liés à l'intervention d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile.

- **Deux autres mesures concernent l'assouplissement de l'encadrement de la profession d'assistante maternelle.**

Notre objectif est clair : augmenter par la même le nombre de places de garde tout en veillant scrupuleusement à la sécurité des jeunes enfants.

► **Nous proposons d'autoriser, à titre expérimental, le regroupement des assistantes maternelles dans un local commun.** C'est là répondre à la demande de nombreux élus mais aussi de représentantes de la profession. Il s'agit de permettre aux collectivités territoriales et aux assistantes maternelles de pouvoir s'organiser de la façon la plus optimale, par rapport à leurs besoins et leurs attentes en s'appuyant sur des structures souples.

► **Nous souhaitons aussi pouvoir augmenter le taux d'encadrement des enfants par les assistantes maternelles.** Si nous comparons la situation des normes en France avec celle de nos voisins européens, nos normes sont bien trop contraignantes. Ainsi, dans les pays nordiques, une assistante maternelle peut garder jusqu'à 5 enfants avec des résultats en termes de sécurité et de confort pour les enfants qui sont identiques. Nous souhaitons porter de 3 à 4 le nombre d'enfants, ce qui, d'après nos évaluations devrait permettre de dégager dès l'année 2009, environ 10.000 nouvelles solutions de gardes.

III – Notre politique familiale connaîtra un autre temps fort avec la signature de la Convention d'objectifs et de gestion qui lie l'Etat et la CNAF sur la période 2009-2012.

- **Cette future COG 2009-2012 devra nous permettre de mieux évaluer les besoins et les moyens nécessaires pour mieux accompagner les parents souvent perdus dans leur difficile recherche de places de garde. Je pense notamment à la création d'un identifiant unique des demandes de places d'accueil qui garantira plus d'efficacité en évitant les doublons.** Ce sera aussi le lieu où nous définirons la taille de l'enveloppe du Fonds national d'action social (FNAS) qui déterminera le nombre de places en crèches que nous voudrions créer. Et il est clair que cette décision constituera un choix stratégique.
- **Mais je souhaite qu'au-delà de la mise en œuvre du droit de garde des jeunes enfants, la prochaine COG 2009-2012 donne à la CNAF de meilleurs outils.** Pour une amélioration des prestations fournies aux usagers, mais aussi pour mieux lutter contre les fraudes.

Ainsi, on estime à 58 millions d'euros le montant des fraudes. Ce n'est certes que 0,1% des 66 milliards d'euros de prestations versées. Mais ce sont 58 millions d'euros de perdus et de gaspillés, 58 millions d'euros qui ne seront pas utilisés pour la solidarité nationale. Nous devons être absolument intraitables et traquer tous les fraudeurs qui font injure aux valeurs républicaines.

La lutte contre les fraudes sera ainsi renforcée à travers l'instauration du principe de fongibilité des indus entre fonds de la branche famille, c'est-à-dire la possibilité de compenser entre le fonds de prestations familiales et le fonds national des aides au logement, des prestations indument versées. Ainsi, pour prendre un exemple concret, quelqu'un qui percevra un trop perçu d'allocation logement pourra se voir retenir des allocations familiales. C'est là un procédé redoutablement efficace.

&&&

J'aimerais conclure en soulignant que nous savons tous que la branche famille devra faire face à de nombreux défis sur la période 2009-2012, avec notamment la mise en œuvre de dispositifs ambitieux pour le droit à la garde d'enfants et pour la mise en place du revenu de solidarité active (RSA).

Par conséquent, l'Etat devra savoir non seulement négocier avec la CNAF, mais aussi l'accompagner dans tous ces changements qui sont autant d'adaptations aux attentes et aux nouvelles contraintes de notre monde moderne. L'attachement fort de l'Etat à la

branche famille devra donc être réaffirmé pour que les réformes que nous portons soient mises en œuvre avec l'efficacité et détermination que nous souhaitons tous.

Je vous remercie.



Bercy,
le 29 septembre
2008

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

2009

2008-2009 : poursuite du redressement du régime général malgré la conjoncture économique

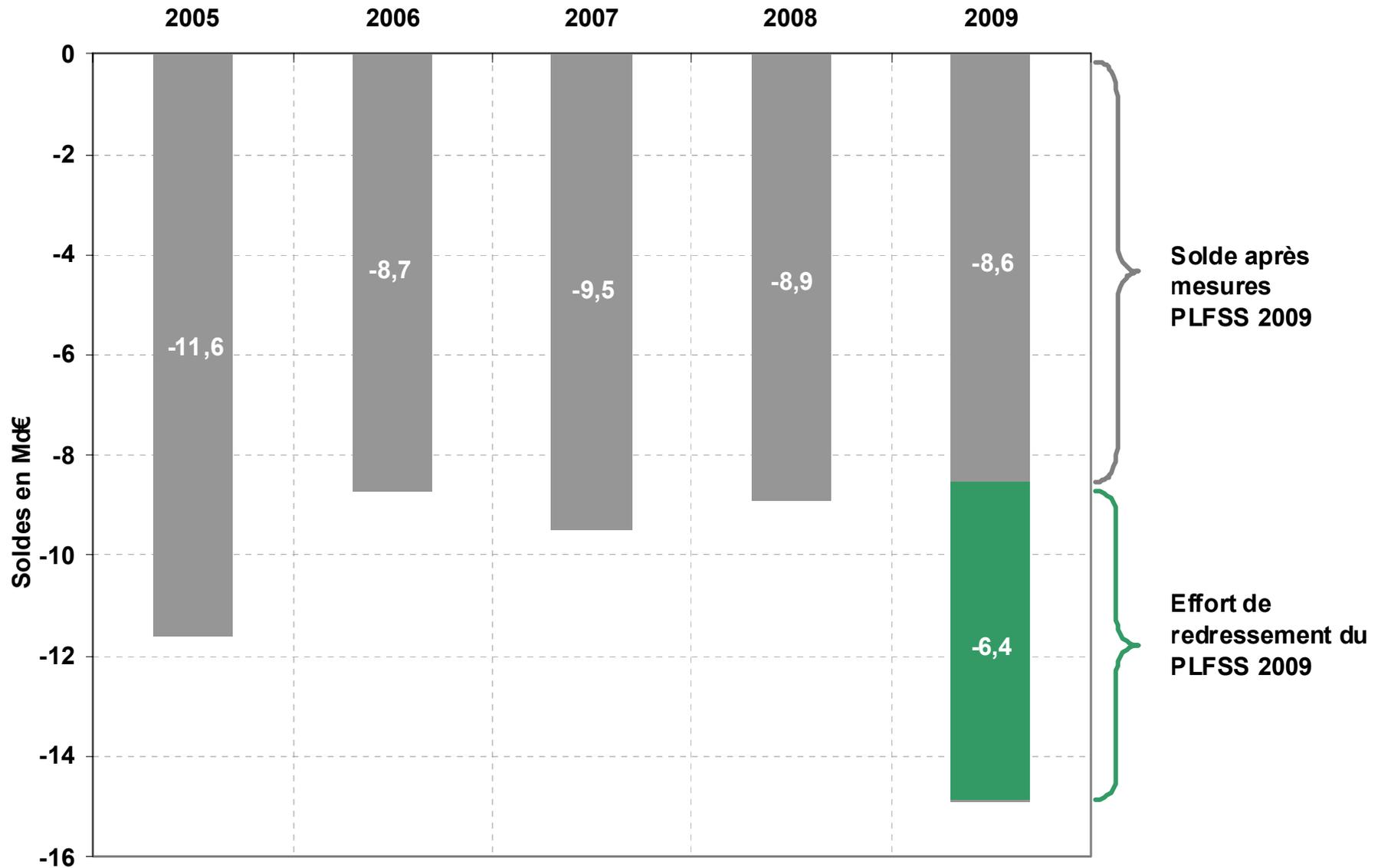
En milliards d'euros	2005	2006	2007	2008	2009 avant mesures	2009 après mesures
CNAM	-8,0	-5,9	-4,6	-4,0	-7,6	-3,4
CNAM AT-MP	-0,4	-0,1	-0,5	0,4	0,4	0,0
CNAF	-1,3	-0,9	0,2	0,4	0,3	-0,2
CNAV	-1,9	-1,9	-4,6	-5,7	-8,0	-5,0
Régime général	-11,6	-8,7	-9,5	-8,9	-15,0	-8,6

2008 : respect des objectifs financiers

2009 : une situation fortement pénalisée par la dégradation de la conjoncture économique

- 3,5% de masse salariale privée contre 4,5% en 2008 = 2 milliards de recettes en moins
- inflation 2008 à 2,9% au lieu de 1,6% en prévision = 1,4 milliard de dépenses de prestations vieillesse et famille en plus en 2009

PLFSS 2009 : un effort de redressement de 6Md€

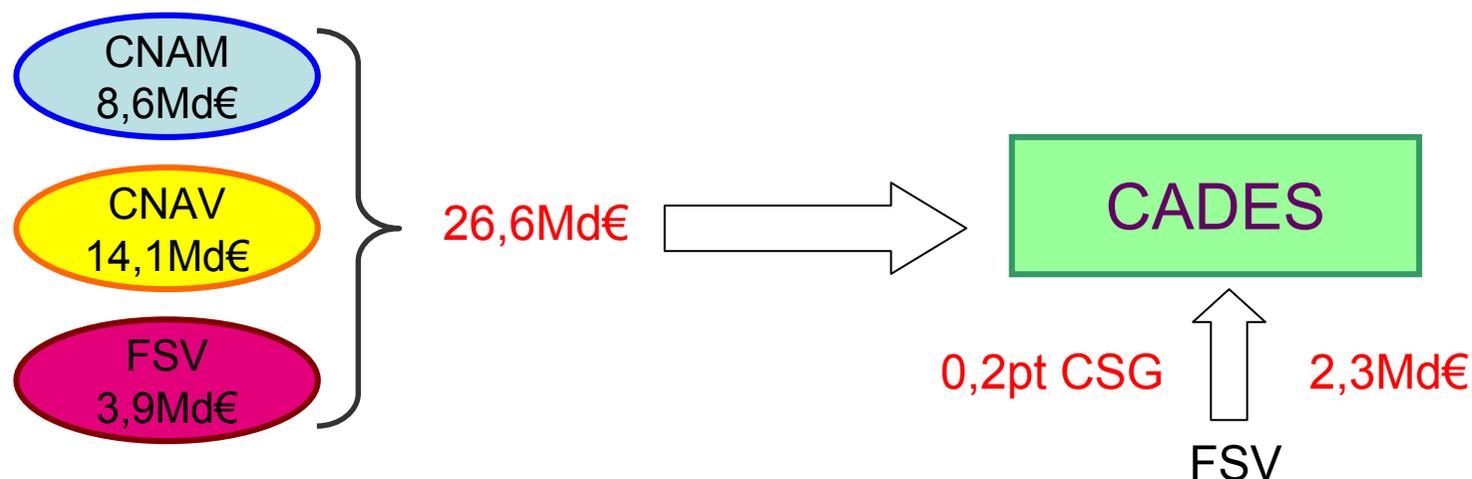


PLFSS 2009 : assumer ses responsabilités

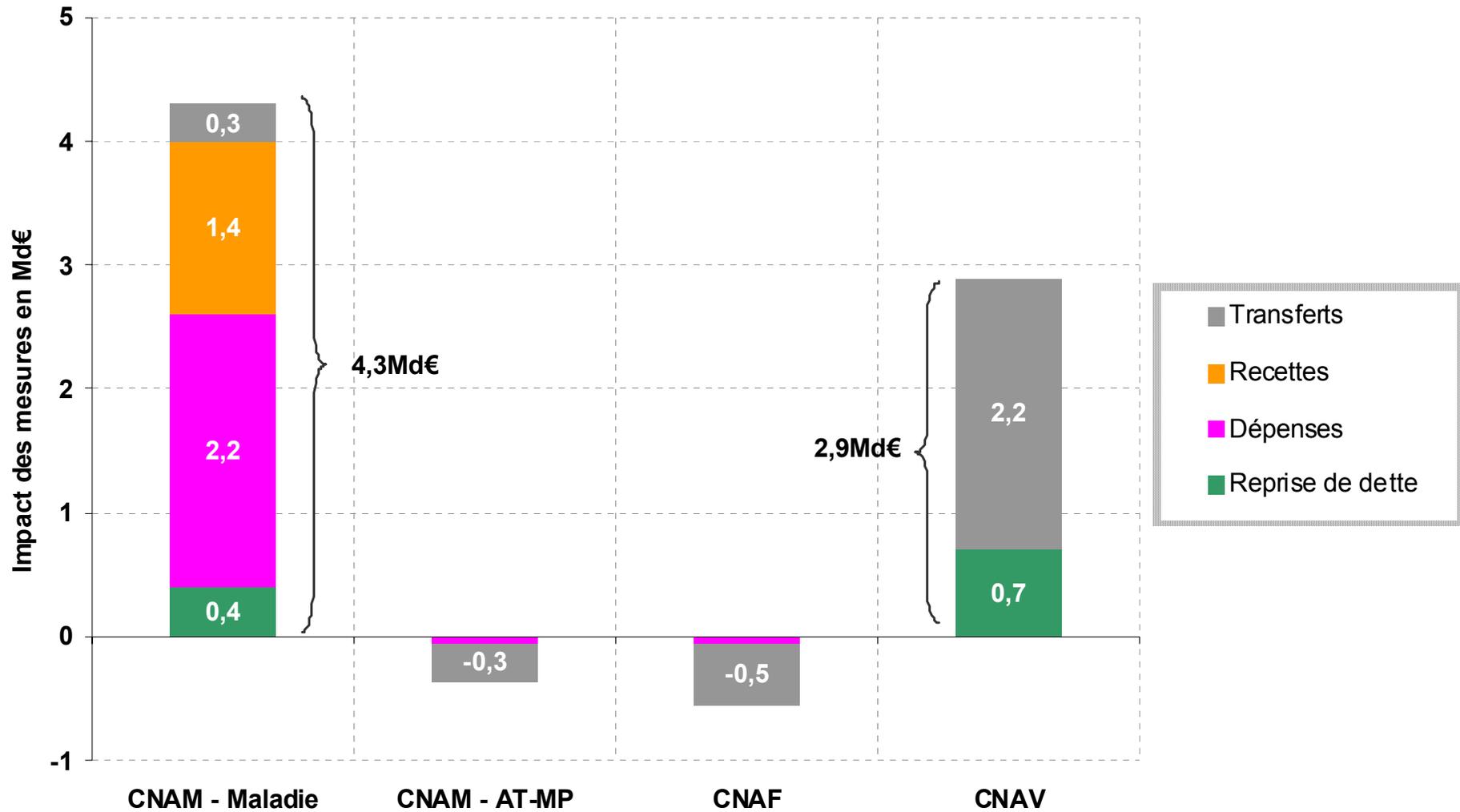
L'Etat traite la question du FFIPSA

- Reprise de la dette à fin 2008 par l'Etat = 7,5Md€
- Affectation de 1,2Md€ de recettes fiscales à la branche maladie
- Un équilibre pérenne de la branche maladie grâce à l'intégration financière à la CNAM

