

PLFSS 2012

Dossier de presse

- Présentation générale du PLFSS pour 2012
- Les comptes du régime général en 2011 et 2012
- Un effort important en faveur des recettes de la sécurité sociale
- Les dépenses de santé sont maîtrisées en 2010 et 2011 : l'ONDAM voté par le Parlement est respecté
- La maîtrise des dépenses de santé se poursuit en 2012 : un ONDAM fixé à 2,8%
- La maîtrise des dépenses de soins de ville
- La poursuite des efforts d'efficience des établissements de santé
- Maintenir un haut niveau d'accès aux soins
- Un renforcement de la cohérence et de l'équité du système de retraite par répartition
- Un effort ciblé en direction des familles monoparentales
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles revient à l'équilibre en 2011
- Un engagement accru en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées
- L'amélioration de la performance de la sécurité sociale et la lutte contre la fraude

Présentation générale du PLFSS pour 2012

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012 s'inscrit dans la stratégie de réduction du déficit public à 4,5% en 2012, 3% en 2013 et 2% en 2014.

Il traduit la volonté du Gouvernement d'assurer une stricte maîtrise des dépenses sociales et d'affecter aux régimes sociaux une part importante des nouvelles recettes annoncées par le Premier Ministre le 24 août 2011.

Le PLFSS pour 2012 poursuit ainsi et amplifie l'effort de redressement des comptes sociaux entamé avec la LFSS pour 2011 et la réforme des retraites.

1. Le redressement des comptes sociaux

Le déficit du régime général a atteint un niveau de 23,9 milliards d'Euros en 2010 pour des raisons qui étaient d'abord conjoncturelles, puisqu'il était de 10 milliards d'Euros avant la crise en 2008. Sous l'effet de la crise, la masse salariale, principale assiette de ressources de la sécurité sociale, a en effet baissé en 2009 pour la première fois depuis 1945.

En 2011, ce déficit serait de -18,2 milliards d'Euros, en amélioration de près de 6 milliards d'Euros par rapport à 2010, et en amélioration de près de 3 milliards d'Euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2011, grâce notamment à une masse salariale plus dynamique qu'anticipé (+3,7%, au lieu de +2,9%).

En 2012, le contexte macro-économique pèsera sur les comptes de la sécurité sociale. D'une part, l'hypothèse de croissance du PIB a été revue à 1,75%, au lieu de 2,5% prévus initialement dans la LFSS pour 2011, et la croissance de la masse salariale est dorénavant anticipée à 3,7% au lieu de 4,5%. D'autre part, l'inflation prévisionnelle pour 2011 devrait s'établir à 2,1%, au lieu de 1,5% prévus en LFSS pour 2011, ce qui se traduira par une charge supplémentaire de 550 millions d'Euros pour le régime général en 2012 en raison de l'indexation sur les prix des prestations familiales et vieillesse.

Le déficit du régime général sera néanmoins en forte réduction en 2012 par rapport aux années qui précèdent, puisqu'il sera de 13,9 milliards d'Euros et sera ainsi réduit de 40% par rapport à 2010. Après avoir assuré le redressement des comptes des régimes de retraite par la loi du 9 novembre 2010 et le retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2018, le Gouvernement crédibilise la trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, dont le déficit s'établira à 5,9 milliards d'Euros en 2012 et sera ainsi divisé par deux en deux ans.

La perspective d'un retour à l'équilibre de l'assurance maladie à l'horizon 2015 est dorénavant réaliste ; elle nécessitera un effort continu d'amélioration de l'efficacité du système de soins afin de tenir dans la durée un ONDAM sensiblement inférieur à 3 %.

2. La maîtrise des dépenses

Le retour à l'équilibre des finances sociales passe par la poursuite d'une politique volontariste de maîtrise des dépenses.

La maîtrise des dépenses de retraite est inscrite depuis la réforme de 2010 dans une perspective pluriannuelle qui produit des effets progressifs et ne nécessite donc pas de réforme complémentaire au cours des années à venir. Le montant des économies pour l'ensemble des régimes de retraite est de 5,6 milliards d'Euros en 2012. Un suivi régulier de la montée en charge de la réforme sera assuré dans le cadre du Comité de pilotage des régimes de retraites (COPILOR).

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie, avec un ONDAM de moins de 3% en 2010, 2,9% en 2011 et 2,8% en 2012, impose de réaliser 2,2 milliards d'Euros d'économies compte tenu du rythme de progression tendancielle des dépenses. Ces mesures d'économies visent à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, en conservant 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. Elles porteront en 2012 notamment sur les médicaments, afin d'améliorer l'efficacité de la prescription et de rapprocher la France de ses partenaires européens pour les prix et la prise en charge. Par ailleurs, une mise en réserve de crédits, comme les années précédentes, pour un montant de 545 millions d'Euros garantira le respect de l'ONDAM en 2012.

