

SOMMAIRE GÉNÉRAL

- **Les grandes lignes du projet de loi de financement pour 2010**
 - Le PLFSS 2010 : gérer la crise et continuer à réformer la sécurité sociale
 - Les comptes du régime général en 2009
 - Les comptes du régime général en 2010
 - Poursuivre l'effort de limitation des niches sociales

- **Les mesures relatives à l'assurance maladie**
 - Un ONDAM 2010 réaliste et équilibré entre la ville et l'hôpital
 - Un objectif d'évolution de 2,8 % sur les établissements de santé
 - Un objectif d'évolution de 2,8 % sur les soins de ville
 - Impact de la grippe sur le PLFSS : une stratégie de prévention grâce à une campagne vaccinale pour éviter la pandémie

- **Un engagement soutenu en faveur du secteur médico-social**

- **La branche accidents du travail et maladies professionnelles : inciter pour développer la prévention des risques professionnels**

- **Le branche retraites et l'emploi des seniors**
 - Sauvegarder les droits à retraite des mères de famille
 - La mobilisation en faveur de l'emploi des seniors

- **Développer la garde d'enfant, une priorité de la politique familiale**

- **Une politique de lutte contre la fraude renforcée**

LES GRANDES LIGNES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2010

- **Le PLFSS 2010 : gérer la crise et continuer à réformer la sécurité sociale**
- **Les comptes du régime général en 2009**
- **Les comptes du régime général en 2010**
- **Poursuivre l'effort de limitation des niches sociales**

Le PLFSS 2010 : gérer la crise et continuer à réformer la sécurité sociale

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 est marqué par la crise. Face à la dégradation économique, le Gouvernement a cherché en priorité à soutenir le pouvoir d'achat des Français et à favoriser la croissance et l'emploi. Le Gouvernement a, dans ce contexte, exclu la voie de la hausse massive des prélèvements, qui pourrait handicaper l'activité économique, ou de la diminution forte des prestations qui aggraverait les difficultés des Français.

La stabilisation du déficit reposera d'abord sur le retour de la croissance, son augmentation entre 2009 et 2010 étant dû intégralement à la baisse des recettes. Néanmoins, le Gouvernement continue à réformer en profondeur la sécurité sociale en maîtrisant les dépenses d'assurance maladie, en continuant à élargir le financement de la protection sociale pour qu'il pèse moins sur le travail et en luttant contre les fraudes pour rendre le système plus juste. Les effets de cette politique permettent de diminuer légèrement le déficit structurel entre 2009 et 2010.

Le PLFSS 2010 apporte également une solution pérenne pour sauvegarder les droits à retraite des mères de famille.

1. La crise économique est à l'origine de la forte hausse des déficits

Le déficit a plus que doublé entre 2008 et 2009. Il atteint un niveau sans précédent à 23,5 milliards d'euros, contre 10,2 milliards d'euros en 2008.

C'est la conséquence directe d'une récession inédite depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale qui a frappé les deux principales assiettes qui financent la sécurité sociale :

- les revenus du travail tout d'abord, puisqu'en 2009 la masse salariale devrait reculer de 2 %. Par rapport à la croissance moyenne de la masse salariale de 4,1 % sur les dix dernières années avant la crise (1998-2007), cela représente 6,1 % de moins et une perte de recettes de plus de 12 milliards d'euros ;
- les revenus du capital ensuite, qui subissent les effets de la crise financière et de la chute des transactions immobilières. Le rendement de ces prélèvements passe ainsi de 15,6 milliards d'euros en 2008 à 12,2 milliards d'euros en 2009, soit une réduction de plus de 20 %.

En 2010, le déficit augmentera encore de 7 milliards d'euros pour atteindre 30,6 milliards d'euros en 2010.

En effet, la baisse des recettes se prolonge en 2010. La masse salariale devrait diminuer de -0,4 % l'année prochaine et la perte de recettes devrait s'élever à 9 milliards d'euros

par rapport à la croissance moyenne des années 1998-2007. C'est la première fois que l'on observe deux années successives de recul de la masse salariale.

En raison de ces évolutions, le déficit de crise lié à la chute des recettes représente 65 % du déficit 2009 et près de 75 % du déficit 2010.

2. La gestion des finances sociales vise à lutter contre les conséquences de la crise et à faciliter la reprise

Le Gouvernement cherche avant tout à gérer au mieux la crise pour réussir la sortie de crise.

La politique menée en 2009 et 2010 est marquée par une grande continuité. Aucune hausse des prélèvements n'intervient pour compenser la chute des recettes. C'est pour cette raison également qu'il n'est pas prévu de transférer la dette de la sécurité sociale à la Cades. Un tel transfert aurait nécessité une hausse de la CRDS qui aurait pesé sur le pouvoir d'achat et la croissance. En 2010, l'Acoss continuera donc à porter le déficit de la sécurité sociale.

En 2009 comme en 2010, il n'y a pas de coupe brutale dans les dépenses, afin de laisser le système de protection sociale jouer son rôle d'amortisseur. Au contraire, grâce aux revalorisations des prestations sociales et aux mesures exceptionnelles comme la prime de solidarité active ou la prime pour les familles modestes, 7,2 milliards d'euros supplémentaires ont été distribués aux Français en 2009 pour soutenir leur pouvoir d'achat.

3. La politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie produit ses effets en 2009 et sera poursuivie en 2010

Malgré la crise, le Gouvernement mène une action résolue de maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour contenir la croissance naturelle des dépenses.

L'ONDAM est quasiment respecté en 2009. Le dépassement est d'environ 300 millions d'euros sur une masse de dépenses de 157 milliards d'euros. Il correspond à une progression des dépenses de 3,4 %, à peine supérieure de 0,1 % à l'objectif voté de 3,3 %. C'est l'un des plus faibles dépassements depuis la création de l'ONDAM en 1997 : en moyenne, le dépassement constaté chaque année depuis 1997 est cinq fois plus élevé (1,5 milliard d'euros). C'est également la première fois que la progression des dépenses est maîtrisée à un niveau aussi bas, proche de 3 %.

L'effort est poursuivi en 2010 avec un ONDAM fixé à 3 %, soit un niveau inférieur à celui voté en 2009 (3,3 %). Respecter cet objectif nécessite de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses.

Ces résultats sont obtenus grâce à une politique de maîtrise permettant de conserver les principes fondamentaux de notre système d'assurance maladie : un taux de remboursement d'autant plus élevé que les pathologies sont lourdes et coûteuses, et les thérapeutiques chères et efficaces.

Les mesures d'économies prévues dans le PLFSS 2010 s'appuient essentiellement sur les propositions faites par les caisses nationales d'assurance maladie début juillet. Tous les acteurs du système de soins devront poursuivre les efforts engagés depuis trois ans, les assurés étant néanmoins sollicités pour une part minoritaire (300 millions d'euros sur 2,2 milliards d'euros d'économies).

Enfin, le Gouvernement propose une progression équilibrée entre les dépenses de soins ambulatoires et de soins hospitaliers qui devront progresser au même rythme de 2,8 % sur l'année. La progression des dépenses consacrées au secteur médico-social est quant à elle fixée à 5,8 %, ce qui permet de poursuivre le développement du secteur.

4. La poursuite de la réduction des niches sociales consolide les ressources de la sécurité sociale

Le PLFSS 2010 continue à élargir le financement de la protection sociale, notamment pour qu'il pèse moins sur le travail, en remettant en cause un certain nombre de niches sociales.

Il suit un principe simple selon lequel toutes les catégories de revenu doivent être soumises à la CSG au même titre que les salaires. Cela concerne en particulier les revenus du capital. Les plus-values réalisées lors de la cession de valeurs mobilières seront désormais soumises aux prélèvements sociaux (12,1 %) au premier euro (110 millions d'euros de rendement) et l'exonération de prélèvements sociaux pour les contrats d'assurance vie multi-supports en cas de dénouement par succession sera supprimée (270 millions).

Le PLFSS 2010 prévoit également d'élargir le financement de la protection sociale aux revenus du travail qui complètent le salaire, avec l'augmentation à 4 % de la contribution dite « forfait social » sur les revenus accessoires aux salaires (380 millions d'euros). En effet, le taux de cette contribution est très faible au regard du niveau des cotisations patronales de sécurité sociale sur les salaires (30,38 %) et le développement des outils d'association des salariés aux résultats de l'entreprise ne doit pas s'accompagner d'une érosion de l'assiette du prélèvement social.

Enfin, le doublement des taux de la contribution sur les retraites chapeau est prévu (25 millions d'euros pour le FSV) afin de normaliser le régime social de ces dispositifs réservés, en pratique, aux cadres dirigeants.

La consolidation des recettes combinée à la bonne maîtrise des dépenses d'assurance maladie permet de faire diminuer légèrement le déficit structurel du régime général entre 2009 et 2010, de -8,5 à -8,2 milliards d'euros.

5. Le PLFSS 2010 sauvegarde les droits à retraite des mères de famille

Le dispositif de majoration de durée d'assurance dont bénéficient les femmes est menacé par les évolutions de la jurisprudence. **Le PLFSS 2010 permet de sécuriser les droits à retraite des mères en l'aménageant pour répondre aux nouvelles exigences juridiques posées par la Cour de cassation.**

La solution retenue repose sur les principes adoptés majoritairement par les partenaires sociaux. Une majoration de quatre trimestres sera accordée aux mères assurées sociales au titre de la grossesse et de la maternité. Elle sera complétée par une majoration de quatre trimestres accordée aux couples au titre de l'éducation de l'enfant.