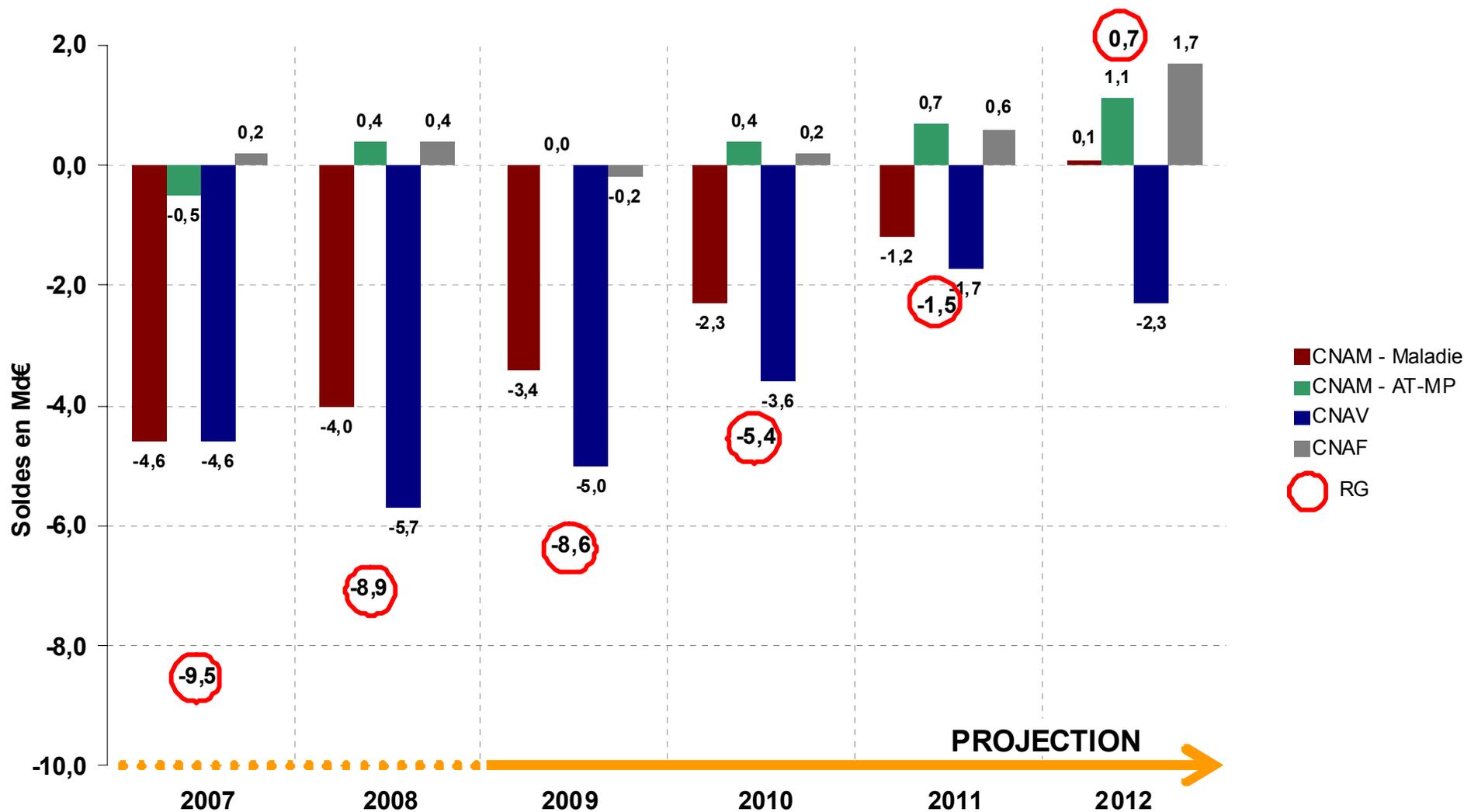
La CADES reprend l'intégralité de la dette sociale



Efforts de redressement par branche en 2009



Trajectoire du retour à l'équilibre du régime général à horizon 2012



Un ONDAM réaliste à 3,3%

Un taux d'ONDAM en progression par rapport à 2008

- ONDAM voté en 2008 à 2,8% / ONDAM proposé pour 2009 à 3,3%

Une progression équilibrée : 3,1% pour les soins de ville, 3,1% pour l'hôpital

Un effort d'ajustement de 4,2 Mds€ reposant à la fois sur des ressources nouvelles et des économies supplémentaires

- +1,7 Mds€ de ressources nouvelles sont prévues pour l'Assurance maladie en 2009
- Aucune participation supplémentaire pour les assurés respectant le parcours de soins coordonné

Renforcer l'efficacité du système de santé pour réguler les dépenses

Poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée

- le renforcement de la convergence des prescriptions vers les bonnes pratiques validées par la HAS (référentiels pour les actes en série, médicaments de la liste en sus à l'hôpital, logiciels d'aide à la prescription)
- l'utilisation des outils mis en œuvre en 2008 (extension de la mise sous accord préalable, recommandations médico économiques de la HAS, hausse du TM hors parcours de soins)

Profiter des gains de productivité dans les secteurs à haute valeur ajoutée

- gestion plus dynamique des tarifs des radiologues et des biologistes
- diminutions de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux
- baisse des marges de distribution des produits de santé

Rendre l'hôpital plus efficace

- Des critères d'efficacité pour Hôpital 2012
- Homogénéiser les profils d'activité pour réaliser des économies globales
- Création d'une agence nationale d'appui à la performance

Renforcer le partenariat entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires sont les premiers partenaires de l'Assurance maladie

- l'Assurance maladie maintient un niveau de prise en charge solidaire à 77% des dépenses de santé
- les organismes complémentaires sont les deuxièmes financeurs en prenant en charge 14% des dépenses de santé
- l'association des complémentaires aux négociations conventionnelles reste aujourd'hui limitée (avis consultatif de l'UNOCAM)

Permettre aux complémentaires d'améliorer la prise en charge de certaines dépenses de santé

- dans les secteurs où l'Assurance maladie n'a qu'une place marginale (optique et dentaire), la signature des complémentaires sera une condition de validité des mesures conventionnelles ;
- les diminutions de prix et une meilleure régulation des dépenses contribueront à maîtriser l'évolution des cotisations et à améliorer le niveau de prise en charge de ces dépenses

SOMMAIRE GÉNÉRAL

- *Les grandes lignes du projet de loi de financement pour 2009*
- *Les mesures relatives à l'assurance maladie*
- *Dépendance : les mesures en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées*
- *La branche accidents du travail et maladies professionnelles*
- *Le rendez-vous sur les retraites et l'emploi des seniors*
- *Les mesures relatives à la branche famille*
- *La lutte contre les abus et les fraudes*

LES GRANDES LIGNES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

- *Présentation générale*
- *Les comptes du régime général en 2008 et 2009*
- *Clarifier les comptes : reprise de dette et FFIPSA*
- *Évaluer et encadrer les niches sociales*
- *Des mesures pour renforcer la sécurité juridique des cotisants*
- *Des ressources nouvelles pour la sécurité sociale*
- *La prise en charge des frais de transport domicile- travail*
- *Les programmes de qualité et d'efficience*

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'inscrit dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques présentée au Conseil des ministres du 26 septembre 2008. Il consolide le redressement structurel des finances de la sécurité sociale dans un contexte économique pourtant particulièrement difficile, en s'appuyant prioritairement sur la maîtrise des dépenses. Il traduit les engagements pris dans le cadre du rendez-vous sur les retraites et prend des mesures fortes pour encourager l'emploi des seniors, clef du redressement des comptes de l'assurance vieillesse.

1. En dépit d'une dégradation de la conjoncture économique, des objectifs 2008 respectés et un redressement consolidé en 2009

À fin 2008, le déficit prévisionnel du régime général est de 8,9 milliards d'euros, ce qui est en phase avec le vote du Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (- 8,8 milliards d'euros), en dépit d'un ralentissement de la progression de la masse salariale (- 0,3 point). Le déficit de l'assurance maladie continue de baisser en 2008 pour s'établir à 4 milliards d'euros, ce qui serait le meilleur résultat depuis 2001. C'est le fruit du supplément de recettes acquis en 2007 mais également d'une meilleure maîtrise des dépenses puisque le dépassement de l'ONDAM devrait être contenu à 750 millions d'euros avec les mesures annoncées en juin dernier.

En 2009, la crise économique mondiale pèse fortement sur les recettes (la perte d'un point de progression de la masse salariale – à 3,5 % au lieu de 4,5 % - représente 2 milliards d'euros de recettes en moins pour le régime général) alors que la révision à la hausse de l'inflation en 2008 conduit à une augmentation importante des dépenses des prestations familiales et de retraites. Le déficit du régime général serait de près 15 milliards d'euros si le Gouvernement ne prenait pas de mesure. **L'objectif de ce projet de loi de financement est de revenir à un déficit inférieur à 9 milliards d'euros (- 8,6 milliards d'euros) et de consolider le retour à l'équilibre du régime général en 2012.**

Le Gouvernement engage dans ce projet de loi un effort de redressement de plus de 6 milliards d'euros en veillant à ce que les mesures ne pénalisent pas les ménages ni l'activité économique. Cet effort équilibré repose sur des économies de plus de 3 milliards d'euros, dont 1 milliard d'euros au titre des frais financiers, des transferts au sein de la protection sociale pour 1,7 milliard d'euros et des recettes nouvelles pour 1,4 milliard d'euros.

2. Le PLFSS 2009 assainit les comptes avec l'apurement des déficits cumulés et le règlement de la question du FFIPSA

Conformément aux annonces du Gouvernement de juin, le projet de loi prévoira un transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse, soit près de 27 milliards d'euros,

sans hausse de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et sans report sur les générations futures. La CADES bénéficiera d'une fraction de la CSG affectée aujourd'hui au FSV (0,2 point). Cette opération permettra au régime général d'économiser plus de 1 milliard d'euros de frais financiers en 2009.

Comme les ministres chargés du budget et de l'agriculture s'y étaient engagés l'automne dernier, la question de l'équilibre du Fonds de financement de la protection sociale des exploitants agricoles (**FFIPSA**) est traitée dans ce PLFSS et dans le PLF : l'intégralité de la dette de 7,5 milliards d'euros à fin 2008 sera reprise par l'État. En outre, l'État affectera au financement des prestations maladie du régime des non salariés agricoles la totalité de la taxe sur les véhicules de société (1,2 milliard d'euros), ce qui permet d'équilibrer cette branche en 2009 et de l'intégrer financièrement à la CNAMTS, comme c'est déjà le cas pour les salariés agricoles. Pour la branche vieillesse, la reprise de dette allège les charges de 200 millions d'euros, des recettes pourront être affectées avec l'indexation – pour le futur uniquement, sans rattrapage – des droits sur les alcools (15 millions d'euros en 2009). La situation des finances publiques ne permet pas de résoudre dès 2009 l'intégralité des difficultés de financement mais le Gouvernement s'engage à refaire le point en 2010 sur l'assurance vieillesse des exploitants agricoles comme sur l'ensemble des régimes de retraite. En termes de gouvernance, la tutelle de la CCMSA sera désormais exercée conjointement par les ministres chargés de l'Agriculture, du Budget et de la Santé. Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles sera supprimé au profit d'une gestion directe par la caisse centrale de la MSA. La gestion des régimes agricoles par le réseau des caisses locales de MSA reste bien entendue inchangée.

3. Maîtriser les dépenses et renforcer leur efficience

Une poursuite du redressement de l'assurance maladie avec un objectif réaliste de 3,3 %

L'ONDAM sera fixé à 3,3 %, soit un taux supérieur au taux voté pour 2008 (2,8 %) mais conforme au taux d'évolution qui sera finalement constaté en 2008 (3,3 %). C'est donc un taux réaliste qui permet de maintenir le périmètre de prise en charge de l'assurance maladie.

Il s'appuie sur un renforcement de la maîtrise médicalisée et des efforts d'efficience de l'hôpital pour limiter la progression des soins de ville et de l'hôpital à 3,1 %. Cet ONDAM permet de poursuivre l'effort en faveur des personnes âgées et handicapées avec un taux de 6,3 % pour les établissements médico-sociaux.

Le rendez-vous 2008 sur les retraites concrétise les engagements en faveur des retraités les plus modestes et amplifie les efforts pour l'emploi des seniors

Le rendez-vous 2008 a permis de poursuivre dans un souci d'équité l'harmonisation des règles entre les différents régimes. Le PLFSS concrétise les engagements pris en faveur des retraités les plus modestes : revalorisation du minimum vieillesse pour les personnes seules, des petites retraites agricoles, des pensions de reversion... Il amplifie les mesures en faveur de l'emploi des seniors, clef du redressement des régimes de retraite à moyen terme : libéralisation du cumul emploi retraite pour les assurés ayant une carrière complète, hausse de la surcote à 5 %, suppression des mises à la retraite

d'office dans le secteur privé et des limites d'âge avant 65 ans dans la fonction publique. Les partenaires sociaux seront incités à négocier sur l'emploi des seniors d'ici fin 2009 ; une pénalité de 1 % des rémunérations sera appliquée en 2010 aux entreprises qui ne se seront pas engagées dans cette voie.

Une adaptation des prestations au service des priorités ciblées et une lutte contre la fraude renforcée

Dans le champ famille, trois mesures visent à rendre possible dès 2009 une augmentation significative de l'offre de garde de la petite enfance, dans la lignée du rapport de Mme Tabarot remis en juillet dernier : l'aide à la garde d'enfant sera majorée de 10 % en cas d'horaires de travail atypiques des parents, les assistantes maternelles pourront garder jusqu'à 4 enfants au lieu de 3 et elles pourront se regrouper dans des locaux adaptés.

Dans le champ accidents du travail et maladies professionnelles, le PLFSS propose de transposer deux mesures de justice importantes issues de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 pour améliorer la prise en charge des dispositifs médicaux et veiller au maintien des revenus des victimes avant leur réinsertion professionnelle.

Afin de garantir aux Français que la solidarité va de pair avec un respect des règles par chacun, le projet de loi continue de renforcer les outils de lutte contre la fraude et les abus, dans le prolongement des dispositions prises fin 2007 et la mise en place d'une délégation de lutte contre la fraude en avril dernier (renforcement des sanctions avec des peines planchers en cas de fraude à l'assurance maladie, échanges de données au niveau européen, encadrement du recours aux attestations sur l'honneur).