3. Un effort important en faveur des recettes de la sécurité sociale

Les mesures annoncées par le Premier Ministre le 24 août 2011 se traduiront par plus de 6 milliards d'Euros de recettes supplémentaires en 2012 pour la sécurité sociale, soit 60% des mesures de redressement décidées. Près de la moitié de cet effort est d'ores et déjà acquis, avec la loi de finances rectificative que le Parlement vient d'adopter. Le PLFSS pour 2012 comportera des mesures augmentant de 2 milliards d'Euros les recettes de la sécurité sociale, le solde (soit 1 milliard d'Euros) trouvant place dans le projet de loi de finances pour 2012 et dans des dispositions réglementaires.

Le Gouvernement s'est appuyé sur trois principes pour décider de ces mesures de recettes : la poursuite de la réduction des niches fiscales et sociales ; des compléments de recettes ciblés, dans un principe d'équité ; une place plus grande pour la fiscalité comportementale.

Le Gouvernement a privilégié la réduction des niches fiscales et sociales, pour un total de 4 milliards d'Euros, soit les deux tiers des nouvelles recettes sociales, afin de conforter les sources de financement existantes : cotisations sociales, forfait social, CSG, C3S notamment.

La deuxième source de nouvelles recettes, avec la hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, est ciblée sur les ménages disposant de patrimoine, qui se trouvent en grande majorité dans le haut de la distribution des revenus (50% du rendement de la mesure porte sur les 5 % de ménages percevant les plus hauts revenus).

Enfin, le troisième volet concerne les taxes sur les comportements à risque, qui sont d'autant plus justifiées qu'elles contribuent directement à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé sur le long terme.

Par ailleurs, dans la perspective d'un assainissement des comptes du régime des non salariés agricoles, les déficits comptables de sa branche retraite au titre des exercices 2009 et 2010 seront transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans le respect du principe organique de non allongement de la date de fin de vie prévisionnelle de la CADES. En outre, le déficit de cette branche (1,2 milliard d'Euros en 2012 avant mesures) sera réduit d'un tiers par l'affectation de 400 millions d'Euros de recettes nouvelles afin d'inscrire ses comptes dans une trajectoire de retour progressif à l'équilibre.

4. Des mesures favorables en faveur des familles fragiles

Le PLFSS comportera par ailleurs des mesures favorables en faveur des familles monoparentales et de l'aide à la garde d'enfants.

Il traduira également l'engagement du Gouvernement en faveur du secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, puisque l'ONDAM médico-social sera fixé à 4,2%, en hausse par rapport à 2011 (+3,8%), et permettra de financer un plan d'aide à l'investissement de 50 millions d'Euros dans les établissements médico-sociaux.

Les comptes du régime général en 2011 et 2012

Après la crise de 2009, qui a eu un impact majeur sur les soldes de la sécurité sociale et explique la plus grande partie du déficit du régime général en 2010 (-23,9 milliards d'Euros), les comptes du régime général se redressent nettement en 2011 et 2012.

<i>En Md€</i>	Soldes 2011 LFSS rectificative pour 2011	Soldes 2011 actualisés	Soldes 2012 tendanciels (avant mesures)	Soldes 2012 après mesures
Maladie	-10,3	-9,6	-12,0	-5,9
AT-MP	0,0	0,0	0,2	0,1
Famille	-2,8	-2,6	-2,7	-2,3
Vieillesse	-6,4	-6,0	-6,6	-5,8
Total RG	-19,5	-18,2	-21,2	-13,9

FSV	-4,1	-3,8	-4,0	-3,7
-----	------	------	------	------

Par rapport aux hypothèses retenues lors des prévisions présentées en juin dernier dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011, les hypothèses économiques sont actualisées, en cohérence avec les choix du Gouvernement lors de l'annonce des mesures de redressement le 24 août dernier :

- croissance du PIB de 1,75% en 2011 et 2012,
- croissance de la masse salariale de 3,7% en 2011 et 2012,
- inflation de 2,1% en 2011 et 1,7% en 2012.

1. Une amélioration des comptes du régime général dès 2011

Les comptes portent la marque de la révision à la hausse de la dynamique de la masse salariale en 2011, qui génère des recettes supplémentaires, ainsi que des premiers effets des mesures de redressement annoncées le 24 août.