Pour les enfants nés avant la réforme, cette majoration reviendra à la mère sauf si le père démontre, avant la fin de l'année 2010, qu'il a élevé seul son enfant. Pour les enfants nés après la réforme, cette majoration sera accordée, dans le silence du couple, à la mère, mais pourra être répartie au sein du couple d'un commun accord entre les deux parents.

6. La politique de lutte contre les fraudes est renforcée pour continuer à rendre le système plus juste

Ces dernières années, la lutte contre les fraudes s'est intensifiée et a obtenu de bons résultats. Entre 2006 et 2008, les fraudes détectées par les caisses de sécurité sociale ont augmenté de 65 % de 227 à 365 millions d'euros.

Le PLFSS 2010 poursuit dans cette voie et met l'accent sur la lutte contre les arrêts de travail injustifiés. En effet, les indemnités journalières ont augmenté de 5,8 % en 2008 et de 6,6 % sur les cinq premiers mois de l'année 2009. Une étude récente de la CNAM sur l'année 2008 montrait également que 13 % des arrêts courts contrôlés étaient trop longs ou injustifiés.

Deux axes sont privilégiés. Les contrôles sont renforcés par une mesure de lutte contre les arrêts de travail successifs abusifs et la généralisation de l'expérimentation de la « contre-visite » de l'employeur prévue par la LFSS 2008.

Une plus grande équité dans le contrôle est également recherchée afin que tous les Français, quel que soit leur statut, soient soumis aux mêmes contrôles. Deux mesures sont prévues : une expérimentation du contrôle des arrêts de travail de la fonction publique par les caisses d'assurance maladie du régime général et un renforcement de l'efficacité du contrôle des arrêts maladie au sein du régime social des indépendants.

Les comptes du régime général en 2009

En milliards d'euros	2008	2009 (Commission des comptes)	2009 (après mesures)
CNAM - Maladie	-4,4	-11,0	-11,5
CNAM - AT-MP	0,2	-0,6	-0,6
CNAV	-5,6	-8,1	-8,2
CNAF	-0,3	-3,0	-3,1
RG	-10,2	-22,7	-23,5
FSV	0,8	-3,0	-3,0

Ces prévisions sont élaborées sur la base d'hypothèses macro-économiques communes au projet de loi de finances et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. La croissance serait en recul de 2,25 % par rapport en 2008. La masse salariale sur le champ « ACOSS », référence pour la détermination des soldes du régime général, serait en baisse de 2 %. La prévision d'inflation reste inchangée par rapport à la précédente commission des comptes de la sécurité sociale à 0,4 %.

1. Un déficit 2009 de 23,5 milliards d'euros dont près des deux tiers liés à la crise économique

Le déficit du régime général en 2009 devrait atteindre 23,5 milliards d'euros, en hausse de 3,5 milliards par rapport à la prévision de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier. L'essentiel de cette nouvelle dégradation est imputable à la révision à la baisse de la masse salariale de $\frac{3}{4}$ de points. Celle-ci reculerait de 2 % en 2009, générant une perte de recettes supplémentaires de 1,5 milliard d'euros. Les recettes fiscales assises sur les revenus du capital subissent également les effets de la crise financière. Leur rendement devrait être plus faible de 300 millions d'euros par rapport à la prévision de juin dernier. Les dépenses restent au contraire bien tenues. Des mesures de régulation de fin d'année sur l'ONDAM devraient permettre de se rapprocher de l'objectif de 3,3 % fixé en loi de financement de la sécurité sociale sur 2009.

La crise affecte en priorité l'assurance maladie qui redevient en 2009 la branche la plus déficitaire avec un solde de - 11,5 milliards d'euros. Ses recettes sont en effet très sensibles à la conjoncture économique. Un point de masse salariale en moins représente près de 2 milliards de recettes en moins pour le régime général, dont près de la moitié affecte l'assurance maladie. Les autres branches sont relativement moins affectées. Avec la crise économique et l'augmentation du chômage, la branche vieillesse bénéficie notamment d'une atténuation de la baisse de ses recettes grâce aux transferts supplémentaires de la part du Fonds de solidarité vieillesse au titre de la prise en charge des cotisations chômage.

Dans une situation conjoncturelle plus favorable, en prenant comme référence les hypothèses macro-économiques moyennes sur les dix derniers exercices (4,1 % de masse salariale notamment), le déficit, considéré comme structurel, du régime général aurait été de 8,5 milliards d'euros. Cette analyse conduit à distinguer au sein des 23,5 milliards d'euros de déficits 2009 une fraction de près de 65 % imputable à la crise économique.

2. Un ONDAM quasiment respecté

La maîtrise des dépenses permet d'éviter un creusement plus important du déficit de l'assurance maladie. Pour la première fois depuis sa création en 1997, l'ONDAM sera maintenu à un niveau maîtrisé, un peu supérieur à 3 %, deux années de suite.

Le dépassement pour 2009 est en effet estimé environ 300 millions d'euros qui correspondent à une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 3,4 % en 2009 pour un objectif voté à 3,3 %. Pour permettre de respecter cet objectif, des mesures correctrices sont prévues à hauteur de 225 millions d'euros afin de tenir compte de la sous-consommation observée sur certains postes de dépenses : les dépenses médico-sociales (150 millions d'euros), les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation déléguées aux hôpitaux (25 millions d'euros) et le fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (50 millions d'euros).

Cette prévision n'intègre pas de provision pour dépenses liées à la pandémie de grippe H1N1. Les achats de vaccins, antiviraux et masques sont financés par l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). L'assurance maladie versera en 2009 une dotation de 315 millions d'euros à l'EPRUS pour faire face à la pandémie grippale. Cette dotation sera prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et se traduira par une détérioration du déficit de l'assurance maladie. Comme il s'agit d'une mesure nouvelle, elle n'est pas intégrée dans le rapport de la Commission des comptes, qui ne prend en compte que les dépenses "tendancielle".

3. Du solde de la commission des comptes au solde du projet de loi de financement de la sécurité sociale

Le déficit 2009 du régime général présenté au vote du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 sera accru de près de 0,8 milliard d'euros par rapport à celui du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Cet écart s'explique essentiellement par deux mesures. La première est la dotation supplémentaire à l'EPRUS pour le financement des mesures de prévention de la pandémie grippale (0,3 milliard d'euros).

La seconde résulte d'une opération de réaffectation de recettes permettant de compenser intégralement les exonérations sur les heures supplémentaires (0,4 milliard d'euros). Les recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires comportent en effet une taxe très sensible à la conjoncture, la contribution sociale sur les bénéficiaires, qui devrait perdre plus de 50 % de son rendement en 2009.

A l'inverse, les allègements généraux devraient enregistrer une baisse de 1,1 % par rapport à 2008 alors même que les recettes affectées à leur compensation, moins dépendante de l'activité économique, devraient connaître une légère progression et seraient supérieures de 0,7 milliard d'euros aux exonérations. En conséquence, le projet de loi de finances rectificative pour 2009 prévoira de réaffecter une partie des recettes compensant les allègements généraux à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires. Cette opération n'impacte pas la trésorerie du régime général mais uniquement son résultat comptable dans la mesure où les exonérations sur les heures supplémentaires sont compensées à l'euro, contrairement aux allègements généraux.

Les comptes du régime général en 2010

<i>En milliards d'euros</i>	2009 (après mesures)	2010 (avant mesures)	2010 (après mesures)
CNAM - Maladie	-11,5	-17,1	-14,6
CNAM - AT-MP	-0,6	-0,8	-0,8
CNAV	-8,2	-11,3	-10,7
CNAF	-3,1	-4,4	-4,4
RG	-23,5	-33,6	-30,6
FSV	-3,0	-3,9	-4,5

Ces prévisions sont élaborées sur la base d'hypothèses macroéconomiques communes au projet de loi de finances et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Après un recul de 2,25 % en 2009, la croissance serait de nouveau positive en 2010 à hauteur de + 0,75 %. En revanche, la masse salariale resterait négative à hauteur de - 0,4 %. La prévision d'inflation s'établit à + 1,2 %.

1. Un déficit 2010 qui s'explique par l'effet cumulé de la baisse de la masse salariale sur deux années

Pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale, la croissance de la masse salariale devrait être négative en 2010 pour la seconde année consécutive. Aux 12 milliards de recettes en moins en 2009, par rapport à une masse salariale moyenne de 4,1 % constatée sur les années 1998-2007, vient donc s'ajouter une nouvelle perte de près de 9 milliards d'euros.

Avant les mesures nouvelles prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et compte tenu d'une progression tendancielle des dépenses d'assurance maladie de 4,4 %, le déficit du régime général atteindrait ainsi 33,6 milliards d'euros, soit 10 milliards d'euros de plus que celui prévu pour 2009.

Le rythme de progression des dépenses de la branche famille reste modéré. Les prestations familiales légales évolueront de moins de 2 %. L'action sociale de la branche famille, en revanche, progresse de manière dynamique conformément à la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 qui prévoit une augmentation moyenne de 7,5 % des crédits pour financer le développement de la garde d'enfant.