4. Préserver les recettes et avoir enfin une vision globale des finances sociales, pour s'adapter aux évolutions structurelles des besoins sociaux

Une vision globale des finances sociales est nécessaire pour faire face au défi du vieillissement et redresser les comptes de l'assurance vieillesse. Cette orientation s'appliquera au sein du régime général dans ce projet de loi : la branche famille financera progressivement, d'ici 2011, l'intégralité des majorations de pensions pour enfant aujourd'hui partagées entre CNAF et FSV, ce qui représente 1,8 milliard d'euros. Dès 2009, la CNAF financera 70 % de ces majorations, ce qui permettra à la CNAV d'améliorer ses comptes de près de 500 millions d'euros en 2009. Ce principe s'appliquera aussi à la hausse des cotisations vieillesse qui sera de 0,3 point en 2009 et qui a vocation à être compensée par une baisse équivalente des cotisations d'assurance chômage grâce à l'amélioration de la situation financière de l'UNEDIC. Sur trois ans, de 2009 à 2011, la hausse d'un point de cotisation retraite compensée par la baisse des cotisations d'assurance chômage permettra d'améliorer les comptes de la CNAV de 6,5 milliards d'euros.

Le redressement des finances publiques implique aussi de mieux maîtriser les créations d'exonérations et de mieux en évaluer l'efficacité. La loi de programmation des finances publiques pour 2009-2012 prévoit trois règles : une évaluation systématique des dispositifs 3 ans après leur création, un objectif annuel de coût des exonérations, réductions ou abattement d'assiette et la mise en place d'une règle de gage. Dès ce PLFSS, le coût des exonérations mais aussi des abattements d'assiette est évalué : près

de 33 milliards d'euros d'exonérations en 2009 dont plus de 92 % sont compensés à la sécurité sociale et 9 milliards d'euros de pertes de recettes liées aux abattements d'assiette.

Le PLFSS propose de réduire cet impact en mettant en place un forfait social, une contribution d'un montant très faible – 2 % - sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire, ce qui permettra à ces dividendes du travail de se développer tout en contribuant au financement de la protection sociale.

Le PLFSS propose également des mesures de préservation des recettes et d'amélioration de la sécurité juridique des cotisants dans la lignée du rapport de M. Fouquet remis en juillet dernier (assujettissement aux prélèvements sociaux d'une partie des dividendes des gérants majoritaires, cotisation maladie maintenue pour les revenus à l'étranger).

La Sécurité sociale bénéficiera ainsi de 1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles :

- 1 milliard d'euros vient de la hausse de la taxe sur le chiffre d'affaire santé des organismes complémentaires ;
- 400 millions d'euros viennent du forfait social de 2 % sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire.

La poursuite des efforts de maîtrise des dépenses, la préservation des ressources de la sécurité sociale et la réallocation en fonction des besoins sociaux permettront au régime général de retrouver l'équilibre en 2012.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CNAM - Maladie	- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1
CNAM - AT-MP	- 0,5	0,4	0,0	0,4	0,7	1,1
CNAV	- 4,6	- 5,7	- 5,0	- 3,6	- 1,7	- 2,3
CNAF	0,2	0,4	- 0,2	0,2	0,6	1,7
RG	- 9,5	- 8,9	- 8,6	- 5,4	- 1,5	0,7
FSV	0,2	0,9	- 0,8	- 0,8	- 0,5	0,0

Les comptes du régime général en 2008 et 2009

1. Un déficit 2008 de 8,9 milliards d'euros, conforme aux prévisions de la précédente loi de financement de la sécurité sociale

Les comptes du régime général avant prise en compte du PLFSS

	2005	2006	2007	2008	2009 (Avant mesures)
Maladie	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,0	- 7,6
AT/MP	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,4	0,4
Famille	- 1,3	- 0,9	0,2	0,4	0,3
Vieillesse	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,7	- 8,0
Régime général	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 8,9	- 15,0

En 2008, le déficit du régime général devrait atteindre **8,9 milliards d'euros**, ce qui est conforme à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et à celle de la Commission des comptes de juin 2008. Malgré la dégradation de la conjoncture économique, qui pèse sur la **masse salariale (- 0,3 point)** et affecte les recettes à hauteur de 600 millions d'euros, d'autres phénomènes sont venus en amélioration du solde, notamment l'effet sur les encaissements de cotisations du passage à la mensualisation pour les travailleurs indépendants.

Pour la première fois, le déficit de la branche vieillesse sera supérieur à celui de l'assurance maladie. Le déficit de **l'assurance maladie** continue en effet de baisser en 2008 pour s'établir à **4 milliards d'euros**, ce qui serait le meilleur résultat depuis 2001. C'est le fruit du supplément de recettes acquis en 2007 mais également d'une meilleure maîtrise des dépenses avec les mesures prises au cours de l'été 2007 dans le cadre du plan d'alerte et dans la LFSS 2008. Contrairement à l'année dernière, l'évolution des dépenses d'assurance maladie, mieux maîtrisée, n'a pas conduit au déclenchement de la procédure d'alerte. Le dépassement de l'objectif serait contenu à 750 millions d'euros. Les mesures de renforcement de la maîtrise des dépenses annoncées à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2008 (maîtrise médicalisée, baisse de prix de médicaments, gel de fonds) concourent à ce résultat.

La **branche accidents du travail et maladie professionnelles** devrait connaître un excédent de **400 millions d'euros environ en 2008**, après une dégradation en 2007 liée à des opérations comptables demandées dans le cadre de la certification, notamment en intégrant le déficit du Fonds de cessation anticipée des travailleurs victimes de l'amiante (FCAATA).

La **branche famille** reste excédentaire. La fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant permet à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

de retrouver une situation d'excédent structurel avec des recettes sensiblement plus dynamiques que ses charges (+ **400 millions d'euros en 2008**).

Par rapport à la prévision de juin, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) s'alourdirait encore de 200 millions d'euros pour s'élever à **5,8 milliards d'euros**, le principal facteur étant la révision à la baisse de la masse salariale. Les comptes intègrent aussi la revalorisation des pensions au 1^{er} septembre de 0,8 point en plus de celle de 1,1 point au 1^{er} janvier 2008.

2. Les comptes prévisionnels du régime général en 2009 sont affectés par le ralentissement de l'activité économique

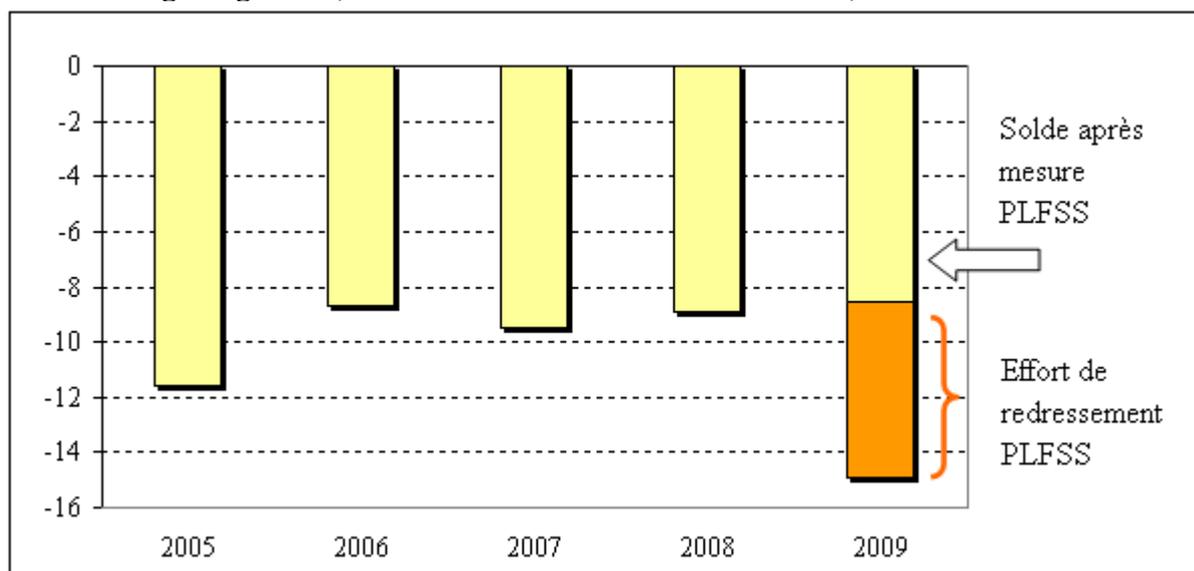
L'année 2009 subira pleinement le ralentissement de l'activité économique. La **masse salariale du secteur privé**, à l'origine des trois quarts des recettes du régime général, devrait croître de **3,5 % en 2009 contre 4,5 % en 2008**. Un point de masse salariale en moins représente 2 milliards d'euros de perte de recettes pour le régime général. La révision à la hausse de l'inflation en 2008 provoque par ailleurs une augmentation importante des dépenses des prestations familiales et de retraites.

Sans mesures nouvelles, le déficit du régime général aurait pu atteindre 15 milliards d'euros. Si les deux branches famille et accidents du travail sont susceptibles de stabiliser leur situation excédentaire, les branches maladie et vieillesse verraient leur situation financière tendancielle, avant mesure, se dégrader chacune de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros.

3. Le PLFSS 2009 : un effort de redressement de plus de 6 milliards d'euros

Les mesures prévues dans le PLFSS permettront de ramener le déficit du régime général en dessous de 9 milliards d'euros. Cet objectif est nécessaire pour ramener le régime général sur une trajectoire de retour à l'équilibre à l'horizon 2012 et indispensable pour pouvoir contenir le déficit des administrations publiques au niveau de 2,7 % du PIB.

Solde du régime général, effort de redressement dans le PLFSS, en milliards d'euros



Pour atteindre cet objectif ambitieux compte tenu du contexte conjoncturel, améliorer les comptes du régime général de près de 6 milliards d'euros, le PLFSS s'appuie tout d'abord sur une maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui évolueront en 2009 de 3,3 %. Le transfert de la dette sociale à la CADES permet d'alléger les charges financières du régime général de plus de 1 milliard d'euros. Des recettes nouvelles seront apportées à la CNAMTS à hauteur de 1,4 milliard d'euros. Enfin, ce PLFSS concrétise la volonté du Gouvernement de faire jouer la solidarité entre les différentes branches ou régimes de la protection sociale. Compte tenu des enjeux liés au vieillissement de la population, les branches déficitaires, et tout particulièrement la vieillesse, doivent pouvoir bénéficier de transferts financiers depuis les branches structurellement excédentaires (la branche famille et l'assurance chômage).

Cet effort partagé – 3,1 milliards d'économies en dépenses y compris les charges financières, 1,7 milliard de transferts au profit du régime général et 1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles – permet ainsi de ramener le solde du régime général à - 8,6 milliards d'euros.

**Le redressement du régime général :
impact des mesures nouvelles en recettes et dépenses sur le solde du régime général**

En milliards d'euros

	Solde tendanciel (présentation CCSS)	Allègements charges financières avec la reprise de dette	Mesures sur les dépenses (+ = <i>économies et -</i> <i>= dépenses</i>)	Mesures nouvelles recettes	Mesures de transferts	Solde après mesures
Maladie	- 7,6	0,4	2,2	1,4	0,3	- 3,4
AT/MP	0,4	0	- 0,1	0	- 0,3	0,0
Famille	0,3	0	-0,1	0	- 0,5	- 0,2
Vieillesse	- 8,0	0,7	0	0	2,2	- 5,0
Régime général	- 15	1,1	2,0	1,4	1,7	- 8,6

Une clarification des comptes de la sécurité sociale par l'apurement des déficits et le redressement financier du FFIPSA

1. L'intégralité des déficits cumulés du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale sans hausse de prélèvement obligatoire

Le Gouvernement s'était engagé à transférer cette dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans des conditions qui permettent d'éviter à la fois le report de la charge vers les générations futures et l'augmentation des prélèvements obligatoires. C'est ce qui sera fait dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Ces déficits cumulés se décomposent de la manière suivante :

- pour la **branche maladie**, les déficits antérieurs à 2006 ont été transférés à la CADES dans le cadre des reprises de 1996 et 1998 puis dans le cadre de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Restent donc à transférer à la CADES les déficits de 2007 et 2008, qui devraient atteindre **8,6 milliards d'euros** en cumulé ;
- pour la **branche vieillesse**, les déficits antérieurs à 1997 ont été apurés par les reprises de dettes effectuées en 1996 et 1998, les excédents constatés entre 1998 et 2004 ayant quant à eux été affectés au fonds de réserve des retraites. Pour les exercices 2005 à 2008, les déficits cumulés devraient s'élever à **14 milliards d'euros** ;
- le déficit cumulé du fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait également atteindre **3,9 milliards d'euros fin 2008** et pèse sur les charges financières de la CNAV ;
- les branches accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) et famille bénéficient de situations cumulées excédentaires.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc de transférer à la CADES **26,6 milliards de dettes**. Ce transfert permettra d'alléger les charges financières du régime général de plus de 1 milliard d'euros.

Afin de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale, qui est une exigence constitutionnelle, **la CADES sera affectataire d'une recette nouvelle : une fraction de 0,2 point de la contribution sociale généralisée** (environ 2,3 milliards d'euros) prise sur la part affectée aujourd'hui au FSV. Cette modalité de financement est possible grâce aux excédents structurels du FSV.

2. Un effort financier important de l'État pour régler la situation déficitaire du régime des exploitants agricoles

Cela fait très longtemps que l'équilibre du régime de protection sociale agricole n'est plus assuré. Le déséquilibre démographique entre les actifs et les retraités, l'insuffisance des recettes pour le financement des pensions comme pour celui de l'assurance maladie ont porté la dette du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) à un niveau très élevé. Le Gouvernement s'est engagé à rechercher

les moyens d'un retour à l'équilibre du régime agricole qui permette d'assurer sa pérennité financière. Conformément à cet engagement, plusieurs mesures sont proposées dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Le **premier objectif** est tout d'abord **d'assainir le passé et donc de traiter la question de la dette accumulée à fin 2008 qui devrait atteindre 7,5 milliards d'euros**. L'intégralité de cette dette, qu'il s'agisse de la section maladie ou de la section vieillesse, sera reprise par l'État. Cette opération, qui fait l'objet d'une disposition législative en PLF, permet d'alléger les charges financières du régime, à hauteur de 200 millions d'euros pour la maladie et 200 millions d'euros pour la vieillesse.

Deuxième objectif : régler de manière pérenne le déficit de la branche maladie. À cet effet, l'État affectera au financement des prestations maladie du régime des non-salariés agricoles la totalité de la **taxe sur les véhicules de société** (1,2 milliard d'euros), ce qui permet d'équilibrer cette branche en 2009. Cette affectation est également prévue en PLF.

Pour garantir durablement l'équilibre du régime d'assurance maladie des agriculteurs, celui-ci sera intégré financièrement à la CNAMTS, comme c'est déjà le cas pour les salariés agricoles. Cette intégration, prévue en PLFSS, est cohérente avec l'harmonisation des prestations versées et la gestion du risque commune au sein de l'UNCAM. Compte tenu de l'affectation de la taxe sur les véhicules des sociétés, l'opération sera neutre financièrement pour la CNAMTS.