Après avoir atteint un pic de 23,9 milliards d'Euros en 2010, le déficit du régime général devrait s'établir à 18,2 milliards d'Euros en 2011. Par rapport à la loi de financement initiale de la sécurité sociale pour 2011 (qui présentait un solde de -20,9 milliards d'Euros), ce résultat est en amélioration de 2,7 milliards d'Euros. Ceci résulte, d'une part, de l'amélioration constatée en 2010, et d'autre part, d'un environnement macroéconomique plus favorable (hypothèse de croissance de la masse salariale supérieure de 0,8 point à la prévision initiale, soit environ 1,6 milliard d'Euros de cotisations supplémentaires). S'ajoutent à ces effets les mesures nouvelles ayant un effet dès cette année, notamment celles votées à l'occasion de la loi de finances rectificative pour 2011, qui représentent environ 0,4 milliard d'Euro de recettes pour la sécurité sociale.

S'agissant des dépenses, après le strict respect de l'ONDAM en 2010, l'objectif sera à nouveau respecté en 2011.

2. Un effort soutenu de redressement du solde du régime général en 2012

Le solde du régime général s'établirait à -13,9 milliards d'Euros et serait ainsi amélioré de plus de 5 Md€ par rapport à la prévision présentée lors de la LFSS pour 2011 (-19,2 milliards d'Euros). Ce résultat représente un redressement de 7,3 milliards d'Euros par rapport au déficit tendanciel avant mesures.

Comme en 2011, l'effort se poursuivra sur la maîtrise des dépenses. Le Gouvernement amplifiera l'effort en matière de dépenses d'assurance maladie, en fixant un objectif d'évolution de l'ONDAM en 2012 à 2,8 %, conformément aux engagements de la loi de programmation pour les finances publiques 2011-2014. Le respect de cet objectif représentera une économie de 2,2 milliards d'Euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses.

En ce qui concerne les prestations vieillesse, l'année 2012 constitue la première année pleine de montée en charge des effets de la réforme des retraites. Tous régimes de retraite confondus, 5,5 milliards d'Euros d'économies en dépense seront ainsi dégagées dès 2012, grâce notamment au relèvement progressif des bornes d'âge à raison de quatre mois par an et par génération.

Si la réforme des retraites vise à assurer l'équilibre financier du système par répartition à l'horizon 2018, elle prévoit de couvrir, avant cette échéance, les déficits résiduels de la branche vieillesse par la mobilisation des ressources et des actifs du Fonds de réserve des retraites en faveur de la CADES. Le déficit de l'année 2012 de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse est donc en réalité déjà financé.

S'agissant des recettes, après avoir affecté à la sécurité sociale plus de 70% de l'effort global réalisé sur les réductions et suppressions de niches fiscales et sociales en 2011, le Gouvernement entend poursuivre sa stratégie de redressement des comptes sociaux en 2012, puisque 60% des mesures de redressement annoncées le 24 août sont affectées à la sphère sociale.

Outre leur impact sur le solde du régime général à hauteur de 5,2 milliards d'Euros, les mesures présentées amélioreront le compte du Fonds de solidarité vieillesse de 250 millions d'Euros, de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles de 400 M€ et permettront à la CADES de disposer de recettes nouvelles à hauteur de 220 millions d'Euros, grâce auxquelles elle pourra reprendre les déficits cumulés 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles.

Au global, entre 2010 et 2012, le déficit total du régime général sera réduit de 40% et le déficit de l'assurance maladie sera divisé par deux en passant de 11,6 milliards d'Euros à 5,9 milliards d'Euros, démontrant ainsi la crédibilité de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Un effort important en faveur des recettes de la sécurité sociale

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 s'inscrit dans la trajectoire présentée par le Gouvernement dans le programme de stabilité 2011-2014, qui prévoit le retour à un déficit public de 3% du PIB en 2013. Déterminé à respecter cet objectif quel que soit le contexte macroéconomique, le Gouvernement entend poursuivre sa stratégie visant à maîtriser les dépenses publiques et à réduire de façon ciblée les niches fiscales et sociales les moins justifiées.

Avec les mesures annoncées par le Premier Ministre le 24 août 2011, qui ont trouvé une première traduction dans la loi de finances rectificative pour 2011 votée en septembre 2011, ce sont plus de 10 milliards d'Euros de recettes nouvelles pour 2012.

La Sécurité sociale bénéficiera d'un total d'un peu plus de 6 milliards d'Euros de recettes nouvelles, soit 60% de l'effort total.

Cet effort repose sur les trois axes suivants :

- la réduction de niches fiscales et sociales ;
- des prélèvements ciblés au nom de l'équité et en faveur de la convergence de la fiscalité portant sur les revenus du travail et les revenus du patrimoine ;
- la fiscalité comportementale, tant en matière de santé publique que d'environnement.