Sur la branche vieillesse, la progression des prestations légales reste soutenue, même si elle ralentit par rapport aux exercices précédents. Elles augmenteraient de 4,5 % en 2010 après des hausses de 5,6 % en 2008 et 4,8 % en 2009.

Le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) est le plus impacté par la crise économique qui l'affecte en recettes et en dépenses. La moitié de ses dépenses est en effet liée au niveau de chômage et augmente fortement : + 18 % en 2009 et + 8 % en 2010.

2. Des mesures de redressement prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 à hauteur de 3 milliards d'euros

Après mesures, le solde du régime général pour 2010 s'améliore de 3 milliards d'euros pour s'établir à - 30,6 milliards d'euros. L'effort est partagé entre une maîtrise de la dépense et des mesures d'ajustement en recettes permettant de limiter les niches sociales et de valoriser le travail.

En 2010, l'ONDAM est fixé à 3 %, soit une progression inférieure à celle votée l'année dernière. Respecter cet objectif nécessite de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses. La progression par sous-secteur sera de 2,8 % pour les dépenses de soins de ville, 2,8 % pour les dépenses hospitalières et 5,8 % pour les dépenses médico-sociales. La politique de maîtrise des dépenses de santé repose sur le renforcement de l'efficacité du système de soins et sur des choix de financement permettant de garantir la soutenabilité du système d'assurance maladie.

En matière de recettes, les mesures restent limitées et centrées sur la réduction des niches sociales. Toute hausse des prélèvements obligatoires est en effet exclue car elle freinerait la sortie de crise et pénaliserait la compétitivité de l'économie française. Trois mesures de réduction des niches sociales auront un impact financier en 2010 :

- la suppression de l'exonération en cas de succession des intérêts des contrats d'assurance vie multi-supports (272 millions d'euros dont 174 millions d'euros pour le régime général) ;
- l'augmentation à 4 % de la contribution dite « forfait social » sur les revenus accessoires aux salaires (380 millions d'euros affectés à la CNAM) ;
- le doublement des taux de la contribution sur les retraites chapeau (25 millions d'euros pour le FSV).

L'imposition aux prélèvements sociaux des plus-values mobilières au premier euro de cessions s'appliquera à compter de 2010 et aura un impact financier à partir de 2011.

Par ailleurs, une mesure de financement exceptionnelle est prévue en 2010 pour répondre aux besoins financiers liés à la pandémie grippale. Le projet de loi de financement pour 2010 prévoit une participation des organismes d'assurance complémentaire en santé à hauteur de 300 millions d'euros. Cette mise à contribution des complémentaires se justifie par le caractère collectif de la campagne de vaccination qui ne permet pas de passer par les voies classiques du circuit de remboursement (ticket modérateur sur chaque dose de vaccin injectée). La recette sera affectée à l'assurance maladie en 2010 et compensera l'avance de financement consentie par celle-ci en 2009.

Enfin, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit une mesure de transfert à hauteur de 0,6 milliard d'euros entre le FSV et la CNAV au profit de cette dernière. Cette disposition s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement des avantages non contributifs de vieillesse.

Le FSV prendra en charge, à compter de 2009, le financement des validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, ou d'invalidité. Le FSV finance déjà de la même manière les validations gratuites accordées au titre du chômage. Cette opération sera conduite en deux temps, pour environ 600 millions d'euros en 2010 et autant en 2011. Elle sera neutre financièrement pour le FSV. Celui-ci profite en effet du transfert progressif sur trois ans de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour enfants à la CNAF, voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Synthèse

		(en milliards d'euros)	
		Rendement total	Impact régime général
Dépenses	ONDAM à 3 %	2,2	1,8
Recettes	Assurance vie multi-supports	0,3	0,2
	Forfait social	0,4	0,4
	Retraite chapeau	0,03	FSV
	Contribution exceptionnelle sur les organismes complémentaires	0,3	0,3
Transfert	Financement des validations gratuites de trimestres maladie, maternité ou invalidité	0,6	0,6
TOTAL		3,8	3,3

3. Un déficit structurel en baisse qui représente 25 % du déficit prévisionnel 2010

Selon la même méthodologie que celle présentée pour la décomposition structurelle et conjoncturelle du déficit 2009, c'est-à-dire en prenant comme référence les hypothèses macroéconomiques moyennes sur les dix derniers exercices (2,25 % d'évolution du PIB en volume, 4,1 % de masse salariale et 1,6 % d'inflation), le déficit structurel du régime général serait en 2010 de 8,2 milliards d'euros avec un ONDAM à 3 %. Cela représente une amélioration du déficit structurel de 0,3 milliard d'euros par rapport à 2009. C'est l'effet de l'ensemble des mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, des mesures de préservation des recettes sociales et de l'évolution modérée des dépenses famille et vieillesse qui sont revalorisées en fonction de l'inflation.

Sur les 30,6 milliards d'euros de déficit du régime général en 2010, l'impact de la crise économique représenterait en conséquence 22 milliards d'euros, soit 73 % du déficit total.

Poursuivre l'effort de limitation des niches sociales

Depuis 2008, l'action du gouvernement en matière de prélèvement social s'est traduite par la rationalisation de plusieurs dispositifs d'exonération et par l'élargissement du financement de la sécurité sociale à des éléments de rémunération accessoires aux salaires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a créé une contribution patronale et une contribution salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'action. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a permis d'assujettir les revenus d'intéressement et de participation à un forfait social de 2 %. En matière de gouvernance, la loi de programmation des finances publiques prévoit que toute création ou élargissement d'un dispositif d'exonération devra être gagé par la suppression d'un autre dispositif.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 poursuit les mêmes objectifs et vise à consolider les ressources de la sécurité sociale en limitant les niches sociales.

1. Poursuivre l'élargissement du financement du prélèvement social aux revenus du capital

Deux mesures sont prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 sur les revenus du capital. Elles s'inscrivent dans un objectif de valorisation du travail avec un principe simple : les revenus du capital doivent être soumis aux prélèvements sociaux au même titre que les salaires. C'est d'ailleurs conforme à la logique initiale de la contribution sociale généralisée (CSG) qui a été créée pour alléger les charges qui pèsent sur le travail en répartissant les prélèvements sociaux sur tous les types de revenus.

Imposition aux prélèvements sociaux de toutes les plus-values de cessions mobilières

Les plus-values de cessions à titre onéreux de valeurs mobilières (actions, obligations...) et de droits sociaux réalisées par les particuliers résidant fiscalement en France sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux en tant que revenus du patrimoine.

Les gains nets réalisés lors de la cession de valeurs mobilières et droits sociaux sont imposables à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 18 % et aux prélèvements sociaux au taux global de 12,1 %, dès lors que le montant annuel des cessions imposables excède, par foyer fiscal, 25 730 euros en 2009.

Ce seuil d'exonération a régulièrement été augmenté dans les dernières lois de finances : le seuil a été successivement porté de 7 650 euros en 2002, à 15 000 euros en

2003, à 20 000 euros en 2007, à 25 000 euros en 2008. Il est, depuis 2008, indexé sur la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Ces revalorisations ont eu pour conséquence mécanique une contraction progressive de l'assiette des prélèvements sociaux, sans prise en compte de leur effet négatif sur les recettes de la sécurité sociale.

Le prélèvement social doit être universel. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc d'assujettir aux prélèvements sociaux les plus-values réalisées au premier euro de cession. En revanche, le régime fiscal au titre de l'impôt sur le revenu reste inchangé. De même les règles de report des moins-values sur dix ans continuent de s'appliquer pour l'impôt sur le revenu comme pour les prélèvements sociaux.

Cette mesure ne sera pas rétroactive. Elle s'appliquera à partir des cessions réalisées au 1er janvier 2010. Elle devrait générer 113 millions d'euros de recettes aux organismes sociaux à compter de 2011.

Suppression de l'exonération en cas de succession sur les contrats d'assurance vie multi-supports

Aujourd'hui, selon la nature du contrat d'assurance vie, le régime social est différent. Pour les contrats d'assurance vie en euros, les prélèvements sociaux à hauteur de 12,1 % sont dus chaque année au moment de l'inscription en compte des intérêts. Pour les contrats en unités de comptes ou les contrats multi-supports, ils ne s'appliquent qu'au dénouement du contrat. En cas de dénouement du contrat à l'occasion d'une succession, il n'y a aucun prélèvement social.

Cette exonération ne se justifie pas. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit donc de rétablir une égalité de traitement social entre les souscripteurs de contrats d'assurance-vie. Désormais, les prélèvements sociaux seront dus sur tous les contrats d'assurance vie, que ce soit pour les contrats en euros ou les contrats multi-supports.

Cette mesure s'appliquera à l'ensemble des intérêts capitalisés sur les contrats en cours lors des dénouements de contrat intervenant à compter du 1^{er} janvier 2010, quelle que soit la date de souscription du contrat. Son rendement est estimé à 273 millions d'euros en 2010.