Pour la branche vieillesse, la situation des finances publiques ne permet pas de résoudre dès 2009 l'intégralité des difficultés de financement. La reprise de la dette permet déjà d'alléger les charges de 200 millions d'euros. D'autres mesures ponctuelles de recettes nouvelles pourront être proposées et le Gouvernement, dans le cadre d'un point d'étape sur les retraites en 2010, étudiera la question du financement du régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles. À court terme, le versement des prestations sera garanti grâce à l'autorisation d'emprunt donnée à la CCMSA dans la limite d'un plafond fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

En termes de **gouvernance**, pour tirer les conséquences de l'intégration financière de la branche maladie et des conclusions du conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin dernier, la tutelle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) sera désormais exercée conjointement par les ministres chargés de l'Agriculture, du Budget et de la Santé. Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles sera supprimé au profit d'une gestion directe par la caisse centrale de la MSA.

La gestion des régimes agricoles par le réseau des caisses locales de MSA reste bien entendu inchangée.

Évaluer et encadrer les niches sociales

Les dispositifs d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette applicables aux contributions et cotisations sociales sont regroupés sous le vocable « niches sociales ». Dans le cadre du projet de loi de programmation des finances publiques et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, le Gouvernement poursuit un objectif d'évaluation et d'encadrement de ces dispositifs qui entraînent une perte de recettes pour la sécurité sociale.

1. L'encadrement des niches sociales par de nouvelles règles de gouvernance

Nombre de ces dispositifs établis au fil du temps à des fins d'incitation ou de redistribution ont connu une forte dynamique ces dernières années : le coût des mesures d'exonération, compensées ou non compensées par l'État, s'établit à plus de 33 milliards d'euros. Le montant de l'assiette non soumise aux cotisations ou contributions sociales de droit commun est estimé pour 2009 à 46 milliards d'euros.

À cette fin, l'annexe V du PLFSS, qui décrit l'ensemble des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations sociales sera enrichie en 2009 : elle comportera d'une part des informations sur les exemptions et abattements d'assiette ainsi que sur les pertes de recettes qui en résultent, d'autre part des prévisions pluriannuelles jusqu'en 2011.

L'information du Parlement sera donc accrue.

L'encadrement du coût des niches sociales passe par :

- la fixation d'un **objectif relatif aux exonérations, réductions ou abattements d'assiette s'appliquant aux cotisations et contributions sociales** ;

- la mise en place **d'une règle de gage** : tout euro de niche sociale supplémentaire résultant de la création ou de l'extension d'un dispositif devra être compensé par une réduction de dépenses à due concurrence portant sur un autre dispositif. Cette compensation s'apprécie au niveau de l'ensemble des niches sociales. Ainsi le Gouvernement s'engage-t-il à ne pas faire peser sur les finances publiques le coût de nouvelles niches sociales ;

- une **évaluation systématique**, à échéance de trois années après leur création, des nouveaux dispositifs d'atténuation de recettes sociales. Cette démarche, qui s'inscrit dans le prolongement de la révision générale des politiques publiques (RGPP), permettra d'éclairer le Gouvernement et le Parlement sur leur coût, leur efficacité et le cas échéant les réformes possibles, voire nécessaires ;

- la **limitation dans le temps** des niches sociales. Afin d'améliorer la gouvernance des dispositions financières en matière fiscale et sociale, le Conseil de la modernisation des politiques publiques a proposé le 12 décembre 2007 que toute création de dépenses fiscales nouvelles, ou d'exonérations sociales nouvelles soit limitée dans le temps et que leur renouvellement soit conditionné à la réalisation d'une évaluation préalable. Le Gouvernement réfléchit à la façon dont cette démarche pourrait être complétée de manière à fixer un terme à plusieurs niches sociales existantes qui présentent un caractère pérenne.

2. L'objectif d'exonérations et de niches sociales pour 2009

L'objectif concerne les mesures d'exonération, de réduction ou d'abattement de cotisations sociales telles qu'elles sont présentées dans l'annexe V du PLFSS.

En matière d'exonérations de cotisations sociales, le montant constaté a été de 28,9 milliards d'euros en 2007. Il est estimé à 33,3 milliards d'euros en 2008 et 32,6 milliards d'euros en 2009. Il devrait atteindre 33,2 milliards d'euros en 2010 et 33,8 milliards d'euros en 2011. 92 % de ces exonérations sont compensées à la Sécurité sociale, soit par dotations budgétaires de l'État, soit par des recettes fiscales affectées.

	En milliards d'euros		
	2007	2008	2009
Allègements généraux	21,4	22,8	23,4
Exonérations sur les heures supplémentaires	0,3	2,9	3,1
Exonérations ciblées	7,2	7,3	6,1
dont compensées	4,1	4,4	3,4
non compensées	3,1	2,9	2,7
Total exonérations	28,9	33,3	32,6

S'agissant des pertes d'assiette pour la sécurité sociale, leur évaluation est présentée pour la première fois cette année en annexe V. Elles sont évaluées à plus de 46 milliards d'euros pour 2009, ce qui correspond à une perte de recettes sociales estimée à environ 9 milliards d'euros. Cette évaluation du « coût » doit être interprétée avec prudence car il ne s'agit pas d'une perte nette pour la Sécurité sociale dans la mesure où, en l'absence d'allègement de la charge sociale, les employeurs auraient probablement versé à leurs salariés des sommes moins importantes de manière à ce que la charge salariale brute soit équivalente.

	Perte d'assiette en 2009	CSG/CRDS prévues pour 2009	Autres taxes y compris taxe sur les niches (2%)	Montant cotisation + CGS-CRDS si taux de cotis de droit commun au-dessus du plafond (22,93%)	Pertes de recettes potentielles
		(1)	(2)	(3)	(4)=(3)-(1)-(2)
I. Participation financière et actionnariat salarié : participation, intéressement...	20	1,6	0,6	6,1	4,0
II. Protection sociale complémentaire en entreprise : prévoyance, retraite supplémentaire, PERCO	17,1	1,3	0,8	5,2	3,1
III. Aides directes consenties aux salariés : titres restaurant, chèques vacances, avantages comités d'entreprise, CESU	5,4	0,0	0,0	1,7	1,7
IV. Indemnités de rupture	3,5	0,1	0,4	1,1	0,5
TOTAL	46,0	3,0	1,8	14,1	9,4

3. Une contribution minimale sur les niches sociales au nom de l'équité du prélèvement social : la création du forfait social

Faisant suite à divers rapports, notamment celui de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisation sociales, rédigé à l'initiative conjointe de la commission des finances et de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le PLFSS pour 2009 crée une nouvelle contribution, dite forfait social, à la charge des employeurs. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la mesure de la LFSS pour 2008 qui a assujéti les attributions de stocks options et d'actions gratuites à une contribution de 10 %.

D'un taux très modéré (2 %) au regard du taux de cotisations sociales de droit commun pour les revenus au-dessus du plafond de la sécurité sociale, cette contribution, forfait social, portant sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire sera affectée à la CNAMTS (cf. fiche *ressources*).

Des mesures pour renforcer la sécurité juridique des cotisants et limiter les comportements d'optimisation sociale

Olivier Fouquet, président de section au Conseil d'État, a remis un rapport le 22 juillet dernier sur la sécurité juridique en matière de cotisations et contributions sociales. À l'instar de la réflexion menée dans le champ fiscal (rapport remis le 23 juin), le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, avait demandé des propositions pour renforcer la sécurité juridique des entreprises et travailleurs indépendants dans leurs relations avec les organismes de recouvrement et mieux prévenir les abus, notamment en examinant les conditions de développement du rescrit fiscal et la mise en place d'une procédure d'abus de droit adaptée à la sphère sociale.

Plusieurs des propositions du rapport sont reprises dans le cadre du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. D'autres seront également mises en œuvre mais relèvent soit du pouvoir réglementaire soit de modification des règles de gouvernance au niveau du réseau de recouvrement.

1. Renforcer la sécurité juridique des cotisants en clarifiant notamment la procédure d'abus de droit

Les mesures de ce PLFSS s'inscrivent dans la lignée d'autres mesures intervenues récemment pour améliorer la sécurité juridique des cotisants dans leurs relations avec les URSSAF :

- les circulaires ministérielles ont été rendues opposables par l'ordonnance du 6 juin 2005 ;
- le rescrit social a été créé par la même ordonnance et permet à un cotisant de se prévaloir de la réponse d'une URSSAF sur une interprétation du droit. Le champ du rescrit social a d'ailleurs été élargi dans le cadre de la loi de modernisation de l'économie ;
- le décret relatif aux droits des cotisants du 11 avril 2007 a également apporté des améliorations quant à l'information des employeurs sur leurs droits et obligations en cas de contrôle et au renforcement de la procédure contradictoire.

Poursuivant cette préoccupation de mieux sécuriser l'environnement juridique des cotisants, les mesures prévues en PLFSS sont les suivantes :

- **l'extension de la procédure d'arbitrage de l'ACOSS** aux filiales et aux autres entreprises contrôlées d'un même groupe ;
- la **clarification du cadre juridique de l'abus de droit** instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : le PLFSS 2009 propose une nouvelle définition de l'abus de droit et définit un régime de sanction adapté ainsi que le recours à un comité d'abus de droit qui sera précisé en loi de finances rectificative ;
- **l'opposabilité des décisions d'une URSSAF à une autre URSSAF** lorsque l'entreprise change d'organisme de recouvrement.

2. Limiter les comportements d'optimisation sociale et garantir la viabilité des régimes de base des professionnels libéraux

Le rapport Fouquet recommande de clarifier les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des dividendes distribués aux gérants majoritaires notamment pour les sociétés d'exercice libéral. Cette recommandation résulte d'un constat selon lequel certains associés de sociétés relevant du régime fiscal de l'impôt sur les sociétés peuvent s'accorder une assez faible rémunération d'activité et des dividendes assez importants pour obtenir une forte minoration des prélèvements sociaux. Elle fait d'ailleurs suite à un conflit d'interprétation juridique entre la Cour de cassation (arrêt du 15 mai 2008) et le Conseil d'État (arrêt du 14 novembre 2007) sur la qualification de rémunération ou non des dividendes distribués des gérants majoritaires.

Suivant cette recommandation, le PLFSS pour 2009 prévoit, pour les sociétés de gérants majoritaires (travailleurs indépendants), de requalifier en revenu d'activité la fraction des dividendes distribués qui excède 10 % de la valeur de l'actif investi ou la valeur des actions et parts sociales détenues par le gérant majoritaire. Cette mesure d'équité, notamment entre les professionnels libéraux qui choisissent d'exercer sous forme de société d'exercice libéral ou ceux qui ne le font pas, permet d'éviter les comportements d'optimisation sociale et de rétablir une contributivité équitable des cotisants à leur régime de sécurité sociale.

Des ressources nouvelles pour la Sécurité sociale

1. La Sécurité sociale bénéficiera de 1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles

La maîtrise des dépenses est le levier prioritaire pour redresser les comptes de la Sécurité sociale. Mais, pour ramener la Sécurité sociale à l'équilibre d'ici à 2012, il est nécessaire de compléter l'effort d'économie par une augmentation des ressources. La Sécurité sociale bénéficiera ainsi de 1,4 milliard d'euros de recettes nouvelles. La quasi-totalité de ces recettes sera affectée à l'assurance maladie (cf. tableau ci-dessous).

Recettes nouvelles	Montant (en millions d'euros)	Affectation
Augmentation de la taxe sur les organismes complémentaires	1000	Fonds CMU
Forfait social	400	Assurance maladie
Indexation des droits sur les alcools sur l'inflation	15	Branche vieillesse du régime des exploitants agricoles
TOTAL	1415	

2. Des apports de ressources à prélèvements constants contribueront pour 2,2 milliards d'euros au redressement de la Sécurité sociale

En complément des nouvelles recettes instaurées par le PLFSS 2009, la Sécurité sociale bénéficiera d'une augmentation de ses ressources à prélèvements constants pour 2,2 milliards d'euros (cf. tableau ci-dessous).

Apport de ressources à prélèvements constants	Montant (en millions d'euros)	Affectation
Augmentation des cotisations retraites compensée par une baisse des cotisations chômage	1800	Branche vieillesse
Augmentation du transfert de la branche «AT/MP» vers la branche maladie au titre la sous-déclaration des AT	300	Branche maladie
Maintien à 1% de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques	100	Assurance maladie
TOTAL	2200	

3. Détail des principales mesures proposées

3.1 Les nouvelles recettes

Augmentation de la taxe sur les organismes complémentaires

Le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires, sera augmenté de 2,5 % à 5,9 % en 2009, pour un rendement d'environ 1 milliard d'euros.

Cette mesure a été annoncée par la ministre de la Santé, des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative et par le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique lors de la présentation de mesures de redressement de l'assurance maladie le 29 juillet 2008, à l'issue d'une phase de concertation avec les partenaires sociaux et les représentants des organismes complémentaires. Elle a pour objet de compenser le transfert de charges qui se produit régulièrement des organismes complémentaires vers la Sécurité sociale, sous l'effet de l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport 2008, estimait cette dérive à environ 600 millions d'euros par an.

Le produit de l'augmentation de la taxe est intégralement affecté au Fonds CMU, qui est l'affectataire de la taxe existante. Ceci permettra de clarifier le financement de la protection complémentaire à destination des plus démunis. À partir de 2009, la prise en charge de la CMUC et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), aujourd'hui financée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, sera ainsi assurée par le seul Fonds CMU. Le Fonds CMU sera intégralement financé par les organismes complémentaires maladie grâce à la taxe sur leur chiffre d'affaires « santé ». La CNAMTS, de son côté, verra son action recentrée sur son rôle de financeur de la protection maladie de base.

L'affectation de l'intégralité de la taxe sur les organismes complémentaires au Fonds CMU permettra d'affecter les autres recettes actuelles du Fonds à l'assurance maladie : il s'agit de la contribution sur les alcools de plus de 25° (420 millions d'euros de rendement en 2009) et de la fraction de 4,34 % des droits de consommation sur les tabacs (415 millions d'euros), dont le transfert figure en projet de loi de finances initiale pour 2009. Il est enfin prévu que les excédents du Fonds CMU soient chaque année affectés à la CNAMTS (138 millions d'euros de ressources supplémentaires en 2009).

Enfin, le forfait sur la base duquel les dépenses de CMUC sont compensées par le Fonds CMU aux gestionnaires de la prestation sera revalorisé : cette augmentation de 7,5 euros par bénéficiaire et par trimestre, soit 30 euros par an, permettra de mieux prendre en compte la dépense effective supportée par les gestionnaires, et notamment par la CNAMTS. Pour la CNAMTS, cette mesure se traduira par un gain de 100 millions d'euros en 2009.

Au total, l'augmentation de la taxe sur les organismes complémentaires et les mesures d'accompagnement décrites se traduiront par une augmentation des ressources de l'assurance maladie d'environ 1,2 milliard d'euros en 2009.