1. Les recettes inscrites dans le PLFSS pour 2012

Le PLFSS pour 2012 comporte plusieurs mesures qui s'inscrivent dans la stratégie de réduction des niches fiscales et sociales les moins efficaces, pour un rendement global de 1,9 milliard d'Euros :

- La réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux sur les bas salaires (rendement de 600 millions d'Euros), sans modifier les exonérations fiscales associées à la loi TEPA, afin de limiter les risques d'optimisation fiscale et de supprimer la double exonération dont bénéficient actuellement les heures supplémentaires. Les exonérations salariales ne sont pas concernées.
- La réduction de l'abattement de CSG-CRDS de 3% à 2% et la suppression de l'abattement pour certains accessoires de salaires (participation, intéressement) (rendement de 595 millions d'Euros).
- L'augmentation du taux du forfait social de 6 à 8% (rendement de 410 millions d'Euros), afin de poursuivre l'élargissement du financement de la sécurité sociale.
- L'homogénéisation de l'assiette de la C3S dans le secteur financier (rendement de 150 millions d'Euros), pour mettre un terme aux différences de pratiques des entreprises du secteur financier.

- L'assujettissement du complément de libre choix d'activité (CLCA) à la CSG (rendement de 140 millions d'Euros), afin d'établir un traitement équitable avec les autres bénéficiaires de revenus de remplacement.

Par ailleurs, dans le cadre de la révision des taxes comportementales, deux mesures figurent dans le PLFSS :

- Le relèvement des droits sur les boissons alcoolisées (rendement de 340 millions d'Euros), qui s'inscrit dans le cadre d'une politique globale de lutte contre la consommation d'alcools forts, notamment chez les jeunes.
- La révision du barème de la taxe sur les véhicules de société (rendement de 100 millions d'Euros), pour tenir compte du renouvellement du parc automobile qui se traduit par une baisse des émissions de CO2.

2. Les autres mesures de recettes bénéficiant à la sécurité sociale

Outre les mesures décrites ci-dessus, la sécurité sociale bénéficiera en 2012 des recettes votées lors de la LFR pour 2011, ainsi que d'autres mesures qui ne nécessitent pas de traduction législative.

Les recettes votées lors de la LFR pour 2011 :

- passage à 7 % du taux réduit de 3,5 % de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) dont bénéficient les contrats responsables, et réforme des abattements sur les plus-values immobilières afin de poursuivre la stratégie de réduction des niches fiscales et sociales (rendements respectifs pour la sécurité sociale de 1,1 milliard d'Euros et 0,6 milliard d'Euros) ;
- passage des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et du patrimoine de 12,3 % à 13,5 % pour contribuer à la convergence progressive des prélèvements sociaux sur le capital vers ceux pesant sur le travail (rendement de 1,3 Md€ pour la sécurité sociale).

Le PLF pour 2012 comportera également une mesure affectée à la sécurité sociale : la taxe sur les boissons avec du sucre ajouté (rendement de 120 millions d'Euros).

Par ailleurs, la hausse du prix du tabac, dont une première étape sera mise en œuvre dès octobre 2011, se traduira par des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale d'environ 600 millions d'Euros en 2012.

Quant à l'alignement sur le droit commun des assiettes et des taux de cotisation dans les industries électriques et gazières (rendement de 210 millions d'Euros), il sera réalisé par voie réglementaire.

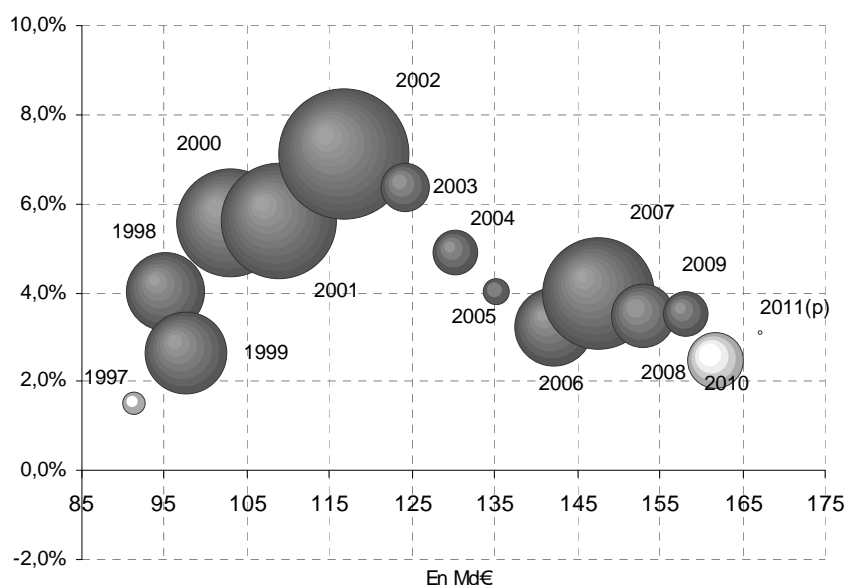
Les dépenses de santé sont maîtrisées en 2010 et 2011 : l'ONDAM voté par le Parlement est respecté

La progression moyenne annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est passée de 5% sur la période 1998 - 2002 à 3,1% sur la période 2008 - 2011.