Décomposition des prélèvements sur les revenus du capital et leur affectation

Détail des prélèvements sociaux à hauteur de 12,1 % sur les revenus du capital	Plus-values de cessions mobilières (113 M€ à compter de 2011)	Assurance vie sur les contrats multi-supports (273 M€ en 2010)
<ul style="list-style-type: none"> - 8,2 % CSG - 0,5 % CRDS - 2 % additionnel sur le capital - 0,3 % CNSA - 1,1 RSA 	<ul style="list-style-type: none"> - 71 M€ au régime général (55M€ CNAM, 10M€ CNAF, 5 M€ CNAVTS) - 8 M€ FSV - 4 M€ CNSA - 6 M€ CADES - 13 M€ FRR - 10 M€ FNSA (fonds RSA) 	<ul style="list-style-type: none"> - 174 M€ au régime général (135 M€ CNAM, 25 M€ CNAF, 14 M€ CNAV) - 21 M€ FSV - 16 M€ CADES - 29 M€ FRR - 9 M€ CNSA - 24 M€ FNSA (fonds RSA)

2. Normaliser le régime social des retraites chapeau

Les retraites chapeau sont des régimes de retraite très particuliers qui s'ajoutent aux retraites de base et aux retraites complémentaires et supplémentaires pour les salariés ou les mandataires sociaux. Ce sont des régimes à prestations définies : la retraite chapeau complète en général les autres éléments de retraite du bénéficiaire pour garantir un niveau prédéfini total de retraite. Leur bénéfice est subordonné à la présence du salarié dans l'entreprise lors de l'achèvement de sa carrière. Elles ne sont financées que par des abondements de l'employeur qui ne sont pas soumis à cotisations sociales.

La loi du 21 août 2003 a instauré une contribution à la charge de l'employeur et au profit du Fonds de solidarité vieillesse dont le taux en fonction du choix de l'employeur sur le mode de prélèvement (à l'entrée ou à la sortie), est compris entre 6 et 12 %.

Dans un objectif de normalisation du régime social de ces dispositifs réservés aux cadres dirigeants, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un doublement de ces taux :

- 12 % ou 24 % sur les abondements de l'employeur (12 % en cas d'externalisation de la gestion à un assureur et 24% en cas de gestion en interne de ces retraites chapeau)
- si l'employeur a choisi l'option consistant à contribuer sur les rentes (c'est-à-dire à la sortie et non à l'entrée), le montant de la contribution sur les rentes sera de 16 %.

Le doublement de la taxe devrait générer 25 millions d'euros affectés comme aujourd'hui au Fonds de solidarité vieillesse.

3. Accroître la contribution au financement de la sécurité sociale des revenus accessoires au salaire

Depuis 2009, les revenus accessoires aux salaires pour lesquels il n'y a pas de cotisations sociales (participation, intéressement, épargne salariale, retraites supplémentaires) sont assujettis à une contribution patronale spécifique de 2 % affectée à la caisse nationale d'assurance maladie.

Le taux de cette contribution est extrêmement modéré au regard du niveau des cotisations patronales de sécurité sociale sur les salaires (30,38 %). Le développement des outils d'association des salariés aux résultats de l'entreprise ne doit pas s'accompagner d'une érosion de l'assiette du prélèvement social. C'est un constat partagé par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2007 sur le financement de la sécurité sociale et par les assemblées parlementaires (rapport d'Alain Vasselle en octobre 2007 et rapport d'Yves Bur en juin 2008).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc de porter le taux du forfait social à 4 %. Le rendement de cette mesure, estimé à 380 millions d'euros, sera affecté à la caisse nationale d'assurance maladie.

LES MESURES RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

- **Un ONDAM 2010 réaliste et équilibré entre la ville et l'hôpital**
- **Un objectif d'évolution de 2,8% sur les établissements de santé**
- **Un objectif d'évolution de 2,8% sur les soins de ville**
- **Impact de la grippe sur le PLFSS : une stratégie de prévention grâce à une campagne vaccinale pour éviter la pandémie**

Un ONDAM 2010 réaliste et équilibré entre la ville et l'hôpital

1. En 2009, les dépenses d'assurance maladie sont maîtrisées

La hausse du déficit de l'assurance maladie (de -4,4 milliards d'euros en 2008 à -11,5 milliards d'euros en 2009) est due à la crise économique, qui a entraîné une chute massive des recettes.

En revanche, la progression des dépenses d'assurance maladie, qui était supérieure à 5 % par an de 2000 à 2007, a ralenti pour s'établir aujourd'hui à un niveau davantage soutenable : 4 % en 2007, 3,5 % en 2008, 3,4 % en 2009.

En 2009, l'exécution de l'ONDAM sera très proche du niveau voté : le dépassement sera d'environ 300 millions d'euros, soit l'un des plus faibles depuis 1997.

Ces prévisions tiennent compte d'un gel de 50 millions d'euros sur le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, de 25 millions d'euros sur les crédits d'aide à la contractualisation des établissements de santé, et d'une restitution à l'assurance maladie de 150 millions d'euros de crédits non consommés de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sans que cela ait d'effet sur la mise en œuvre des plans de créations de places pour les personnes âgées et handicapées.

Ces prévisions ne tiennent cependant pas compte des dépenses supplémentaires qui pourraient être liées à la pandémie grippale.

2. Pour 2010, le Gouvernement entend donc poursuivre l'approche médicalisée de la maîtrise des dépenses en fixant l'ONDAM à 162,4 milliards d'euros, soit une progression de 3 % par rapport à 2009

L'objectif est de contenir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie par une politique de maîtrise permettant de conserver les principes fondamentaux de notre système d'assurance maladie : un taux de remboursement d'autant plus élevé que les pathologies sont graves, lourdes et coûteuses et les thérapeutiques chères, prouvées et efficaces.

Afin de tenir compte de l'ampleur du déficit, le Gouvernement propose de fixer le taux d'évolution globale de l'ONDAM à 3 %, au lieu de 3,3 % l'an dernier.

Ce taux constitue un effort important dans le contexte de crise que connaît notre pays (prévision de croissance du PIB de +0,75 % pour 2010 après la récession de -2,25 % en 2009).

Compte tenu du rythme de progression tendancielle des dépenses, il convient de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies pour atteindre cet objectif.

Il s'agit de parvenir à un rythme de progression des dépenses de santé et d'assurance maladie compatible avec la croissance à long terme de l'économie. Le taux d'ONDAM fixé en 2010 à 3 % est ainsi à rapprocher de la croissance du PIB en valeur, sur les vingt dernières années, qui a été autour de 3 % par an.

Le respect de cet objectif sera évalué, dans le cadre du comité de suivi de l'ONDAM et du comité d'alerte, en neutralisant les dépenses liées à la pandémie grippale (virus H1N1) en raison de son caractère exceptionnel.

Le Gouvernement propose une progression équilibrée entre les dépenses de soins ambulatoires et de soins hospitaliers, qui devront ainsi progresser au même rythme de 2,8 % sur l'année.

Les mesures d'économies prévues dans le PLFSS 2010 s'appuient sur les propositions faites par les caisses nationales d'assurance maladie début juillet. Tous les acteurs du système de soins devront poursuivre les efforts engagés depuis trois ans, les assurés étant néanmoins sollicités pour une part minoritaire (300 millions d'euros sur 2,2 milliards d'euros d'économies).

Il s'agit de continuer à adapter le système d'assurance maladie en l'ajustant au plus près des progrès médicaux, des marges d'efficience et des évolutions sociales.

La progression des dépenses consacrées au secteur médico-social est fixée à 5,8 %, ce qui permet de poursuivre le développement du secteur.

La progression des autres dépenses, dont fait partie la dotation au fonds pour l'intervention, la qualité et la coordination des soins, est quant à elle fixée à 5 % comme l'an dernier.

Un objectif d'évolution de 2,8 % sur les établissements de santé

Le PLFSS prévoit de fixer l'ONDAM hospitalier à 71,2 milliards d'euros, soit une progression de 2,8 %, taux qui permettra de poursuivre le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins, tout en poursuivant les efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé.

1 - Poursuivre le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population est au cœur de la politique hospitalière du Gouvernement.

Dans la continuité des années précédentes, les plans de santé publique bénéficieront de moyens importants. Ces plans ont vocation à améliorer la réponse aux besoins et la qualité de l'offre de soins dans des domaines nécessitant un effort particulier compte tenu des enjeux de santé publique : prise en charge du cancer, des personnes âgées, soins aux détenus, soins palliatifs...

L'adaptation et la modernisation de l'offre de soins passent également par une politique d'investissement. L'année 2010 verra le lancement de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012. Initié en 2007, ce plan a pour objet de soutenir financièrement les projets d'investissement répondant à des critères d'efficacité afin de favoriser les recompositions de l'offre hospitalière et de développer les systèmes d'information. Le plan Hôpital 2012 contribuera par ailleurs à soutenir l'activité économique par l'effet de levier qu'il génère sur les secteurs d'activité concernés.

Enfin, les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé feront l'objet d'une attention particulière. L'année 2010 marquera la première étape d'un processus de revalorisation salariale pour les professionnels paramédicaux, qui se prolongera dans les années à venir. Les quotas des internes en médecine continueront d'augmenter pour former les professionnels médicaux de demain.

2 - Poursuivre les efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé

Afin de mener à bien les études nécessaires à l'objectivation, l'analyse et la qualification des écarts de coûts, la date d'achèvement du processus de convergence intersectorielle entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé est repoussée de 2012 à 2018. Mais, dès 2010, une nouvelle approche sera expérimentée sous la forme d'une convergence ciblée sur certains séjours s'y prêtant plus particulièrement, notamment en chirurgie ambulatoire.