Le forfait social (voir la fiche sur les « niches sociales » pour plus de précisions)

Il s'agit d'une nouvelle contribution à la charge des employeurs. Elle s'inscrit dans la continuité de la mesure de la LFSS pour 2008 qui a créé une contribution de 10 % sur les attributions de stocks options et d'actions gratuites. Elle permet de faire contribuer à un taux réduit par rapport au taux de droit commun (2 %) des éléments de rémunération qui sont exclus de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale :

- sommes versées au titre de l'intéressement, du supplément d'intéressement et de l'intéressement de projet ;
- sommes versées au titre de la participation et du supplément de réserve spéciale de participation ;
- abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE et PERCO) ;
- contributions des employeurs au financement des régimes de retraite supplémentaire.

Elle sera affectée à la CNAMTS et contribuera, à hauteur de 400 millions d'euros, au redressement de l'assurance maladie.

Indexation des droits sur les alcools sur l'inflation

Les tarifs des droits sur les alcools n'ont pas subi de variation depuis 1996, année où ont été augmentés les seuls tarifs des droits sur les alcools forts et les bières. La dernière augmentation des taxes sur les produits intermédiaires (vins doux, apéritifs à base de vin...) date de 1993 alors que celles applicables aux vins n'ont pas bougé depuis 1983. Comme la fiscalité sur les alcools est assise sur les quantités, l'inflation a eu pour effet de diminuer la charge fiscale pesant sur ces produits.

Pour éviter que le poids réel des droits sur les alcools ne baisse chaque année sous l'effet de la hausse des prix, il est prévu de relever chaque année, à partir de 2009, les tarifs des droits sur les alcools, comme l'inflation constatée deux années auparavant. Concrètement, au 1^{er} janvier 2009, les droits sur les alcools augmenteront de 1,5 %, soit l'inflation constatée en 2007. L'impact de cette hausse sur la charge fiscale des différents produits concernés sera extrêmement faible : 0,05 centime d'euro pour une bouteille de vin, 0,09 centime d'euro pour un « pack » de bière de 6x33 cl, 2,9 centimes d'euros pour une bouteille de « Porto » de 75cl et 9,1 centimes d'euros pour une bouteille d'alcool fort de 75cl.

Le rendement de cette mesure sera d'environ 15 millions d'euros en 2009. Il sera affecté à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin de contribuer à son rééquilibrage financier.

3.2 Les apports de ressources à prélèvements constants

Augmentation des cotisations retraites compensée par une baisse des cotisations chômage

Comme l'a annoncé le Premier ministre en juillet dernier, les cotisations vieillesse vont être progressivement relevées en trois phases : 0,3 % en 2009, 0,4 % en 2010 et 0,3 % en 2011. Cette hausse doit intervenir à prélèvements constants, grâce à la diminution parallèle des cotisations d'assurance chômage permise par la situation financière de l'UNEDIC. La hausse de 0,3 % en 2009 permettra d'augmenter les ressources de la branche vieillesse d'1,8 milliard d'euros.

Augmentation du transfert de la branche «accidents du travail/maladies professionnelles» vers la branche maladie au titre la sous-déclaration des accidents du travail

Tous les trois ans, depuis 1997, une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, Noël Diricq, remet au Parlement et au Gouvernement un rapport évaluant le coût pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Son dernier rapport, terminé en juillet 2008, évalue la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 565 millions d'euros et 1 015 millions d'euros, soit une hausse significative par rapport à la précédente estimation qui datait de 2005 et pour laquelle la fourchette était de 355 à 750 millions d'euros.

Le Gouvernement a donc décidé d'augmenter le transfert de la branche accidents du travail de la Sécurité sociale vers la branche maladie de 300 millions d'euros en le portant de 410 millions d'euros en 2008 à 710 millions d'euros en 2009. Cette opération augmente les ressources de l'assurance maladie et diminue d'autant celles de la branche accidents du travail. Elle avait déjà été annoncée par la ministre de la Santé, des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative et par le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique lors de la présentation de mesures de redressement de l'assurance maladie le 29 juillet 2008.

Maintien à 1 % de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques

Après un fort ralentissement en 2006 où elles avaient augmenté de 1,8 %, les dépenses de médicament sont reparties assez fortement à la hausse en 2007 et 2008. Elles ont augmenté de 4,6 % en 2007 et devraient croître d'environ 3,8 % en 2008 hors « effet franchise ». Cette évolution justifie une prolongation de la responsabilisation de l'industrie des produits de santé. Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques sera donc pérennisé à 1 % à partir de 2009. Créée en 2004, cette taxe est collectée au profit de l'assurance maladie. Son taux avait été fixé initialement à 0,6 %, avant d'être augmenté de manière exceptionnelle à 1 % en 2007 et 2008. Avec un taux à 1 %, le rendement de la contribution est d'environ 235 millions d'euros, soit 100 millions d'euros de plus qu'avec un taux de 0,6 %.

La prise en charge des frais de transport domicile-travail

Afin de compenser l'augmentation du coût du déplacement domicile-travail des salariés, mais aussi de garantir une plus grande équité entre entreprises et salariés sur le territoire, le Premier ministre a annoncé, en juin dernier, la mise en place d'une aide directe inscrite sur la feuille de paie du salarié et financée par l'employeur avec l'aide de l'État. Cette prime versée au titre de la prise en charge des frais de transports domicile-travail se substituera au dispositif du chèque-transport, créé par la loi du 30 décembre 2006.

La mesure prévue en PLFSS comporte deux volets : la prise en charge par l'employeur du titre de transport collectif d'une part, des frais liés à l'usage d'un véhicule personnel pour les trajets domicile-travail d'autre part. Cette prime devra désormais faire l'objet d'un examen par les partenaires sociaux dans le cadre des négociations obligatoires sur les salaires dans les entreprises et dans les branches.

1. Extension de la prise en charge obligatoire de 50 % des titres de transports collectifs

Le premier volet concerne l'**usage des transports collectifs** : le mécanisme de prise en charge obligatoire de la moitié du coût de l'abonnement des salariés, actuellement applicable en Ile-de-France, sera étendu à toute la France. Cette participation de l'employeur, y compris sur la part facultative au-delà de 50 %, sera exonérée de charges fiscales et sociales dans la limite des frais réellement engagés. Cette mesure devrait toucher **1,5 million de salariés du secteur privé et près de 200 000 agents des fonctions publiques hospitalière et territoriale**. Les agents de la fonction publique de l'État affectés hors Ile-de-France bénéficient déjà, depuis 2007, de ce dispositif.

Le coût pour les finances publiques devrait s'élever à près de 100 millions d'euros en l'absence de substitution aux salaires : 40 millions d'euros pour l'État employeur et environ 60 millions d'euros en perte de recettes d'impôt sur les sociétés.

2. Prise en charge facultative des frais d'utilisation d'un véhicule personne

Le second volet s'adresse aux salariés qui utilisent leur **véhicule personnel**, soit parce que leur résidence ou leur lieu de travail sont dans une zone non couverte par les transports collectifs soit parce que leurs horaires de travail ne leur permettent pas de les utiliser. De manière facultative, et compte tenu des négociations salariales intervenues au niveau de la branche ou de l'entreprise, les employeurs auront la possibilité de verser une prime à leurs salariés au titre de la prise en charge des frais domicile-travail. **Cette prime sera exonérée de charges sociales et fiscales dans la limite de 200 euros par an**, ce qui correspond à la moitié de la dépense médiane estimée pour les trajets domicile-travail avec un véhicule essence (396 euros pour l'essence, 287 euros pour le diesel). Le Gouvernement estime que cette mesure facultative pourrait concerner quelque 800 000 salariés du secteur privé en 2009. Cette mesure pourrait ainsi représenter **40 millions d'euros de pertes de recettes d'impôt sur les sociétés en l'absence de substitution aux salaires**.

Les programmes de qualité et d'efficience

Les programmes de qualité et d'efficience ont l'ambition d'appréhender de façon globale l'impact final des politiques de sécurité sociale sur les conditions de vie des Français, selon une démarche analogue à celle des programmes annuels de performance pour l'État. Les premiers résultats sont présentés ici.

1. Un outil structurant pour déterminer les objectifs et analyser les performances des politiques de sécurité sociale

Les programmes de qualité et d'efficience comportent une présentation stratégique dans six domaines : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraites, famille, financement et dépendance.

Les objectifs suivis par les programmes de qualité et d'efficience du PLFSS 2009

Programme maladie	Programme ATMP	Programme retraites	Programme famille	Programme financement	Programme invalidité et dispositifs gérés par la CNSA
1 - Assurer un égal accès aux soins 2 - Développer la prévention 3 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins 4 - Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses 5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie	1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention 2 - Améliorer la reconnaissance des ATMP et l'équité de la réparation 3 - Garantir la viabilité financière de la branche ATMP	1 - Assurer un niveau de vie adapté aux retraités 2 - Offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite 3 - Garantir la solidarité entre retraités 4 - Accroître l'emploi des salariés âgés 5 - Garantir la viabilité financière des régimes de retraite	1 - Contribuer à la compensation financière des charges de famille 2 - Aider les familles vulnérables 3 - Concilier vie familiale et vie professionnelle 4 - Garantir la viabilité financière de la branche famille	1 - Garantir la viabilité financière des régimes de base 2 - Veiller à l'équité du prélèvement social 3 - Concilier le financement de la Sécurité sociale et la politique de l'emploi 4 - Simplifier les procédures de financement 5 - Améliorer l'efficience de la gestion financière et du recouvrement	1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides 2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées 3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées 4 - Garantir la viabilité financière de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA

Les objectifs retenus s'efforcent de réaliser un équilibre entre des considérations d'accessibilité des Français aux divers dispositifs de sécurité sociale, d'adéquation de la couverture aux besoins de protection sociale, d'efficience de la fourniture de prestations, et de viabilité du financement.

Grâce à la qualité des informations qu'ils contiennent, les programmes de qualité et d'efficacité permettent d'enrichir les échanges entre les différents acteurs qui contribuent à la définition et à la mise en œuvre des politiques de protection sociale. Le Gouvernement, le Parlement et les partenaires sociaux pourront s'appuyer sur les programmes pour identifier les axes de progrès de notre système de sécurité sociale et les leviers d'action susceptibles de réaliser ces progrès. Les responsables administratifs, qu'il s'agisse des administrations de l'État ou des organismes nationaux de sécurité sociale, y trouveront une aide pour améliorer l'efficacité de leurs interventions.

Les programmes de qualité et d'efficacité sont en outre accessibles au public le plus large, sur le site www.securite-sociale.fr (page Web : <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/lfss2009.htm>.)

2. De premiers résultats

Les réussites les plus notables décrites par les indicateurs des programmes de qualité et d'efficacité annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 concernent :

- en matière d'assurance maladie, la stabilisation de la part des dépenses de santé prise en charge par l'État et la sécurité sociale, une réduction du déficit des comptes de la branche maladie qui contribue au redressement progressif de la situation financière de la sécurité sociale dans son ensemble, l'augmentation des économies réalisées dans le cadre de la lutte contre les fraudes ;
- en matière de retraites, le maintien à un bas niveau du risque de pauvreté des personnes âgées, et une amorce de relèvement du taux d'emploi des travailleurs âgés de 55 à 64 ans ;
- en matière de politique familiale, une diminution du nombre d'enfants pauvres, et une proportion d'enfants âgés de moins de trois ans accueillis au sein d'une structure formelle de garde parmi les plus élevées d'Europe ;
- en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées, une augmentation des services dans l'offre de structures en faveur des personnes âgées, qui est de nature à favoriser leur maintien à domicile.

Cependant, les progrès restent à confirmer dans d'autres domaines, tels que :

- l'évolution du montant moyen des dépassements des tarifs des soins ambulatoires ;
- le respect des objectifs conventionnels de maîtrise médicalisée des soins ambulatoires ;
- la fréquence et la gravité des accidents du travail qui, bien qu'en baisse depuis une dizaine d'années, ont connu une légère hausse en 2006 et 2007 ;
- l'âge moyen à la liquidation de la retraite dans le régime général, qui a légèrement diminué depuis 2005 ;
- le financement de la prestation du handicap, qui est encore déséquilibré en défaveur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

LES MESURES RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

- *Un ONDAM permettant d'assurer l'effort de redressement sans participation supplémentaire des assurés*
- *Une gouvernance renouvelée avec une meilleure association des organismes complémentaires*
- *Poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée*
- *Accompagner les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation*

Un ONDAM permettant d'assurer l'effort de redressement sans participation supplémentaire des assurés

À la suite des concertations de juillet avec les partenaires sociaux et les fédérations d'organismes complémentaires, le Gouvernement a estimé souhaitable d'écarter une participation financière supplémentaire des assurés, comme par exemple la hausse du ticket modérateur. L'apport de nouvelles ressources permet de fixer les objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2009 à un niveau supérieur au taux de croissance du PIB et d'assurer l'effort de redressement des comptes de l'assurance maladie.

1. Un ONDAM réaliste de 3,3 % permettant de maintenir le périmètre de prise en charge de l'assurance maladie.

Il est proposé de fixer l'objectif de progression des dépenses d'assurance maladie à 3,3 %, dont 3,1 % pour la ville, 3,1 % pour l'hôpital, et 6,3 % pour les établissements médico-sociaux.

Ce taux global de 3,3 % est supérieur au taux voté pour 2008 (2,8 %) et égal à celui qui sera finalement constaté en 2008 (3,3 %). C'est donc un taux **réaliste**.

Dans un contexte économique difficile, le Gouvernement souhaite en effet poursuivre son soutien aux projets d'investissements pour moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Il assure également le financement des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer et le plan de développement des soins palliatifs ou encore le plan Alzheimer.

Le taux proposé est aussi **équilibré** entre le secteur des établissements de santé et celui des soins de ville.

C'est enfin un taux qui n'induit **pas de participation financière supplémentaire des assurés**. En effet, dans le contexte de tensions sur le pouvoir d'achat, il apparaît difficile d'accroître le ticket modérateur. Seuls les assurés ne respectant pas le parcours de soins verront leur ticket modérateur augmenter, de 20 points. L'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles devrait en outre permettre une modération des prix dans les secteurs de l'optique et du dentaire.

2. Cette progression de 3,3 % suppose des économies de 2,2 milliards d'euros

Ces économies résulteront d'abord de la **mise en œuvre des nouveaux instruments créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** : délai de six mois entre un accord de revalorisation et sa mise en œuvre, extension des cas de mise sous accord préalable, délivrance de grands conditionnements pour les traitements longs, dossier pharmaceutique, restructuration du réseau officinal, prise en charge des frais de transport et de taxi, vaccination contre la grippe par les infirmières, nouveaux modes de rémunération, réforme de la permanence des soins, régulation démographique des

professionnels de santé, contrats individuels, référentiels médico-économiques de la Haute autorité de santé...

Elles résulteront ensuite, ainsi que l'a proposé l'UNCAM dans ses propositions de juillet, de la **poursuite des efforts de maîtrise médicalisée**, du **renforcement de l'efficacité** du système de santé, notamment à l'hôpital, et de stratégies de **modération des volumes, et de diminution des tarifs et des coûts**, notamment des médicaments.