1. Pour la première fois depuis sa création, l'ONDAM a été respecté en 2010

L'ONDAM a été respecté en 2010 pour la première fois depuis sa création en 1997 : la croissance de l'objectif a été inférieure à la cible de 3% votée par le Parlement.

Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en gris plein) ou de la sous-consommation (en noir strié). Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,6 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,8 Md€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,0%.

Source : DSS.

2. En 2011, l'ONDAM sera aussi respecté

Comme l'a estimé le comité d'alerte en mai 2011, les tendances à l'œuvre et les mises en réserve de crédits opérées en début d'année doivent permettre de respecter l'ONDAM voté par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011. L'ONDAM augmentera ainsi en 2011 moins vite que le PIB en valeur.

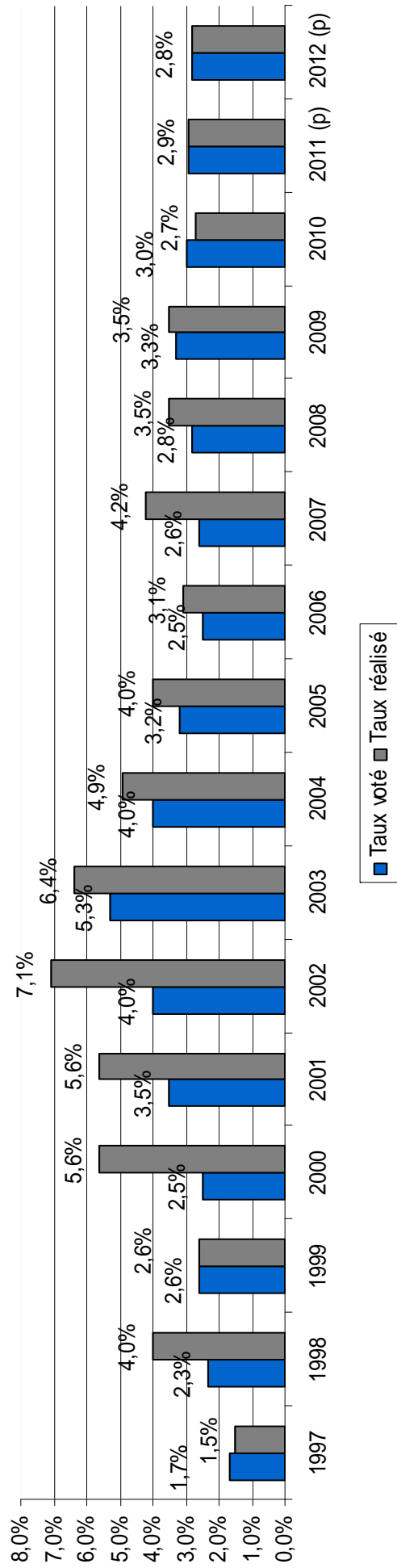
Plusieurs mises en réserve de crédits d'un montant global de 530 millions d'Euros ont été décidées en début d'année afin de gager un éventuel risque de dépassement de l'ONDAM. Le principe des mises en réserve fait suite aux conclusions du rapport de Raoul BRIET sur le

pilotage des dépenses d'assurance maladie et à la nécessité de garantir le respect de l'ONDAM. Ces crédits mis en réserve pourront être délégués avant la fin de l'année 2011 si les conditions d'exécution de l'ONDAM 2011 le permettent.

Le Gouvernement respecte donc la trajectoire fixée lors de la conférence sur le déficit public en 2010 : moins de 3% en 2010, 2,9% en 2011 puis 2,8% en 2012.