Dans le même temps, cinquante établissements de santé mettront en œuvre un projet de transformation hospitalière, qui portera sur leurs modalités d'organisation et de fonctionnement. Ces projets seront coordonnés par la nouvelle agence nationale pour la performance hospitalière (ANAP), et auront vocation à améliorer en profondeur, et sur

la durée, la performance globale des établissements de santé. Des retours d'expérience seront systématiquement organisés pour permettre une diffusion des résultats au-delà des établissements pilotes.

Afin de ralentir le rythme de progression des dépenses de transports sanitaires à prescription hospitalière, l'année 2010 verra par ailleurs la mise en place d'un nouveau mécanisme de régulation. En effet, ce poste de dépense connaissant des taux d'évolution particulièrement élevés et non justifiés, une action spécifique s'impose pour le ramener à un niveau plus conforme à l'évolution réelle des besoins. Un mécanisme responsabilisant de contractualisation entre l'établissement, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie, sera ainsi proposé afin d'inciter les établissements de santé à réfléchir à une meilleure organisation de la prescription de transports sanitaires.

3. Ajuster le forfait journalier hospitalier

Créé en 1983 pour faire participer les patients aux frais d'hébergement à l'hôpital, le forfait journalier hospitalier, qui n'a pas augmenté depuis 2007, passera de 16 euros à 18 euros dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que dans les services de soins de suite et de réadaptation, et de 12 euros à 13,5 euros dans les services de psychiatrie.

Les plus modestes (CMUC, AME), ainsi que les femmes enceintes et les victimes d'accident du travail ou de maladie sont exonérés de ce forfait journalier hospitalier. Pour les autres patients, il peut être pris en charge par les complémentaires santé.

Cette mesure, qui représente une économie d'un peu moins de 160 millions d'euros, ne modifiera guère le niveau du reste à charge des ménages à l'hôpital, qui est de 3 %.

Un objectif d'évolution de 2,8 % sur les soins de ville

Le PLFSS pour 2010 prévoit de fixer l'ONDAM soins de ville à 75,2 milliards d'euros en 2010, soit un taux de progression de 2,8 % au lieu de 3,7 % de constaté en 2009.

Comme les années précédentes, les économies nécessaires pour atteindre cet objectif (1,8 milliard d'euros), passeront à la fois par un renforcement de la maîtrise médicalisée et par un ajustement des tarifs.

1. Améliorer les efforts de maîtrise médicalisée

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2009 ont créé ou renforcé les outils de maîtrise médicalisée, qui devraient permettre d'atteindre l'objectif de 595 millions d'euros d'économies en 2010, auquel s'ajoutent 150 millions d'euros de lutte contre la fraude.

Ainsi, les référentiels médico-économiques de la Haute Autorité de santé, par exemple sur la prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion plutôt que des sartans dans le traitement de l'hypertension artérielle, doivent conduire à freiner la croissance des dépenses de prescription de ces classes de médicaments.

L'extension de la mise sous entente préalable, qui fera l'objet d'une procédure renouvelée en 2010, permettra de sanctionner plus efficacement les surprescripteurs et de contribuer à ralentir les dépenses par un infléchissement de leurs pratiques.

La montée en puissance des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (plus de 10 000 au 1^{er} octobre 2009) incitera les professionnels de santé à amplifier leurs efforts de maîtrise médicalisée.

Un effort sera tout particulièrement demandé sur les indemnités journalières, qui représentent près de 8 milliards d'euros et une croissance de près de 7 % en 2009. Ce rythme de progression devrait ralentir sous l'effet conjugué de la diffusion des référentiels élaborés par la CNAMTS, de la procédure renouvelée de mise sous entente préalable et de la généralisation de l'expérience de la contre-visite de l'employeur.

Sur la question de la croissance des dépenses liées aux affections de longue durée, le Gouvernement adopte une approche exclusivement médicalisée, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, et notamment à son avis de décembre 2007. Il est ainsi prévu, dans le cadre du plan Cancer II, de permettre aux personnes guéries du cancer de rester moins longtemps dans le statut d'affection de longue durée, tout en continuant à bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens de suivi. L'objectif est de favoriser la réinsertion sociale de ces personnes. Afin de tarir à la source la progression des maladies chroniques, liée notamment au vieillissement démographique, le Gouvernement souhaite en outre renforcer les actions de prévention primaire sur l'hypertension artérielle et sur les facteurs de risque cardiovasculaires et généraliser les expériences d'éducation et d'accompagnement thérapeutique, qu'il s'agisse du programme Sophia de la CNAMTS ou de celui de la Mutualité sociale agricole.

2. Ajuster les tarifs et les prix.

Les prix payés par l'Assurance maladie pour certains services ou certains biens de santé n'intègrent pas toujours l'évolution des gains de productivité résultant du progrès technique.

Dans certains secteurs à très haute valeur ajoutée, les niveaux de rémunération sont beaucoup plus élevés que la moyenne. C'est le cas de la radiologie et de la biologie, secteurs dans lesquels existent des marges importantes par rapport aux tarifs de la sécurité sociale, qu'il est donc prévu de diminuer à hauteur de 240 millions d'euros.

Comme chaque année, des diminutions de prix seront opérées sur les produits de santé. D'un montant d'environ 460 millions d'euros, qui s'ajouteront aux 200 millions d'euros d'économies liées à la générication du clopidrogel (Plavix), elles porteront aussi bien sur les génériques que sur les médicaments traditionnels, ainsi que sur les dispositifs médicaux.

Afin de sécuriser ces économies, qui devraient conduire à une évolution des dépenses de remboursement de médicaments de l'ordre de 2,2 %, le taux k^1 sera fixé à 1 %. Le ralentissement économique et l'absence de prévision d'arrivée sur le marché de potentiels médicaments innovants avec un chiffre d'affaires élevé, justifient ce niveau inférieur de 0,4 point à celui qui avait été déterminé pour 2008-2011.

Enfin, reprenant, tout en la modifiant dans ses modalités, l'idée de Mutualité sociale agricole et du Régime social des indépendants de diminuer le taux de remboursement de certains médicaments à 35 %, dont le service médical rendu est jugé modéré ou faible, le Gouvernement prévoit de réduire à 15 % le taux de remboursement des médicaments dont le service médical rendu est jugé faible dans toutes leurs indications, ainsi que des médicaments restés à 35 % alors que leur service médical a été jugé insuffisant.

Cette mesure, qui ne nécessite pas de nouvel avis de la Commission de transparence, respecte le principe fondamental de notre système d'assurance maladie selon lequel le niveau de remboursement varie en fonction de l'intérêt thérapeutique du médicament. Désormais, quatre taux de remboursement coexisteront au lieu de trois actuellement : 100 % pour les médicaments irremplaçables et très coûteux, 65 % lorsque le service médical rendu est jugé majeur ou important, 35 % lorsqu'il est jugé modéré et 15 % lorsqu'il est faible dans toutes les indications. En outre, toute diminution du taux de remboursement est compensée par l'entrée au remboursement de médicaments présentant un intérêt thérapeutique très élevé, pour un montant global annuel d'environ 1 milliard d'euros.

Les personnes actuellement exonérées du ticket modérateur, par exemple lorsqu'elles sont en affection de longue durée, ne seront évidemment pas concernées par cette mesure, qui devrait permettre de réaliser 145 M€ d'économies. Le Tamiflu restera remboursé à 35 % et les analgésiques tels que l'aspirine ou le paracétamol à 65 %.

¹ taux de croissance du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (hors médicaments orphelins, remboursés à 100 %, et hors médicaments intégrés dans les groupes homogènes de séjour) au-delà duquel, en application d'une clause de sauvegarde, les laboratoires pharmaceutiques doivent verser des remises à l'Assurance maladie

Impact de la grippe sur le PLFSS : une stratégie de prévention grâce à une campagne vaccinale pour éviter la pandémie

Le PLFSS 2010 prévoit trois dispositions liées à la lutte contre la pandémie grippale.

1. Le Gouvernement a fait le choix d'offrir à la population une vaccination gratuite contre le virus H1N1

Il a donc assuré l'achat de vaccins par l'Etablissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), qui est financé à parité entre l'Etat et l'Assurance maladie (coût de l'achat des vaccins de l'ordre de 870 millions d'euros, coût de 1,1 milliard d'euros si on inclut les autres achats nécessaires à la campagne de vaccination, sans tenir compte du coût des réquisitions des personnels de santé pour la vaccination).

Afin de régulariser cet engagement, il est nécessaire d'augmenter les dotations versées à l'EPRUS par l'Assurance maladie et par l'Etat par rapport à ce qui était prévu pour 2009.

Ces augmentations interviendront dans le projet de loi de finances rectificative de 2009 et dans la partie rectificative du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Leur montant est calibré de manière à assurer un financement paritaire entre l'Etat et l'Assurance maladie.

2. Les complémentaires santé participeront au financement des vaccins

Les membres de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) considèrent que dans le contexte exceptionnel de lutte contre une pandémie, leur concours à cet effort de solidarité nationale est légitime.

Le PLFSS prévoit donc à titre exceptionnel et pour la seule année 2010, une participation des complémentaires santé, représentant environ 35% du coût des vaccins commandés, soit l'équivalent de ce qu'aurait été le ticket modérateur.