3. Des ressources nouvelles sont affectées à l'assurance maladie

A la suite des concertations avec les partenaires sociaux et les fédérations représentatives des organismes complémentaires, il a été décidé, en juillet, de proposer 1,7 milliard d'euros d'apports supplémentaires pour l'assurance maladie.

Les organismes complémentaires seront sollicités à hauteur de 1 milliard d'euros pour alimenter le fonds de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ce choix s'explique par le constat d'un déport mécanique, chaque année, à législation constante, de l'ordre de 600 millions d'euros, des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires vers l'assurance maladie, sous l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime de prise en charge intégrale des dépenses des patients en affection de longue durée. Ainsi que l'explique le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son dernier rapport, « sur un marché concurrentiel, la bonne santé financière des organismes complémentaires, une politique plus volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité devraient permettre que, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation des charges ne soit répercutée sur les cotisations ni de façon immédiate ni pour sa totalité ».

De façon à **mieux prendre en compte la charge induite que supporte l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles** et, dans le prolongement du rapport de la commission présidée par Noël Diricq, il est prévu d'augmenter de 300 millions d'euros le montant de la compensation de la branche « accidents du travail et des maladies professionnelles » à la branche maladie.

Afin que la contribution des employeurs à l'assurance maladie prenne en compte l'ensemble des éléments de rémunération, il est également proposé de créer, pour un rendement de 400 millions d'euros, un « **forfait social** », c'est-à-dire une contribution due par les employeurs sur les « niches sociales » telles que l'intéressement, la participation ou l'épargne salariale.

Au total, en prenant en compte l'économie de frais financiers de 400 millions d'euros liée à la reprise de la dette, l'effort de redressement s'élèvera à 4,2 milliards d'euros tous régimes et permettra de ramener le déficit de la CNAMTS de 4 milliards d'euros en 2008 à 3,4 milliards d'euros en 2009. Il s'inscrit dans l'objectif de retour progressif des comptes à l'équilibre d'ici la fin du quinquennat, indispensable pour préserver notre système solidaire de santé et de sécurité sociale.

Une gouvernance renouvelée avec une meilleure association des organismes complémentaires

1. Pour assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé, les organismes complémentaires doivent désormais être mieux associés à la vie conventionnelle

L'assurance maladie obligatoire prend en charge 77 % des dépenses de santé. Pour assurer la régulation de l'ensemble des dépenses de santé, il apparaît donc nécessaire de mieux associer les organismes complémentaires à la vie conventionnelle, particulièrement dans les secteurs, tels que l'optique et le dentaire, où leur financement est majoritaire, voire essentiel. L'assurance maladie prend ainsi en charge 5 % du total des coûts des dépenses d'optique pour les plus de dix-huit ans et 18 % du coût total des prothèses dentaires.

Une première étape a été franchie avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : en vertu de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) soumet pour avis à l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire.

Toutefois, cette avancée reste limitée puisque le rôle de l'UNOCAM, qui ne participe donc pas aux délibérations, n'est que consultatif.

Le PLFSS pour 2009 franchit ainsi une nouvelle étape.

2. À cette fin, il est proposé de rendre obligatoire la signature de l'UNOCAM dans les secteurs où le financement des organismes complémentaires est important

Le PLFSS pour 2009 propose d'associer systématiquement l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé, et de supprimer, dans ce cas, le droit d'opposition majoritaire.

Dans les secteurs où l'assurance maladie est minoritaire, le projet de loi prévoit, en outre, de conditionner la validité d'un accord à la signature de l'UNOCAM.

Le Gouvernement attend de l'UNOCAM la définition de positions communes dans le jeu de la négociation, en vue de mettre en place une véritable gestion du risque dans ces secteurs. Afin d'éviter un éventuel blocage, la signature de l'UNOCAM pourra être obtenue, dans ces secteurs, par un vote à la majorité qualifiée du conseil de l'UNOCAM.

En outre, pour donner toutes ses chances à la vie conventionnelle, la convention qui fera l'objet d'un refus de signature de l'UNOCAM sera transmise au ministre avec un délai de mise en œuvre supplémentaire.

Poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée

Dans le prolongement du rapport du conseil de l'Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie (UNCAM) de juillet dernier, le Gouvernement entend poursuivre la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Cette politique permet en effet de réaliser les gains d'efficacité qui assureront la soutenabilité du système à long terme en soignant mieux à moindre coût. Au-delà des nombreux outils créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le Gouvernement propose des mesures complémentaires visant à infléchir la consommation de soins dont la justification médicale est discutable et à diminuer les tarifs pouvant être jugés trop élevés au regard des coûts de production.

1. Inciter les professionnels et les assurés à infléchir le volume des soins dont la justification médicale est discutable

On constate des écarts parfois très importants dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable. Ces écarts sont également significatifs pour des prescriptions en très forte croissance comme les actes paramédicaux et les médicaments inscrits sur la liste dite « en sus » à l'hôpital. Le système de soins présente ainsi d'un potentiel d'efficacité sans doute non négligeable.

Le PLFSS pour 2009 propose en conséquence deux mesures permettant d'homogénéiser certaines prescriptions, l'une concernant les actes paramédicaux, l'autre les médicaments de la « liste en sus » à l'hôpital.

S'agissant des actes paramédicaux, il est proposé, pour les actes en série tels que les séances de masso-kinésithérapie, de soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de **référentiels** validés par la Haute autorité de santé (HAS) et donnant des repères précis (nombre d'actes ou de séances nécessaires pour des traitements donnés). La situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, sous le contrôle du service médical de l'assurance maladie. L'état de santé des patients pourra bien évidemment justifier que le professionnel de santé aille au-delà du nombre de séances prévu par le référentiel et adapte au cas par cas l'application des référentiels. Cette mesure permettra de rendre progressivement les prescriptions plus homogènes pour un même état de santé.

En ce qui concerne **l'hôpital**, l'objectif est d'homogénéiser les prescriptions de médicaments inscrits sur la « liste en sus » (c'est-à-dire ne pouvant, compte tenu de leurs caractéristiques, être intégrés dans les tarifs de droit commun des prestations d'hospitalisation). Ces médicaments souvent très innovants et très coûteux enregistrent une croissance annuelle très forte, largement supérieure à 15 %. Il est proposé de mener une analyse nationale permettant de réaliser des comparaisons entre régions et établissements sur l'évolution de ces dépenses. À partir de cette analyse, ainsi que des recommandations émises par la HAS, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut national du cancer, les agences régionales de l'hospitalisation devront conclure avec les établissements présentant un taux d'évolution anormalement élevé sans justification valable et un écart significatif par rapport aux

profils de prescription, un plan d'action d'une durée d'un an visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières. En cas de non-respect de ce plan, le remboursement de l'assurance maladie à l'établissement sera légèrement réduit.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre le dispositif de **mise sous entente préalable**, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour la chirurgie ambulatoire, aux autres activités hospitalières, afin d'inciter les établissements ayant une facturation atypique à des prises en charge plus adaptées.

De manière plus générale, le Gouvernement souhaite que les efforts se poursuivent en matière de **prescription médicamenteuse**, la France présentant des niveaux de prescription très supérieurs aux autres pays de l'OCDE. Les médecins pourront s'appuyer sur les avis médico-économiques de la HAS, qui publiera prochainement ses premières recommandations sur l'utilisation des hypertenseurs, des statines et des inhibiteurs de la pompe à protons, en indiquant à chaque fois la stratégie thérapeutique qui, pour une efficacité médicale équivalente, présente le coût le moins élevé pour la collectivité. Comme chaque année, la CNAMTS mènera des campagnes d'information pour guider dans leurs prescriptions les professionnels de santé, qui pourront en outre recourir à des logiciels d'aide à la prescription devant être certifiés par la HAS d'ici à fin 2008.

Enfin, la **hausse du ticket modérateur hors parcours de soins** permettra de renforcer le rôle du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.

2. Diminuer les tarifs pouvant être jugés trop élevés au regard des coûts de production

Certains secteurs de notre système de santé connaissent soit des gains de productivité importants, soit une forte progression en volume. Il n'est donc pas illégitime d'envisager, dans ces secteurs, des réductions de tarifs ou de prix.

Ainsi, les gains de productivité réalisés grâce au progrès technique dans certaines spécialités telles que la radiologie et la biologie justifieraient la mise en place d'une **gestion plus dynamique des tarifs**.

Si la politique du médicament et des dispositifs médicaux est avant tout centrée sur la promotion de l'innovation et l'amélioration de la qualité, la croissance très rapide des volumes des ventes de produits de santé justifierait amplement qu'interviennent en 2009, comme les années précédentes, **des diminutions de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux**.

Les secteurs du médicament et des dispositifs médicaux constituent de surcroît des domaines d'activité à très haute valeur ajoutée où les gains de productivité sont enregistrés année après année.

Il est souhaitable que la collectivité en bénéficie à travers des **baisses de prix ciblées sur des médicaments encore sous brevet** et dans des classes thérapeutiques où les volumes sont élevés : ces baisses de prix seront ciblées sur certains médicaments et

certaines dispositifs médicaux et seront négociées entre le comité d'évaluation des produits de santé (CEPS) et les professionnels du secteur.

Enfin, les **marges de distribution des médicaments** (distribution de gros – répartition et vente directe –, ainsi que de détail – officine, pharmacies hospitalières pratiquant la rétrocession) seront réexaminées en fonction de l'évolution du marché pharmaceutique.

Accompagner les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation

Dans un contexte budgétaire resserré, le Gouvernement souhaite moderniser le secteur hospitalier et accompagner les établissements dans leurs efforts d'investissement et dans leur processus d'adaptation, afin de garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.

1. Moderniser et soutenir le secteur hospitalier

Le Gouvernement souhaite améliorer la qualité de l'offre de soins en dotant les établissements de santé de moyens financiers et juridiques leur permettant de s'adapter aux évolutions économiques, démographiques et sanitaires.

Le plan Hôpital 2012, lancé en 2007, soutiendra les projets d'investissement répondant à des critères d'efficience afin de favoriser les recompositions hospitalières et de développer les systèmes d'information. 10 milliards d'euros d'investissements sont prévus dans ce cadre. L'assurance maladie y contribuera à hauteur de 50 %.

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui sera adopté prochainement en Conseil des ministres propose de rénover la gouvernance et de définir de nouvelles modalités de coopération entre les établissements par le biais de communautés hospitalières de territoire pour répondre à la nécessaire gradation des soins. Il vise aussi à fluidifier et à améliorer la coordination de l'hôpital avec, en amont, le secteur ambulatoire et, en aval, les établissements médico-sociaux.

2. Améliorer la performance des établissements de santé

Afin de mieux accompagner les établissements dans leurs projets d'investissements ou de réorganisation, qui appellent souvent des compétences multiples (architecture, organisation, informatique...), le PLFSS prévoit de regrouper en une seule agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, des missions d'expertise actuellement dispersées : Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

Cette agence mettra à disposition des établissements, des agences régionales d'hospitalisation (puis de santé) et de l'État, une expertise à la fois globale et spécialisée : outils d'amélioration de la performance, appui et conseil opérationnel aux établissements, contribution à la stratégie d'efficience et à la mise en œuvre d'un système de pilotage de la performance. En permettant aux établissements de mieux utiliser leurs ressources, elle contribuera, en liaison avec les ARH (futurs ARS), à améliorer l'efficience des établissements.

Cette agence intensifiera la diffusion et la mise en œuvre des bonnes pratiques au sein des établissements. Elle permettra, par exemple, d'amplifier le déploiement des travaux réalisés par la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur la gestion des lits, prometteurs de gains d'efficience et d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

DÉPENDANCE : LES MESURES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

- *Mettre en œuvre le plan Alzheimer et préparer le Cinquième risque*
- *Mieux accompagner les personnes handicapées*

Mettre en œuvre le plan Alzheimer et préparer le Cinquième risque

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mettra l'accent sur deux axes majeurs de la politique du gouvernement en direction des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

1. Faire face à la grande dépendance liée notamment à la maladie d'Alzheimer

Ce projet de loi met l'accent sur la prise en charge de la dépendance, en particulier celle liée à la maladie d'Alzheimer.

Le président de la République s'est engagé à permettre aux personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile, si elles le souhaitent, aussi longtemps que possible. Dans ce cadre, le projet de loi de financement poursuit l'effort engagé en 2008 en direction des services et soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'accélération amorcée l'année dernière se poursuivra en 2009 pour ce qui est du nombre de places créées : là où les créations de places s'élevaient à environ 4 000 par an entre 2004 et 2007, ce sont 6 000 places nouvelles qui seront créées chaque année en 2008 et en 2009.

La politique de maintien à domicile vise également à assurer des transitions douces entre la maison et l'établissement pour soigner des maladies passagères, des difficultés plus récurrentes (arthrite, rhumatismes), ou tout simplement pour permettre aux aidants familiaux d'avoir des temps de répit. En particulier pour les familles dont un membre est atteint d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ainsi, seront créées :

- 2 125 places nouvelles en accueil de jour ;
- 1 125 places nouvelles en hébergement temporaire.

L'objectif est d'assurer un doublement du nombre de place d'hébergement temporaire et un triplement du nombre des places d'accueil de jour à l'horizon 2012.

Dans de nombreuses situations, cependant, les personnes âgées ne peuvent plus rester chez elles dans des conditions de confort et de sécurité acceptables. Il faut dans ce cas que la prise en charge en établissement soit une solution que les familles puissent aborder sereinement. Ainsi, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 met l'accent sur la proximité et l'excellence de l'hébergement en maison de retraite en y consacrant plus de 375 millions d'euros supplémentaires.

En termes de capacité, l'accélération du rythme de création de places en maisons de retraite amorcée en 2008 se poursuivra en 2009. Ce sont 7 500 places nouvelles qui seront financées en 2008. Cette accélération permettra notamment de mieux prendre en

compte les besoins liés à Alzheimer ou aux autres maladies neuro-dégénératives, qui touchent aujourd'hui une majorité des résidents.

En termes de qualité, la signature des conventions de deuxième génération avec les établissements se traduira par une hausse de 30 % en moyenne des effectifs médicaux et paramédicaux. Une telle augmentation représente 10 000 personnels soignants supplémentaires en 2009.

Mais il s'agit aussi de dépenser mieux. C'est pourquoi une réforme visant à assurer une meilleure lisibilité de la tarification et une plus grande équité dans l'attribution des ressources sera lancée en 2009. De même, le Gouvernement souhaite développer une véritable expertise pharmaceutique dans tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) afin de lutter contre le grave problème de santé publique posé par la surconsommation médicamenteuse.