Cette perspective de respect de l'ONDAM en 2011, pour la deuxième année consécutive, conforte la pertinence des réformes structurelles mises en œuvre par le Gouvernement. Ainsi la loi « hôpital, patients, santé et territoires » a permis de réformer la gouvernance des hôpitaux et de créer les agences régionales de santé qui améliorent la performance du système de soins en décloisonnant les activités de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. La rémunération à la performance des médecins au travers des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et sa généralisation dans la convention médicale signée par l'assurance maladie en juillet 2011 contribuent également au respect des objectifs. Enfin, les mécanismes de pilotage de l'ONDAM ont été renforcés à l'issue de la conférence sur le déficit public en mai 2010 : il s'agit en particulier de la mise en réserve de crédits en début d'exercice, du comité de pilotage, de l'expertise renforcée du comité d'alerte et de l'abaissement progressif du seuil d'alerte à 0,5% de l'ONDAM d'ici 2013.

Taux d'ONDAM voté et réalisé



La maîtrise des dépenses de santé se poursuit en 2012 : un ONDAM fixé à 2,8%

1. La maîtrise des dépenses d'assurance maladie sera poursuivie en 2012

Conformément aux engagements pris lors de la conférence sur le déficit en mai 2010, **l'ONDAM sera fixé à 171,8 milliards d'Euros en 2012, soit une progression de 2,8%**. Le strict respect d'un ONDAM inférieur à 3% en 2010 et 2011 montre que cet objectif est réaliste.

Compte tenu du rythme de progression tendancielle des dépenses, il convient de réaliser **2,2 milliards d'Euros d'économies** pour atteindre l'objectif. Les mesures d'économies visent prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Il s'agit 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.

Tous les acteurs du système de soins devront poursuivre les efforts engagés et les maintenir dans la durée. Les mesures d'économies consisteront en :

- Des baisses de prix des produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux, à hauteur de 670 millions d'Euros, complétées par diverses mesures portant également sur ces produits pour 100 millions d'Euros (baisses de prix et mise sous tarif forfaitaire de responsabilité de certains médicaments génériques, modification des marges des grossistes – répartiteurs, déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant).
- Le renforcement de l'efficacité de notre système de soins avec la maîtrise médicalisée menée par l'assurance maladie et les agences régionales de santé (550 millions d'Euros), l'amélioration de la performance à l'hôpital (450 millions d'Euros avec en particulier la poursuite de la convergence ciblées des tarifs des secteurs publics et privés à hauteur de 100 millions d'Euros) et la baisse des tarifs de certains actes de biologie et de radiologie (170 millions d'Euros).
- L'harmonisation et la simplification des méthodes de calcul des indemnités journalières (IJ) maladie et accidents du travail – maladies professionnelles qui seront désormais calculées sur la base du salaire net comme pour les IJ maternité en vue de la déclaration sociale nominative. Toutefois, compte tenu de la dynamique des dépenses pour les IJ maladie, et du fait que le taux de remplacement net a mécaniquement et régulièrement augmenté depuis 1970 (les hausses de cotisations sur les salaires ayant été supérieures à celles sur les IJ), une économie d'environ 220 millions d'Euros sera réalisée sur celles-ci.

Par ailleurs, une **mise en réserve de crédits**, comme les années précédentes, pour un montant de 545 millions d'Euros garantira le respect de l'ONDAM en 2012.

2. Un ONDAM fixé à 2,8% représente 4,8 milliards d'Euros supplémentaires pour notre système de soins

Ce seront 4,8 milliards d'Euros de moyens supplémentaires consacrés à notre système de soins par rapport à 2011. Cette augmentation de moyens permettra de **tenir les engagements issus des conventions signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé**. Elle permettra en particulier de mettre en place le paiement à la performance des médecins généralistes introduit en juillet 2011.

Cette évolution permettra aussi d'accompagner les **hôpitaux dans leurs efforts de modernisation** et dans l'amélioration globale de leur situation financière dans la perspective d'un **retour à l'équilibre financier en 2012**.

Pour la troisième année consécutive, l'objectif de dépenses permettra d'assurer un taux de progression à parité entre les soins de ville (2,7%) et les établissements de santé (2,7%). Par ailleurs, les moyens consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées poursuivront un rythme de progression soutenu, à 4,2%, en hausse par rapport à 2011 (3,8%).

Construction de l'ONDAM pour 2012

Mesure	Economie (M€)
Baisses de tarifs en biologie et radiologie	170
Maîtrise médicalisée	550
Baisses de prix de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux)	670
Mesures diverses sur le médicament (marges des grossistes répartiteurs, tarifs forfaitaires de responsabilité, déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant)	100
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	220
Contrats de performance à l'hôpital	150
Convergence tarifaire ciblée	100
Optimisation des achats à l'hôpital	145
Mesure de lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	55
TOTAL	2160

La maîtrise des dépenses de soins de ville

Pour 2012, l'objectif de croissance des dépenses d'assurance maladie consacrées aux soins de ville est fixé à + 2,7%, ce qui représente plus de 2 milliards d'euros de moyens supplémentaires. Pour garantir le respect de cet objectif, plusieurs mesures seront mises en œuvre en 2012.