3. Les dépenses liées à la grippe H1N1 seront considérées comme ne faisant pas partie de l'ONDAM

Les dotations de l'assurance maladie à l'EPRUS ne font pas partie de l'ONDAM.

Compte tenu de leur caractère exceptionnel, les autres dépenses liées à la grippe ne seront pas comptabilisées dans l'évaluation du seuil de déclenchement du comité d'alerte.

Un engagement soutenu en faveur du secteur médico-social

1 - Un taux d'ONDAM médico-social qui témoigne de l'engagement du Gouvernement en faveur des personnes âgées et handicapées

Avec un taux de progression d'ONDAM (objectif national de dépense d'assurance maladie) médico-social de 5,8 %, soit une progression de près de 820 millions d'euros, le Gouvernement montre que, malgré le contexte économique dégradé, il est au rendez-vous des solidarités.

Grâce à cet effort soutenu, un développement important de l'offre en établissements et services pour personnes âgées et handicapées pourra être réalisé.

2 - Personnes âgées : priorité à la mise en œuvre du plan présidentiel Alzheimer

La progression de l'ONDAM permettra de mettre en œuvre des mesures nouvelles pour un montant de plus de 550 millions d'euros en 2010 afin de poursuivre le déploiement du plan Alzheimer, les créations de places nouvelles et la médicalisation des maisons de retraite.

Cet effort financier rend notamment possible :

- la création de 600 pôles d'activité et de soins Alzheimer (PASA), de 140 unités d'hébergement renforcé (UHR), et de 170 équipes mobiles pluridisciplinaires ;
- le financement de 2 125 places d'accueil de jour ainsi que de 1 125 places d'hébergement temporaire qui permettront notamment d'aider les proches de personnes atteintes d'Alzheimer ;
- la création de 7 500 places nouvelles en maisons de retraite, soit 2 500 de plus que les objectifs initialement prévus ;
- le financement de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- le financement de la médicalisation renforcée de 80 000 places en maisons de retraite, ce qui permettra la création de 5 000 emplois soignants ;
- des crédits seront mobilisés pour accroître le forfait transport des services d'accueil de jour.

L'effort en faveur de l'aide à l'investissement sera poursuivi en particulier pour les établissements s'adaptant à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

3 - Personnes handicapées : la réalisation du plan de création de places

Lors de la Conférence nationale du handicap, le 10 juin 2008, le Président de la République s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de construction de plus de 50 000 places (38 000 places pour adultes, 12 000 pour enfants), dont l'ouverture sera garantie à horizon de 7 ans.

Le défi sera donc relevé en 2010 puisque la mise en œuvre de ce plan va mobiliser plus de 360 millions d'euros de ressources nouvelles en faveur des établissements et services

pour personnes handicapées. Au total, ce sont donc près de 5 500 places nouvelles qui seront financées en 2010 par l'assurance maladie.

Concernant les enfants, les efforts seront poursuivis pour améliorer la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec la création ou l'extension de 15 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), 12 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et 1 000 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Conformément aux plans annoncés par le Gouvernement, une attention particulière sera portée sur certains publics prioritaires, tels que les enfants autistes (300 nouvelles places en IME et 200 en SESSAD), les enfants déficients visuels (140 nouvelles places en SESSAD), les enfants polyhandicapés (100 places en IME et IMPRO) et les enfants souffrant de déficience intellectuelle (150 places IME et IMPRO).

Concernant les adultes, le Gouvernement continue de se mobiliser pour résorber les listes d'attente existantes. Comme en 2009, 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM) seront financées et 300 places de foyers de vie seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc 1 500 places nouvelles de SSIAD et de SAMSAH qui seront créées, dont 500 places de SAMSAH dédiées aux personnes handicapées psychiques.

4 - L'intégration des frais de transport des adultes handicapés aux budgets d'établissement, une mesure de solidarité et d'équité

Afin de limiter les restes à charges pour les familles, de mettre fin aux inégalités de traitement sur le territoire résultant des pratiques différenciées des caisses d'assurance maladie et de favoriser la mutualisation des transports entre résidents, le PLFSS 2010 prévoit d'intégrer les frais de transport des adultes handicapés dans le budget des établissements, à l'instar de ce qui est déjà prévu pour les établissements accueillant des enfants.

Cette mesure permettra, d'une part, de remédier aux difficultés éprouvées par les personnes handicapées admises en accueil de jour dans une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Historiquement, l'assurance maladie finançait à titre dérogatoire les frais de transport individuel des adultes handicapés pour se rendre en établissement. Depuis la création de la prestation de compensation (PCH) en établissement, au printemps 2007, certaines caisses d'assurance maladie ont réduit leurs interventions. Le montant plafond de la prestation de compensation (200 euros par mois) n'est cependant pas toujours adapté en cas de transports quotidiens ou médicalisés.

Elle rendra possible, d'autre part, une meilleure organisation des transports par les établissements. Il est en effet apparu que la prise en charge des transports sur une base individuelle engendrait une très faible mutualisation des transports, là où, parfois, plusieurs trajets pourraient être groupés.

Cette proposition fait suite aux travaux d'un groupe de travail ayant associé toutes les parties concernées.

Accidents du travail et maladies professionnelles : inciter pour développer la prévention des risques professionnels

1. L'année 2009 : une année charnière pour la santé au travail

L'année 2009 est la dernière année du premier Plan de santé au travail (2005-2009). Elle a été marquée par plusieurs étapes importantes dans le domaine de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. Au cours du premier semestre et dans le prolongement des deux Conférences sur les conditions de travail de 2007 et 2008, le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) a été installé le 30 avril 2009.

Le COCT a vocation à accroître la capacité d'expertise, de veille technique et scientifique en matière de prévention. Il comporte un observatoire de la pénibilité chargé d'apprécier la nature des activités pénibles dans les secteurs public et privé, en particulier celles ayant une incidence sur l'espérance de vie. Enfin, le COCT permet de renouveler la démocratie sociale en jouant un rôle charnière dans l'élaboration du second Plan de santé au travail (2010-2014) qui sera finalisé d'ici à la fin 2009.

Ce second plan aura notamment vocation à développer une politique de prévention active sur de grandes cibles de risques (risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux). Il concentrera son action sur les secteurs économiques dans lesquels sont constatés le plus grand nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Enfin, il renforcera la coordination entre les services de santé au travail et la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

2. Pour inciter davantage les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention, le PLFSS 2010 instaure un système de « bonus-malus »

Les incitations financières constituent des éléments de motivation importants pour amener les entreprises à développer la prévention des risques professionnels et améliorer la sécurité et la santé au travail. Dans leur accord du 12 mars 2007, les partenaires sociaux ont souligné la nécessité d'améliorer le système existant en renforçant son caractère incitatif. La convention d'objectifs et de gestion, signée en décembre 2008, qui lie la branche accidents du travail-maladies professionnelles à l'État sur la période 2009-2012, pose des orientations en vue de la rénovation du dispositif.

Le PLFSS transpose ces orientations en instaurant un système de « bonus-malus » simplifié pour les entreprises.

En ce qui concerne le « bonus », le PLFSS généralise un dispositif d'aides financières simplifiées sous forme de subventions directes pour les entreprises réalisant un investissement de prévention conforme à des plans d'actions nationaux ou régionaux.

En ce qui concerne le « malus », le PLFSS rend les sanctions plus lisibles et dissuasives en prévoyant :

- un plancher de majoration de cotisation en cas de risque exceptionnel ;
- une simplification du mécanisme de sanction en cas de répétition constatée de situations de risque exceptionnel.

LA BRANCHE RETRAITE ET L'EMPLOI DES SENIORS

- **Sauvegarder les droits à retraite des mères de famille**
- **Confirmer la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors**

Le PLFSS 2010 sauvegarde les droits à retraite des mères de famille

1. Un dispositif aujourd'hui menacé par les évolutions de la jurisprudence

Les femmes assurées sociales relevant du régime général ou d'un régime aligné bénéficient aujourd'hui d'une majoration de leur durée d'assurance qui peut aller jusqu'à deux ans par enfant. Cette majoration est attribuée dès lors que l'enfant a été élevé par l'assurée au moins huit ans avant son seizième anniversaire.

Or la Cour de cassation a jugé, par un arrêt du 19 février 2009, que ce dispositif de majoration de durée d'assurance n'était pas compatible avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui proscrit les discriminations fondées sur le sexe. En vue d'assurer la compatibilité de la loi avec la norme internationale, elle a donc étendu la majoration aux hommes.

La solution adoptée par la Cour de cassation comporterait, en l'absence de modification de la loi, deux sources d'iniquité :

- en traitant sur le même plan hommes et femmes, elle ne permettrait plus de prendre en compte le rôle prépondérant joué encore aujourd'hui par les femmes dans l'éducation des enfants ni les écarts de durée d'assurance qui en résultent ;
- en alourdissant de façon démesurée la charge financière (9 milliards d'euros par an à horizon 2040) pesant sur les régimes de retraite, elle ferait supporter aux générations futures un endettement supplémentaire s'ajoutant aux besoins de financement existants.

Le Gouvernement a donc souhaité agir pour sauver cet élément de justice et sécuriser les droits à retraite des mères. Les partenaires sociaux membres du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse ont d'ailleurs, le 10 septembre dernier, appelé de leurs vœux une réforme du dispositif.

2. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 sauvegarde cet avantage en l'aménageant pour répondre aux nouvelles exigences juridiques et sociales

Le Gouvernement a souhaité sauvegarder la majoration de deux ans qui était menacée par la jurisprudence de la Cour de cassation, dans un double objectif :

- la consolider face à ces exigences juridiques nouvelles ;
- préserver les droits à retraite des mères de famille, en particulier pour les enfants déjà nés.

La solution figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale repose sur les principes adoptés majoritairement par les partenaires sociaux :

- une majoration de quatre trimestres sera accordée aux mères assurées sociales au titre de la grossesse et de la maternité.

Cette première majoration est destinée à compenser les charges qui résultent, pour les mères de famille, de différences biologiques objectives. Elle s'appuie donc sur la notion de « justification objective et raisonnable » dégagée par la Cour de cassation dans son arrêt de février dernier ;

- une majoration de quatre trimestres sera accordée aux couples au titre de l'éducation de l'enfant :

- pour les enfants nés avant la réforme, cette majoration reviendra à la mère sauf si le père démontre, avant la fin de l'année 2010, qu'il a élevé seul son enfant ;
- pour les enfants nés après la réforme, cette majoration sera accordée, dans le silence du couple, à la mère, mais pourra être répartie au sein du couple d'un commun accord entre les deux parents.

Cette réforme s'appliquera aux couples quel que soit leur statut (y compris les couples pacés ou vivant maritalement). Afin de laisser aux caisses de retraite un temps d'adaptation suffisant, elle sera applicable aux pensions liquidées à compter du 1^{er} avril 2010.

La mobilisation en faveur de l'emploi des seniors

1. Confirmer la mise en œuvre des mesures adoptées dans le cadre de la LFSS 2009

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a mis en œuvre plusieurs mesures décisives en faveur de l'emploi des seniors :

- le taux de la surcote a été porté de 3 à 5% par année cotisée après 60 ans et au-delà du taux plein : les premières données disponibles font état du succès de cette mesure, le taux d'utilisateurs de la surcote dépassant désormais 12 % ;
- le cumul emploi-retraite a été entièrement libéralisé pour les assurés âgés de plus de 65 ans ou âgés de plus de 60 ans et disposant d'une carrière complète : ce dispositif est désormais utilisé par plus de 7 % des nouveaux retraités, dont la grande majorité retravaille à temps partiel ;
- le régime des mises à la retraite d'office dans le secteur privé a été profondément réformé : celle-ci ne peut désormais intervenir avant l'âge de 70 ans sans le consentement de l'intéressé.

Le Gouvernement souhaite, dans un contexte économique dégradé, confirmer sa mobilisation en faveur de l'emploi des seniors. Ces derniers figurent en effet parmi les principales victimes de la crise. En outre, la sortie de crise doit être préparée dès maintenant pour que, le moment venu, l'emploi des seniors puisse bénéficier de la reprise.

Certaines branches professionnelles bénéficient aujourd'hui d'une dérogation leur permettant de procéder à la mise à la retraite d'office de salariés âgés de 60 ans et pouvant bénéficier d'une pension de retraite au taux plein : ces dérogations doivent prendre fin le 31 décembre 2009 et ne seront pas prolongées.

Enfin l'article 87 a mis en place un dispositif d'incitation, pour les entreprises et les branches professionnelles, à la conclusion d'accords en faveur de l'emploi des seniors : à défaut de conclusion d'un tel accord, les entreprises devront acquitter une pénalité de 1 % de la masse salariale à compter du 1^{er} janvier prochain.

2. Permettre le versement de la pension d'invalidité de première catégorie jusqu'à l'âge de 65 ans

La pension d'invalidité est destinée à compenser la situation d'invalidité qui réduit d'au moins de deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'intéressé. Les invalides dits de « première catégorie » (dont le niveau d'incapacité permet la poursuite d'une activité) peuvent toutefois, s'ils le souhaitent, exercer une activité professionnelle et donc cumuler leur pension avec des revenus d'activité.

À 60 ans, la pension d'invalidité est remplacée d'office par la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail. Cette pension de retraite ne peut généralement être cumulée avec une activité professionnelle, le cumul emploi-retraite n'étant possible à partir de 60 ans que pour les assurés disposant d'une carrière complète. Il en résulte que les invalides de première catégorie sont aujourd'hui contraints de cesser leur activité professionnelle à 60 ans alors qu'un grand nombre d'entre eux souhaiterait la poursuivre.

Pour remédier à cette situation, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que la pension d'invalidité de première catégorie pourra être désormais versée, si l'intéressé le souhaite, jusqu'à l'âge de 65 ans.

Développer la garde d'enfant, une priorité de la politique familiale

1 - L'extension du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels, une mesure en faveur du développement de la garde d'enfant

La France est, avec l'Irlande, le pays de l'Union européenne où le taux de fécondité est le plus élevé, avec plus de deux enfants par femme. Pour accompagner et encourager le dynamisme de la natalité française, le Président de la République s'est engagé à développer 200 000 nouveaux modes de garde diversifiés, adaptés aux contraintes professionnelles des parents et aux réalités des territoires d'ici à 2012.

Aujourd'hui, les gardes auprès d'assistants maternels sont le principal mode d'accueil. Elles concernent 722 000 jeunes enfants. Le Gouvernement souhaite que ce mode de garde puisse être développé et a fixé un objectif de 100 000 places nouvelles auprès des assistants maternels à l'horizon 2012. Or, l'activité des assistants maternels et leur agrément sont étroitement liés aux conditions d'accueil des enfants à leur domicile.

Afin de faciliter le développement de ce mode d'accueil et de diminuer les obstacles à l'installation dans la profession, il est proposé d'ouvrir le prêt pour l'amélioration de l'habitat (PAH) aux assistants maternels.

L'extension de ce prêt aux assistants maternels leur permettra de financer des travaux à leur domicile, dès lors que ceux-ci sont liés à leur activité professionnelle. Ainsi, des travaux destinés à améliorer la sécurité des enfants accueillis ou à transformer le logement pour permettre l'accueil des enfants en cas de première installation pourront être financés par le recours au PAH. Ce prêt pourra également accompagner le passage de trois à quatre enfants gardés, autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Caractéristiques techniques du prêt destiné aux assistants maternels

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Plafond du prêt : 10 000 euros- Modalités de remboursement : échancier porté à 120 mois- Taux : prêt à taux zéro |
|---|

Cette mesure complète l'ensemble des dispositions prises par le Gouvernement pour développer la garde d'enfant.

2 - Les outils nécessaires à la mise en œuvre du développement de la garde d'enfant

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 :

- a permis aux assistants maternels d'exercer leur métier dans un même local, ce qui renforce l'attractivité de la profession ;
- a autorisé les assistants maternels à garder quatre enfants au lieu de trois ;

- a enfin prévu l'augmentation de 10 % du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant pour les parents qui ont des horaires de travail atypiques.

Le Gouvernement se mobilise par ailleurs pour développer les modes d'accueil collectif.

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion qui lie l'État à la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) pour la période 2009-2012 donne des moyens concrets à cet engagement. Grâce à un taux d'augmentation de 7,5 % par an du Fonds national d'action sociale, qui correspond à une progression de près de 1,3 milliard d'euros d'ici à 2012, plus de 100 000 solutions collectives d'accueil du jeune enfant pourront être créées.

Une politique de lutte contre la fraude renforcée

La lutte contre les fraudes n'apportera pas à elle seule une solution aux difficultés financières de la sécurité sociale, même si les sommes en jeu sont loin d'être négligeables. **Améliorer l'efficacité de la lutte contre les fraudes est avant tout une question de justice.** Au moment où la sécurité sociale est fragilisée par les déficits, tous les Français doivent se montrer solidaires et respecter les règles du jeu.

Les résultats obtenus montrent que les efforts entrepris ces dernières années pour accroître la mobilisation des acteurs, développer de nouveaux outils de contrôle et renforcer les sanctions commencent à porter leurs fruits.

Le PLFSS 2010 marque une nouvelle étape dans le renforcement de la lutte contre la fraude sociale. L'axe privilégié est l'amélioration de l'efficacité du contrôle des arrêts maladie pour réduire le nombre d'arrêts injustifiés.

I - Bilan des actions menées depuis deux ans dans le domaine de lutte contre la fraude sociale

Le pilotage de la lutte contre la fraude aux finances publiques a été confié au ministre des comptes publics par le Président de la République et le Premier ministre en octobre 2007. La politique menée depuis cette date s'est développée autour de plusieurs axes prioritaires.

Un réseau dédié à la lutte contre la fraude a été mis en place. La création d'un Comité National de Lutte contre la Fraude permet de réunir les ministres concernés par la fraude aux finances publiques afin de fixer un programme annuel de travail. La Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude a été créée pour coordonner l'action des administrations et des caisses nationales. Au sein des caisses nationales, les directions en charge de la fraude et, dans les organismes locaux, les cellules « fraudes » constituent à présent un véritable réseau dédié à la prévention et à la détection des fraudes.

La lutte contre les fraudes est devenue un objectif prioritaire de l'action des caisses de sécurité sociale. La branche famille et la branche vieillesse ont signé des engagements très précis avec l'Etat pour les années 2009-2012. Elles se sont notamment engagées à une refonte de leur politique de maîtrise des risques et à un renforcement de la professionnalisation du métier de contrôleur. Ces engagements feront l'objet d'une évaluation régulière.