2. Préparer la mise en place d'un Cinquième risque de protection sociale

Sur la base du rapport remis par le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Xavier Bertrand et Valérie Létard ont fixé le 28 mai 2008 les principales orientations pour le Cinquième risque. Ils ont lancé une large concertation en vue de l'élaboration d'un projet de texte législatif. Ce projet doit répondre à plusieurs objectifs :

- mettre en œuvre un nouveau droit universel à l'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge ;
- améliorer et mieux coordonner l'ensemble des dispositifs de soutien à domicile afin notamment d'aider plus les personnes les plus lourdement dépendantes ou isolées ;
- réduire le reste à charge dans les maisons de retraite, devenu difficilement supportable pour beaucoup de personnes âgées et leurs familles ;
- assurer le financement durable du cinquième risque et définir un véritable partenariat public-privé ;
- renouveler en profondeur la gouvernance nationale et locale du secteur médico-social afin d'assurer l'efficacité et la cohérence des politiques publiques en directions des personnes en perte d'autonomie.

Mieux accompagner les personnes handicapées

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin dernier, le président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées : en cinq ans, c'est la construction de plus de 50 000 places qui sera engagée, dont l'ouverture au public sera garantie à horizon de 7 ans.

Pour l'année 2009, la mise en œuvre de ce plan pluriannuel va mobiliser près de 350 millions d'euros de mesures nouvelles en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

S'agissant des enfants, la priorité continuera d'être donnée au développement de l'action précoce et au soutien à la scolarisation et à la prise d'autonomie, à travers la création de 15 nouveaux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et de 1 100 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Une attention particulière sera portée au développement des services dédiés aux enfants autistes et déficients visuels, conformément aux plans annoncés par le Gouvernement au printemps dernier.

L'accent sera également mis sur le soutien aux familles des enfants les plus lourdement handicapés, à travers la création de 550 places d'instituts médico-éducatifs (IME) et d'instituts médico-professionnels (IMPRO) plus spécifiquement dédiés à des pathologies particulières :

- 300 places pour les enfants autistes ;
- 100 places pour les enfants polyhandicapés ;
- 150 places pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle.

Enfin, des réponses diversifiées pour les enfants souffrant de troubles du comportement seront développées, à travers la création de 12 nouveaux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de 250 nouvelles places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

S'agissant des adultes, le Gouvernement souhaite accompagner l'avancée en âge des personnes les plus lourdement handicapées, en finançant 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM) et en médicalisant 250 places de foyers de vie. Un nombre « plancher » parmi ces places nouvelles sera fléché vers la prise en charge de quatre publics spécifiques :

- 400 places pour les adultes autistes ;
- 350 places pour les adultes polyhandicapés ;
- 45 places pour les personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées ;
- 260 places pour les personnes handicapées psychiques.

Le développement des services à domicile pour les adultes handicapés sera également poursuivi, avec la création de 1 500 places de SSIAD et de SAMSAH. Un accent particulier sera mis, dans ce cadre, sur l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, à travers la création de 500 places de SAMSAH dédiées à ce public.

Enfin, le Gouvernement souhaite amorcer une organisation nationale de l'offre de places pour les handicaps à faible prévalence : la CNSA proposera en 2008 un projet de schéma national d'organisation pour le handicap rare, qui servira de base pour déterminer le maillage territorial adéquat et répartir les financements.

**LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Branche Accidents du travail et maladies professionnelles : le PLFSS pour 2009 contribue à retranscrire l'accord des partenaires sociaux

1. Le PLFSS transpose les propositions de l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels

À la suite de consultations bilatérales des partenaires sociaux au cours du premier semestre 2008, plusieurs mesures de transposition de leur accord de mars 2007 ont été intégrées : une grande partie, relative à la prévention et à la tarification, trouveront leur place dans la future Convention d'objectifs et de gestion que l'État conclura d'ici à la fin de l'année avec la branche AT-MP ; s'agissant de la réparation, le PLFSS propose de transposer deux mesures d'importance issues de l'accord des partenaires sociaux :

- la première visant à améliorer, en faveur des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, la prise en charge des dispositifs médicaux (notamment les prothèses dentaires et auditives, les frais d'optique, les fauteuils roulants) en réduisant le reste à charge par application d'un coefficient multiplicateur sur les tarifs remboursables de base ;
- la seconde afin de mettre en place un revenu de remplacement pour les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles entre la date de reconnaissance de l'inaptitude et la date de mise en œuvre de la décision de l'employeur concerné de reclasser dans l'entreprise ou de licencier le salarié concerné ; pendant cette période, d'une durée maximale de trente jours, où ces personnes ne percevaient aucune rémunération ni indemnité, il est proposé de poursuivre le versement des indemnités journalières qu'elles percevaient durant leur arrêt de travail.

2. LE PLFSS renforce le dispositif en faveur de la réinsertion professionnelle

Le PLFSS propose de renforcer les mesures de réinsertion des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles menacées d'inaptitude, non seulement par la mesure précédente en faveur de la réparation, mais aussi par des actions de formation menées le plus en amont possible. Le salarié bénéficiera ainsi d'actions de formation professionnelle durant son arrêt de travail, si son état de santé l'y autorise et s'il le souhaite. Les expériences ont en effet démontré que plus les difficultés de reprise du travail sont identifiées tôt par le service médical, le service social, la caisse primaire ou le médecin du travail, plus il est possible d'anticiper des solutions et d'agir efficacement pour la reconversion du salarié.

3. Le financement des fonds en faveur des victimes de l'amiante est assuré et la contribution spécifique des employeurs au FCAATA est supprimée

À partir de 2009, les besoins de financement en faveur des fonds des victimes de l'amiante se stabilisent. Le PLFSS en tire les conséquences :

- la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est fixée à 315 millions d'euros ;
- il est proposé de supprimer la contribution des employeurs inscrits sur les listes du Fonds de cessation anticipé des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 : depuis sa mise en œuvre, cette contribution se révèle coûteuse à recouvrer par le lourd contentieux qu'elle génère, d'un rendement peu élevé (de l'ordre de 30 millions d'euros par an au lieu des 100 millions d'euros attendus) et surtout négative en termes d'emplois. Elle constitue en effet un obstacle majeur à la reprise et à la transmission des entreprises inscrites sur les listes du FCAATA dans des secteurs d'activité souvent sinistrés. Cette suppression n'aura pas d'impact sur le FCAATA puisqu'il est proposé d'augmenter sa dotation de 30 millions, soit 880 millions au total, afin d'y inclure le rendement de la contribution supprimée.

4. La contribution de la branche AT-MP à la branche maladie est augmentée pour tenir compte de la dernière évaluation du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

La commission prévue à l'article L.176-2 chargée d'évaluer le montant annuel résultant de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles a tenu ses travaux au second trimestre 2008 sous la présidence de M. Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, et a rendu son rapport en juillet 2008. Cette commission a réévalué le montant de la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 565 et 1 015 millions d'euros. Suivant ses préconisations, il est proposé d'augmenter la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 710 millions d'euros afin de tenir plus justement compte des phénomènes de sous-déclarations qui résulte tant du comportement des victimes (par ignorance, appréhensions, complexité ou insuffisance de la réparation forfaitaire) que de celui des employeurs, des acteurs du système de soins ou des caisses de sécurité sociale.

LE RENDEZ-VOUS SUR LES RETRAITES ET L'EMPLOI DES SENIORS

- *Poursuivre la réforme des retraites*
- *Concrétiser les engagements pris en faveur des personnes âgées les plus modestes*
- *Confirmer et amplifier la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors*

Le rendez-vous 2008 : poursuivre la réforme des retraites pour mettre les Français sur un pied d'égalité et chercher à maintenir l'équilibre financier des régimes

Le « rendez-vous 2008 » était le premier point d'étape prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Il aura permis de poursuivre dans un souci d'équité l'harmonisation des règles entre les différents régimes et de concrétiser les orientations générales définies à l'époque en vue d'assurer l'équilibre financier des régimes de retraite.

1. Faire converger les règles applicables dans les différents régimes

La loi du 21 août 2003 avait fait converger les régimes de la fonction publique vers le régime général et les régimes alignés en prévoyant pour l'avenir une évolution en parallèle des règles applicables.

La réforme des régimes spéciaux de 2007 a permis de mettre les Français sur un pied d'égalité en matière de retraite. Désormais, les principaux paramètres intervenant dans le calcul des pensions (durée de cotisation, décote/surcote et mode d'indexation des pensions) seront communs à l'ensemble des régimes.

En 2008, la réforme par voie réglementaire de l'IRCANTEC et la suppression dans le cadre de ce PLFSS du dispositif de sur-pensions versées aux anciens fonctionnaires résidant dans certains territoires d'outre-mer participent du même mouvement et visent à rapprocher progressivement les règles et paramètres des régimes de retraite dans un souci d'équité.

2. Confirmer l'application de la loi du 21 août 2003

Comme prévu par l'article 5 de la loi du 21 août 2003, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein sera majorée d'un trimestre par an pour atteindre 41 annuités au 1^{er} janvier 2012.

Le Gouvernement a également décidé de reconduire au-delà de 2008 le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue, qui est destiné à permettre aux assurés ayant commencé à travailler jeunes et avec des carrières souvent difficiles, de liquider leur pension de retraite avant 60 ans.

Il était toutefois nécessaire de sécuriser ce dispositif en assurant que celui-ci bénéficie réellement aux assurés ayant commencé à travailler très jeunes. Dans ce but, et après avoir déjà apporté par voie réglementaire et par circulaire des garanties au dispositif de régularisation d'arriérés de cotisations, qui avait pu faire l'objet de certains abus, le Gouvernement souhaite que le rachat d'années d'études ou d'années incomplètes ne soit

plus pris en compte pour l'appréciation des conditions de départ en retraite anticipé, qui doit reposer sur la prise en compte des périodes réelles d'activité.

3. Conforter le financement du système de retraite par des redéploiements au sein de la protection sociale

Comme cela avait été clairement indiqué dans les débats avec les partenaires sociaux et dans l'exposé des motifs de la loi du 21 août 2003, des redéploiements sont mis en œuvre pour conforter le financement de la branche vieillesse.

La situation financière de l'Unédic permet d'augmenter progressivement les cotisations d'assurance vieillesse sans augmenter les prélèvements obligatoires grâce à une diminution des cotisations à l'assurance chômage. Une première étape est prévue en 2009 avec une augmentation de 0,3 point des cotisations retraite.

Par ailleurs, conformément au document remis le 28 avril dans le cadre de la concertation et au courrier adressé le 29 juillet par le Premier ministre aux partenaires sociaux, le Gouvernement propose d'achever en trois ans le transfert à la branche famille du financement des majorations de pensions pour les parents de trois enfants qu'elle prend aujourd'hui en charge à hauteur de 60 %. Ce taux sera porté à 70 % en 2009 puis à 85 % en 2010 et à 100 % en 2011.

Cette mesure permet de clarifier le financement des avantages familiaux de retraite qui sont aujourd'hui un élément important de notre politique familiale.

4. Améliorer les droits à retraite des artisans et commerçants

Comme dans le régime général, les droits à retraite des artisans et commerçants dépendent logiquement des cotisations versées. Mais ces cotisations ne suffisent pas toujours à valider une année complète alors même que l'assuré a effectivement exercé son activité tout au long de l'année. En effet, les cotisations sont calculées sur le revenu du chef d'entreprise, qui peut certaines années être très faible voire nul si ce dernier rencontre des difficultés économiques ou doit faire face à un aléa de carrière.

Le PLFSS instaure un dispositif qui permettra au chef d'entreprise, s'il le souhaite, d'améliorer sa durée d'assurance en complétant les années d'activité où il n'a pas validé quatre trimestres. Cette possibilité sera ouverte aux assurés en fonction de leur durée d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et moyennant un versement complémentaire, la solidarité interne au régime supportant la différence entre ce versement et le coût effectif du rachat grâce à une fraction des cotisations d'assurance vieillesse supplémentaires dont s'acquitteront les artisans et commerçants à compter de 2009.

Ainsi, le Gouvernement apporte une réponse favorable à une revendication ancienne des artisans et des commerçants tout en prenant en compte la nécessité de préserver l'équilibre financier du Régime social des indépendants (RSI).

Concrétiser les engagements pris en faveur des personnes âgées les plus modestes

1. Renforcer la solidarité envers les personnes âgées et isolées : la revalorisation du minimum vieillesse

Conformément à l'engagement du président de la République, le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour les personnes seules sera revalorisé de **25 % d'ici 2012**.

Ce montant sera fixé chaque année par décret en procédant à une revalorisation supérieure à l'indexation sur les prix.

Au 1^{er} avril 2009, le minimum vieillesse sera revalorisé de 6,9 % soit un montant mensuel de 676,81 euros.

2. Réduire les poches de pauvreté en milieu rural : la revalorisation des petites retraites agricoles

Suivant les préconisations du groupe de travail installé par Michel Barnier et réunissant les associations de retraités et les organisations professionnelles agricoles, le Premier ministre a annoncé le 9 septembre une série de mesures en faveur des veuves, des conjoints et des retraités agricoles à carrière incomplète qui seront mises en œuvre entre 2009 et 2011.

Près de **233 000 personnes** bénéficieront ainsi d'une amélioration de leur retraite dont 196 000 dès l'année 2009.

3. Concrétiser les engagements en faveur des veuves et des veufs les plus modestes : la revalorisation des pensions de réversion

Conformément à l'engagement du président de la République, les pensions de réversion servies aux veuves et aux veufs les plus modestes seront portées de 54 % à 60 % de la pension du conjoint décédé.

Ainsi, **les pensions de réversion seront majorées de 11 % dès 2010** pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus dont la retraite totale n'excède pas 800 euros.

Cette mesure augmentera le pouvoir d'achat de plus de **600 000 veuves et veufs** n'ayant pas pu acquérir de droits propres et disposant des ressources les plus faibles.

4. Garantir une retraite égale à 85 % du SMIC aux assurés les plus modestes ayant une carrière complète

Le Gouvernement a souhaité reconduire jusqu'en 2012 l'objectif de taux de remplacement pour une carrière complète au SMIC fixé par la loi du 21 août 2003 à 85 % du SMIC net. Cet objectif sera mis en œuvre par des mesures réglementaires agissant sur le niveau du minimum contributif majoré.

Afin que ce dispositif bénéficie réellement aux assurés ayant une petite pension malgré une durée de cotisation élevée, la majoration du minimum contributif sera ciblée sur les assurés disposant d'une durée de cotisation minimale fixée par décret. Par ailleurs, le minimum contributif sera attribué aux assurés dont la pension totale (base et complémentaire pour l'ensemble des régimes) n'excède pas un montant fixé par décret.

Ces mesures sont cohérentes avec le diagnostic formulé par le Conseil d'orientation des retraites (COR) et les préconisations de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2008 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

5. Garantir le pouvoir d'achat de tous les retraités : l'amélioration du mécanisme d'indexation des pensions

Le mécanisme actuel d'indexation des pensions de retraite a montré ses limites fin 2007 et début 2008 dans un contexte d'accélération de l'inflation. Une revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions de retraite est intervenue le 1^{er} septembre dernier.