1. La poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Les actions de maîtrise médicalisée des caisses d'assurance maladie se poursuivront l'année prochaine pour un montant d'économies attendues de 550 millions d'Euros.

Ces efforts de maîtrise médicalisée s'appuieront sur les outils introduits par les lois de financement de la sécurité sociale pour les années antérieures :

- développement des référentiels de prescription sur les actes en série de masso-kinésithérapie et sur la durée de prescription des arrêts de travail avec de nouveaux référentiels soumis à la validation de la Haute Autorité de santé (HAS), et l'extension de ce dispositif aux examens de biologie ;
- fixation par les caisses d'assurance maladie d'un objectif de réduction des prescriptions pour les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières et de transport.

Par ailleurs, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) a connu un succès très encourageant avec plus de 16 000 adhésions. La convention des médecins libéraux signée le 21 juillet dernier a généralisé la rémunération à la performance, en ajoutant de nouveaux objectifs à ceux du CAPI et en relevant la cible de certains objectifs.

Par ailleurs, le PLFSS pour 2012 renforcera la mission médico-économique de la HAS. Enfin, dans la continuité des années précédentes, il sera tenu compte des gains de productivité dû à l'automatisation de certains examens biologiques ou radiologiques par une baisse des tarifs pour une économie de 170 millions d'Euros.

2. Les économies sur les médicaments et les dispositifs médicaux

Le niveau exigeant de l'ONDAM nécessite un effort significatif de maîtrise de l'ensemble des postes de dépenses. La contribution de l'industrie des produits de santé à la réduction des dépenses sera renforcée pour 2012 à hauteur de 770 millions d'Euros.

L'objectif d'économies pour l'assurance maladie au titre des diminutions de prix de produits de santé en 2011 sera renforcé par rapport aux années antérieures pour atteindre 670 millions d'Euros pour les médicaments sous brevet, les génériques et les dispositifs médicaux (contre 500 millions d'Euros d'économies prévues en 2011). Ces baisses de prix seront

négociées dans le cadre conventionnel qui lie les entreprises pharmaceutiques au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

En outre, 100 millions d'Euros d'économies supplémentaires seront obtenues par diverses mesures. Il s'agit, notamment, de redonner un élan au taux de substitution des génériques, la montée en charge de la substitution pour chaque molécule génériquée sera accélérée en élevant les objectifs de taux de substitution dont la non-atteinte déclenche la mise sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) par le CEPS. Enfin, une partie des gains de productivité de la distribution de médicaments sera mise à contribution en diminuant les marges des grossistes répartiteurs.

Par ailleurs, suite aux assises du médicament, la contribution sur le chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique sera fixée à 1,6 % et atteindra un rendement supplémentaire de 150 millions d'Euros devant financer la formation médicale continue des médecins hospitaliers et libéraux. Le renforcement du rôle de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) sera financé par un rendement supplémentaire de 41 millions d'Euros des taxes qu'elle percevait auparavant et qui seront désormais perçues par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Enfin, dans la même logique sanitaire, les médicaments à service médical rendu insuffisant ne seront plus pris en charge par l'assurance maladie.

3. Le mode de calcul des indemnités journalières sera harmonisé en vue de la déclaration sociale nominative

En l'état du droit, les IJ (maladie, maternité, AT) sont aujourd'hui calculées sur des bases différentes pour chacune des branches, obligeant les entreprises et les caisses de sécurité sociale à opérer un traitement différencié et rendant difficile pour les salariés la compréhension de leurs droits.

Il est donc proposé d'harmoniser les méthodes de calcul des IJ maladie, AT et maternité en partant du salaire net, et en augmentant le taux de remplacement par rapport à celui actuellement pris en compte pour le calcul à partir du salaire brut. Cette mesure de simplification pour les entreprises et les organismes de sécurité sociale s'inscrit dans la perspective de la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN), qui regroupera l'ensemble des données exigées d'un employeur par les organismes de protection sociale.

En outre, eu égard à la dynamique des dépenses des indemnités journalières maladie, qui représentent 6,6 Md€ en hausse de + 3,8 % en valeur en 2010, après + 5,1 % en 2009, le taux de remplacement pour les IJ maladie sera moins relevé que ne l'aurait exigé la simple conversion du brut au net. L'économie sera d'environ 220 millions d'Euros.