Les outils de contrôle des fausses déclarations ont été améliorés. Les conditions d'ouverture de droits aux prestations sont mieux contrôlées, notamment sur la condition de résidence stable et effective en France et sur les ressources. Les organismes peuvent désormais procéder à une évaluation des ressources selon les éléments de train de vie ou demander directement, dans le cadre du droit de communication, des informations à des tiers (banques, EDF-GDF, opérateurs de téléphonie).

Le Répertoire National des Bénéficiaires (RNB) permet aux CAF de mieux identifier leurs allocataires, ce qui évite de verser deux fois des prestations à une même personne. Les CAF ont également accès aux fichiers des déclarations préalables à l'embauche, ce qui leur permet d'être informées de la reprise d'activité professionnelle d'un allocataire.

Enfin, un échange de fichiers entre la branche famille et la direction générale des finances publiques a remplacé en 2008 la déclaration de ressources pour les demandeurs de prestations familiales. Cette nouvelle procédure a également permis d'identifier les personnes dont les déclarations de revenu pour toucher le RMI sont inférieures à leur revenu fiscal. 20 000 personnes ont été identifiées et contrôlées en 2009. Près de 10 000 d'entre elles se sont vu notifier un trop versé, pour un montant total de 20 millions d'euros.

Les sanctions contre les fraudeurs ont été renforcées et les procédures applicables en cas de fraude ont gagné en efficacité. La procédure des pénalités financières dans la branche maladie a été simplifiée et les sanctions ont été accrues. Une procédure de redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé a été instaurée : si aucune preuve d'une embauche récente n'est apportée, un redressement de cotisations sur six mois est effectué. Plus de 800 applications de cette nouvelle possibilité ont été faites au cours du premier semestre 2009 pour un montant de redressement de 5,3 millions d'euros.

Une politique active de lutte contre le travail illégal a été menée. En effet, le travail illégal constitue sans doute le domaine dans lequel la fraude représente le coût financier le plus important dans le domaine social. C'est un manque de recettes pour la sécurité sociale, mais ce sont également des prestations indûment versées à des personnes qui dissimulent les revenus tirés d'un travail au noir. Outre la mesure de redressement forfaitaire évoquée, des mesures ont été prises pour responsabiliser les donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs sous-traitants ou pour contrôler le détachement de salariés étrangers. Les URSSAF transmettent désormais systématiquement aux caisses prestataires les procès-verbaux de travail dissimulé afin de vérifier que le travailleur au noir ne perçoit pas de prestations sociales attribuées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité.

Cette politique a permis en 2008 de détecter des fraudes pour un montant de 365 millions d'euros, soit une augmentation de l'ordre de 65 % sur les années 2006-2008.

II - Présentation des mesures fraudes du PLFSS 2010

1 - L'intensification de la lutte contre les arrêts de travail abusifs

La forte croissance des dépenses d'indemnités journalières (IJ) contribue au déficit de l'assurance maladie. En 2008, les IJ ont augmenté de plus de 5,8 % en 2008 et de 6,6 % sur les cinq premiers mois de l'année 2009 par rapport à la même période de 2008.

Par ailleurs, l'assurance maladie a mis en évidence de fortes disparités géographiques qui ne sont pas liées à l'état de santé ou aux caractéristiques de la population (âge, secteur d'activité...) et elle a constaté que, pour une même pathologie, la durée d'arrêt varie fortement entre départements (de 17 jours à 25 jours pour une appendicite ; de 30 jours à plus de 90 jours pour une lésion interne du genou).

Enfin, une étude récente de la CNAMTS sur l'année 2008 montrait que 13% des arrêts de moins de 45 jours contrôlés étaient trop longs ou injustifiés.

Pour toutes ces raisons, l'intensification de la lutte contre les arrêts de travail injustifiés est l'axe principal du PLFSS 2010 dans le domaine de la lutte contre les fraudes.

Il est proposé de **généraliser l'expérimentation prévue en LFSS 2008 pour renforcer la coordination entre les actions du service médical des caisses et les prérogatives des employeurs en matière de "contrevisite"**. En effet, un rapport transmis au Parlement en août 2009 conclut au succès de l'expérimentation. Le constat médical de l'absence de justification d'un arrêt maladie, établi par le médecin diligenté par l'employeur (contrevisite), entraînera nécessairement une décision du service du contrôle médical de l'assurance maladie : nouveau contrôle du salarié ou suspension du versement des indemnités journalières. Auparavant, le résultat de la contrevisite pouvait être laissé de côté par l'assurance maladie.

La seconde mesure a pour objet de lutter contre les arrêts de travail successifs abusifs, en subordonnant à l'avis du contrôle médical de l'assurance maladie la reprise du versement des IJ suspendu à la suite d'un contrôle, en cas de prescription d'un nouvel arrêt de travail. En effet, les arrêts de travail considérés comme non justifiés par le service du contrôle médical donnent lieu à suspension d'IJ par la caisse de l'assuré. Toutefois, ils peuvent être suivis d'un nouvel arrêt de complaisance, permettant la reprise du versement des IJ. Les caisses ne disposent alors d'aucun moyen d'action pour lutter contre cet abus manifeste, sauf à contrôler une nouvelle fois l'assuré.

Enfin, **deux mesures contribuent à renforcer l'équité du contrôle avec l'idée que tous les Français, quel que soit leur statut, doivent être soumis aux mêmes règles.**

Dans plusieurs régions et administrations, **un transfert du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires aux caisses du régime général sera expérimenté**. En effet, la politique de contrôle des arrêts maladie est moins développée dans le secteur public. Cette mesure doit encore faire l'objet de discussions avec les organisations syndicales et de travaux techniques complémentaires. En tout état de cause, elle sera mise en œuvre en 2010.

Le contrôle administratif des arrêts maladie au sein du régime social des indépendants (RSI) sera rendu plus efficace. Aujourd'hui, le RSI a peu de moyens pour obliger les assurés à respecter les heures de sortie autorisées ou à se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. Désormais, comme c'est le cas dans le régime général, le RSI pourra retenir tout ou partie des indemnités journalières dues pour la durée de l'arrêt de travail **restant à courir**, en cas de non respect d'une de ces obligations. Jusqu'à présent, la caisse du RSI pouvait uniquement retenir l'indemnité **le jour** où le non respect d'une obligation était constaté, ce qui limitait les effets du contrôle.

2 Des échanges d'information pour détecter des logements fictifs

Les aides au logement représentent près de 30 % des fraudes détectées par la branche famille en 2008. Ces fraudes sont rendues possibles par la production de fausses déclarations, notamment par la production d'un faux bail correspondant à un logement fictif. **Les caisses d'allocation familiales (CAF) pourront contrôler la réalité de l'existence des logements loués par des bailleurs** en leur permettant de recueillir les données nécessaires auprès de l'administration fiscale. L'accès aux fichiers de la taxe foncière ou de la taxe d'habitation leur sera donné, alors qu'en l'état actuel du droit, cette possibilité ne leur est pas ouverte.

3 - Une amélioration de l'efficacité des sanctions applicables dans la branche famille et vieillesse

La loi de financement de sécurité sociale pour 2006 a institué la possibilité au sein des branches vieillesse et famille d'infliger des pénalités financières. Après trois ans d'application d'un dispositif, des adaptations sont nécessaires afin d'en renforcer l'efficacité, notamment :

- L'extension du champ des personnes susceptibles de se voir infliger une pénalité (par exemple les bailleurs en cas de fraudes au logement ou les employeurs qui ne déclarent pas une personne bénéficiaire de prestations sociales) ;
- La suppression de la nécessité de constater un indu qui rend difficiles des pénalités sur les prestations vieillesse, par exemple : l'indu ne survient qu'au moment du versement de la pension alors que la fraude peut avoir eu lieu plusieurs années avant ;
- L'intégration de nouveaux motifs de pénalité (travail dissimulé par exemple) ;

- L'allègement de la procédure : la commission des pénalités financières sera maintenue mais elle ne sera saisie qu'en cas de recours gracieux de l'auteur de la fraude à l'encontre de la décision du directeur de l'organisme.
- Un relèvement du plafond de la pénalité à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (11 436 euros).
- La suppression d'un barème de pénalités établi en fonction du montant de l'indu : le montant de la pénalité est désormais exclusivement fixé en proportion de la gravité des faits. Le montant de l'indu constaté ou évité ne constituera plus qu'un critère d'appréciation de la gravité de ces faits.

4 - Une adaptation des contrôles pour les professions de santé qui ont de fortes activités

Pour les professions de santé qui ont une forte activité, il est proposé de réaliser des contrôles sur la base d'un échantillon et d'en déduire une pénalité se rapportant à l'ensemble de l'activité.

En effet, les actes facturés par certains professionnels de santé (pharmaciens, fournisseurs, transporteurs sanitaires, laboratoires de biologie médicale...) portent sur des volumes tels qu'ils rendent impossible un contrôle exhaustif de leur activité.

De telles modalités existent déjà pour le contrôle de la tarification à l'activité dans les hôpitaux.

Cet outil sera utilisé de façon mesurée : la procédure sera contrôlée par le directeur de l'UNCAM et la pénalité sera limitée à 5% des dépenses annuelles prises en charge par l'assurance maladie.