Pour répondre aux demandes des partenaires sociaux et des associations de retraités, qui souhaitent que la revalorisation se fonde sur les prévisions d'inflation les plus fiables et les plus récentes, elle interviendra désormais au 1^{er} avril de chaque année, soit à la même date que pour les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.

Ce mécanisme permettra à l'avenir de garantir de façon plus satisfaisante le pouvoir d'achat des retraités, d'une part en prenant en compte l'inflation réellement constatée pour l'année précédente (aujourd'hui, un éventuel écart par rapport à la dernière prévision ne donnait pas lieu à revalorisation), d'autre part en tenant compte, pour l'année en cours, d'une prévision d'inflation actualisée établie par la Commission économique de la nation.

Confirmer et amplifier la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors

Le Gouvernement a décidé de placer le « rendez-vous 2008 » sur les retraites dans la continuité des mesures adoptées lors des deux dernières LFSS (suppression en 2007 des mises à la retraite avant 65 ans, taxation en 2008 des préretraites et des indemnités de mise à la retraite) et de franchir une étape supplémentaire.

Les mesures qui figurent dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'appuient sur la recherche d'un juste équilibre entre l'encouragement des seniors à poursuivre leur activité et l'incitation pour les entreprises à mener une politique favorable à l'emploi des salariés âgés. Elles concernent tant le secteur privé que la fonction publique. Par ailleurs, le Gouvernement a fait le choix de confier aux partenaires sociaux, au niveau des branches et des entreprises, une responsabilité déterminante dans la mise en œuvre et le suivi de la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors. L'État accompagnera naturellement ces efforts et veillera à évaluer l'ensemble du dispositif.

1. Un cumul emploi retraite autorisé sans restriction pour les assurés ayant une carrière complète ou plus de 65 ans

Les retraités qui le souhaitent pourront désormais reprendre librement une activité, dès leur 60 ans s'ils ont eu une carrière complète et dans tous les cas à 65 ans, sous réserve d'avoir liquidé l'ensemble de leurs pensions auprès des régimes de retraite obligatoires.

Pour ces assurés, le plafond de ressources existant aujourd'hui et le délai de carence applicable à la reprise d'une activité chez le dernier employeur seront supprimés. Les règles actuelles continueront en revanche de s'appliquer dans chaque régime pour les assurés ne respectant pas ces conditions.

2. Une surcote plus incitative pour encourager les assurés à prolonger leur activité tout en améliorant leur future retraite

Le taux de la surcote sera porté de 3 % à 5 % tant dans le secteur privé que dans la fonction publique. Deux années d'activité supplémentaire augmenteront ainsi de 10 % la pension de l'assuré tout au long de sa retraite.

D'autres améliorations sont apportées : la surcote bénéficiera désormais aux petites retraites portées au minimum contributif et à toutes les pensions des fonctionnaires achevant leur carrière dans le secteur privé alors que ce n'était pas le cas auparavant.

3. Une volonté d'inciter les partenaires sociaux à négocier enfin sur l'emploi des salariés âgés pour passer du discours aux actes

Le Gouvernement souhaite mobiliser les partenaires sociaux, au niveau des entreprises, des groupes et des branches, afin qu'ils définissent et mettent en œuvre rapidement des actions en faveur du maintien dans l'emploi des salariés âgés.

Ils sont ainsi invités à conclure avant 2010 des accords comprenant :

- un objectif chiffré librement défini dans le cadre de la négociation ;
- au moins trois actions en faveur de l'emploi des salariés âgés choisies dans une liste fixée par décret et adaptées aux spécificités de l'entreprise : tutorat, actions de formation, temps partiel de fin de carrière, amélioration des conditions de travail, aménagements de postes, bilans de compétence, etc. ;
- des modalités de suivi de cet objectif et de ces actions.

À défaut d'accord, les entreprises pourront élaborer un plan d'action répondant aux mêmes exigences après consultation des institutions représentatives du personnel.

À compter du 1^{er} janvier 2010, les entreprises non couvertes par un accord ou, à défaut, par un plan d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés seront soumises à une pénalité égale à 1% des rémunérations versées.

Le Gouvernement a tenu compte des remarques exprimées par les partenaires sociaux lors de la concertation en veillant d'une part à ce que les accords ou les plans d'actions répondent à un cahier des charges et soient réellement engageants, et d'autre part à ce que le dispositif soit compréhensible et donc sécurisant pour les entreprises.

Cette pénalité ne s'appliquera pas aux entreprises de moins de cinquante salariés. Les entreprises de moins de trois cents salariés n'y seront pas soumises non plus si, à défaut d'accord ou de plan d'action à leur niveau, un accord de branche a été conclu.

Afin de sécuriser juridiquement les entreprises concernées et de s'assurer du contenu des accords, l'administration pourra être sollicitée pour vérifier que l'accord ou le plan d'action qui a été élaboré répond bien au cahier des charges fixé par la loi. Par ailleurs, il est prévu de publier en l'actualisant régulièrement la liste des accords de branches en vigueur.

4. La suppression des mises à la retraite d'office dans le secteur privé et des limites d'âge dans la fonction publique.

L'âge ne doit plus constituer un motif suffisant pour mettre fin au contrat de travail d'un salarié qui souhaite poursuivre son activité. La possibilité de mettre d'office un salarié à la retraite sera donc totalement supprimée à compter du 1^{er} janvier 2010, date à laquelle les accords de branche dérogatoires cesseront de produire leurs effets.

Dans la fonction publique, l'activité pourra être poursuivie au-delà de l'âge limite et jusqu'à 65 ans à la demande de l'intéressé et sous réserve d'aptitude physique. Cette mesure sera également mise en œuvre à compter de 2010.

LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Famille : développer l'offre de garde

La politique mise en œuvre dans le champ de la famille vise à rendre possible dès 2009 une augmentation significative de l'offre de garde de la petite enfance. Les mesures figurant dans le PLFSS 2009 s'inspirent notamment des propositions avancées dans le cadre du « **Rapport sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance** » de Madame Michelle Tabarot, députée des Alpes-Maritimes, remis au Premier ministre le 23 juillet dernier.

1. L'augmentation de 10 % de l'allocation du complément de mode de garde (CMG) des jeunes enfants, en fonction des horaires atypiques qui sont effectués par l'ensemble des parents du foyer familial, permet d'alléger le surcoût lié à des besoins de garde spécifiques

Au sein d'une famille, les horaires de travail peuvent être situés dans des tranches horaires spécifiques, soit très tard le soir, soit très tôt le matin ayant des conséquences sur l'organisation des temps familiaux. En France, 18% des salariés travaillent au moins une nuit par mois, 42 % au moins une soirée par mois, 23 % au moins un dimanche par mois et 26 % travaillent au moins une journée de plus de 10 heures dans le mois. Par conséquent, les besoins de garde des familles présentent la caractéristique d'être décalés par rapport aux horaires traditionnels d'ouverture des services de garde de la petite enfance.

Il est donc proposé de mieux tenir compte de la charge financière liée à ces contraintes d'horaires atypiques, en adaptant l'allocation du complément de mode de garde (CMG). Concrètement, il s'agit de pouvoir majorer de 10 % l'allocation normalement versée, pour pouvoir compenser, en partie ou en totalité, les surcoûts de la garde de jeunes enfants.

2. Deux mesures sont proposées pour améliorer la garde d'enfants par les assistantes maternelles : l'augmentation du nombre d'enfants pouvant être gardés par les assistantes maternelles va passer de 3 à 4 et le regroupement des assistantes maternelles

Le nombre maximum d'enfants pouvant être légalement gardé par une assistante maternelle est actuellement de trois, mise à part la situation exceptionnelle d'une demande de garde d'un enfant en surnombre, qui dépend de l'obtention d'une autorisation administrative, peu accordée (cette dérogation dépend du président du conseil général).

Or, comme le souligne le rapport de Madame Tabarot, cette situation s'avère dépassée en comparaison des pays nordiques (Suède, Norvège et Danemark), qui peuvent garder jusqu'à cinq enfants et qui obtiennent des performances identiques en terme de sécurité et de confort des enfants.

Ainsi, en portant le ratio à quatre enfants au lieu de trois, tout en maintenant le ratio maximal de six enfants accueillis simultanément (soit deux enfants pouvant être gardés à titre dérogatoire, en plus du ratio de quatre), cette proposition vise à développer rapidement l'offre d'accueil et ainsi trouver une solution d'accueil pour toutes les familles.

Par ailleurs, le regroupement d'assistantes maternelles permet de garder davantage d'enfants dans de meilleures conditions. Cette mesure permet de sécuriser et d'assouplir les conditions de la garde d'enfants pour les assistantes maternelles et pour les parents. En mutualisant les efforts, un fonctionnement plus souple et moins contraignant est assuré. Ce mode de garde est d'ailleurs déjà expérimenté avec succès dans certains départements, mais sa mise en œuvre doit être sécurisée et légalisée sur le plan juridique.

LA LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES

Une politique de lutte contre la fraude renforcée

Demander aux Français d'être solidaires exige de les assurer que chacun respecte les règles. Le gouvernement a créé de nouveaux outils de lutte contre la fraude et mis en place une délégation nationale de lutte contre la fraude en avril 2008. Ce PLFSS poursuit le renforcement de ce plan dans deux directions : des contrôles plus rigoureux des droits et des sanctions plus dissuasives.

1. En 2008, une impulsion nouvelle a été donnée à la lutte contre la fraude

Dans le cadre de la mission confiée par le président de la République et le Premier ministre, le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique a créé la Délégation nationale de lutte contre les fraudes en avril 2008. Des comités locaux de lutte contre les fraudes seront installés en octobre.

Les nouveaux outils votés à l'automne dernier dans la LFSS 2008 ont été mis en place : le redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé a été mis en œuvre par les URSSAF dans 224 actions de lutte contre le travail dissimulé cet été (1,3 million d'euros de redressement), les échanges systématisés entre URSSAF et caisses prestataires (CPAM, CAF, ASSEDIC) ont permis aux organismes de détecter plus de fraudes, tout comme le droit de communication auprès de tiers (banques, fournisseurs d'énergie..). En matière de contrôle des arrêts de travail, l'expérimentation de la contre-visite de l'employeur en matière de contrôle des arrêts de travail démarre dans 12 caisses de sécurité sociale. Le droit pour les CAF de supprimer pour l'avenir les aides au logement en cas de fraude est entré en vigueur cette année.

Les résultats de la lutte contre les fraudes ont connu une progression sensible avec une politique plus offensive de tous les acteurs :

- les URSSAF ont redressé 118 millions d'euros en 2007 dans le cadre de la lutte contre le travail illégal soit un doublement en 2 ans (59 millions d'euros en 2006, 73 millions d'euros en 2007) ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance maladie devrait conduire à économiser 140 millions d'euros en 2008, après 116 millions d'euros en 2007 ;
- les caisses d'allocations familiales ont détecté plus de 6 300 fraudes pour 58 millions d'euros, soit quasiment un doublement par rapport à 2006 (3654 fraudes et 35 millions d'euros).

2. Des contrôles plus rigoureux de la réalité des droits

Un encadrement des attestations sur l'honneur dans le PLFSS 2009

En matière de prestations retraite, une mission de l'IGF et IGAS montre la fragilité du dispositif de gestion des régularisations de cotisations arriérées qui s'est fortement

développé depuis 2003 pour faciliter le départ anticipé pour carrière longue : trop souvent, des demandes ont été validées sur de simples attestations sur l'honneur avec des abus voire des fraudes manifestes. Une circulaire du 23 janvier 2008 a encadré la procédure avec notamment la convocation des témoins. Il apparaît nécessaire de limiter la portée de ces attestations sur l'honneur compte tenu de l'impact financier pour les régimes de retraite et des risques de fraude : quatre trimestres d'assurance au maximum pourront être validés sur la base d'attestation sur l'honneur.

Le gouvernement souhaite plus largement soumettre à la consultation des caisses de sécurité sociale un dispositif d'encadrement du recours aux attestations sur l'honneur : elles ne seraient recevables qu'au terme d'un entretien avec un agent chargé du contrôle ayant rappelé les sanctions pénales en cas de fausse déclaration.

Mieux détecter les fraudes avec des échanges au niveau européen

Dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, le gouvernement entend renforcer la coopération entre États membres pour mieux lutter contre la fraude aux prélèvements sociaux et aux prestations sociales : comme en matière fiscale (article L. 114 A du Livre des procédures fiscales), la loi donnera la possibilité aux organismes de sécurité sociale d'échanger avec les organismes d'autres États membres de l'Union des données informatiques dans le cadre de la lutte contre la fraude. Les contrôles des conditions de résidence pourront ainsi être renforcés avec notamment le Royaume-Uni et l'Allemagne.

3. Sanctionner plus efficacement les fraudes

Des sanctions plus efficaces en matière de fraude à l'assurance maladie avec des peines planchers

Les pénalités financières instaurées par la loi de 2004 en matière d'assurance maladie ne sont pas assez dissuasives ni proportionnées à la gravité de la fraude : 46 pénalités en 2006, 201 en 2007 pour 307 000 euros alors qu'il y a plus de 18 000 fraudes détectées. En cas de fraude manifeste (facturation d'actes fictifs, trafic de médicaments, fraude en bande organisée), **des peines planchers** seront créées comme en matière de travail illégal : 1/10^e du plafond mensuel de la sécurité sociale soit environ 270 euros pour un assuré, 1/2 plafond mensuel de la sécurité sociale soit environ 1 350 euros pour un professionnel ou établissement de santé.

Les sanctions financières seront proportionnées au montant de la fraude et au type de fraudeur. Aujourd'hui un montant plafond est fixé à environ 5 500 euros quelle que soit la gravité de la fraude. Demain, ce plafond sera maintenu pour les assurés mais la pénalité représentera le double du montant de la fraude pour les autres fraudeurs. En cas de fraude en bande organisée, la pénalité sera encore majorée à 300 % du montant de l'indu.

Des sanctions et des indus plus rapidement recouverts avec de nouveaux outils pour les CAF

Aujourd'hui, les indus ne peuvent être recouverts par les CAF que sur la même prestation : on ne peut recouvrer un indu au titre d'une allocation logement sur une prestation familiale qui est pourtant versée au même bénéficiaire. Le PLFSS met fin à cette incohérence où des allocations continuent d'être versées alors que des indus, notamment à la suite de fraudes détectées, sont réclamés sur d'autres prestations versées par la CAF.

Le PLFSS étend par ailleurs le pouvoir de délivrer une contrainte pour recouvrer les indus, dont disposent déjà les caisses de MSA. Aujourd'hui, en cas de non paiement des sommes dues, les organismes doivent saisir les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) pour obtenir un titre exécutoire, ce qui ralentit la procédure. Les CAF exercent chaque année, après échec de la procédure de recouvrement amiable, près de 27 000 recours en répétition d'indus. 3 % des recours seulement sont rejetés. Le pouvoir de délivrer une contrainte permettra d'accélérer le recouvrement des indus détectés à la suite de contrôles dans le respect des droits des assurés.