	Taux de remplacement actuel	Taux de remplacement proposé
IJ brute maladie	50% du salaire brut	60% du salaire net
IJ brute AT < 29 jours	60% du salaire brut	80% du salaire net
IJ brute AT ≥ 29 jours	80% du salaire brut	100% du salaire net

En effet, le taux de remplacement des IJ maladie n'a jamais été actualisé alors qu'une chronique des taux de cotisation sociale depuis 1970 montre que le salaire brut a, lui, notablement augmenté, de sorte que les IJ ont mécaniquement progressé par rapport au taux de remplacement initial.

La mesure sera par ailleurs neutre sur les IJ AT/MP.

Enfin, les contrôles de l'assurance maladie seront renforcés sur les IJ.

4. Le renforcement de la relation de confiance avec les professionnels de santé

L'automne 2011 et l'année 2012 sont marqués par une forte actualité conventionnelle qui témoigne de la confiance que les professionnels de santé portent au système de santé.

Ainsi, la convention médicale signée le 21 juillet dernier a permis de réunir un consensus très large des représentants des médecins libéraux. Outre l'intégration dans la convention d'un mécanisme de rémunération à la performance, le volet démographique devrait permettre de répondre aux besoins de soins médicaux dans les zones déficitaires.

En outre, les expérimentations des nouveaux modes de rémunération seront prolongées de deux ans dans le PLFSS 2012. Elles ont vocation, en fonction de leur évaluation, à intégrer la rémunération des maisons de santé pluridisciplinaires.

Le PLFSS 2012 élargira les possibilités de la convention des pharmaciens, dont les négociations vont commencer, pour permettre aux pharmaciens d'assumer pleinement leur rôle de professionnels de santé. Il prévoit également d'encourager la recomposition du réseau officinal.

De même, l'avenant à la convention des infirmiers, sur le point de se conclure, comprend un renforcement de la régulation démographique déjà introduite par l'avenant précédent. Enfin, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes sont également engagés dans des négociations conventionnelles, dont les discussions portent notamment sur les inégalités de répartition de l'offre de soins.

La poursuite des efforts d'efficacité des établissements de santé

Le rapport sur les Comptes de la santé a montré que la croissance de la consommation des soins hospitaliers ralentit, mais que celle-ci reste, en valeur, le principal contributeur de la croissance de la consommation de soins et des biens médicaux, devant la consommation de médicaments.

L'objectif de croissance des dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements de santé est fixé à + 2,7 % pour 2012, à parité avec l'évolution des soins de ville. Cela représente près de 2 milliards d'euros de moyens nouveaux pour les hôpitaux.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de l'organisation des établissements de santé, les efforts engagés pour une meilleure efficacité doivent être pensés dans la durée, en accompagnant les établissements de santé dans ces évolutions et en structurant cette démarche par des projets concrets.

1. Une meilleure articulation avec les autres secteurs de l'offre de soins

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a donné aux agences régionales de santé (ARS) une compétence transversale sur l'offre de soins, qui se manifeste notamment par un schéma régional d'organisation des soins (SROS) portant sur l'ensemble des champs : soins de ville, hôpital, médico-social. Ces outils de diagnostic et de pilotage de l'offre de soins sur les territoires de santé sont en cours d'élaboration. Ils permettront aux agences régionales de santé (ARS) de mieux articuler les différents secteurs de l'offre de soins.

Cette action transversale des ARS sera accompagnée d'un levier financier. Le PLFSS 2012 créera en effet, comme le Gouvernement s'y était engagé en LFSS 2011, un fonds d'intervention régional (FIR), mutualisant des crédits qui étaient jusqu'à présent dédiés soit à l'ambulatoire, soit à l'hospitalier, soit à la prévention. Ainsi, les directeurs généraux d'ARS auront désormais à leur disposition un outil stratégique de priorisation de leurs choix de redéploiement de l'offre de soins, en particulier en faveur de la prévention. Après la création des agences, c'est une nouvelle étape opérationnelle importante vers une meilleure adaptation de notre politique de santé aux réalités locales.

Par ailleurs, au-delà du nouveau cadre de coopération entre établissements introduit par la loi HPST, les pouvoirs publics continuent à investir dans la modernisation des établissements de santé. S'agissant de la première tranche d'« Hôpital 2012 », 5 milliards d'Euros ont été investis, dont 2,2 milliards d'Euros par l'État, dans des projets de recomposition de l'offre hospitalière. La poursuite des investissements dans le cadre d'Hôpital 2012, outre la mise aux normes de certains établissements (par exemple mise aux normes parasismiques avec le CHU de Pointe-à-Pitre, désamiantage et reconstruction au CHU de Caen), des projets de modernisation des systèmes d'information, de coopération territoriale et de restructuration seront financés pour permettre une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé du territoire.

Enfin, les dix priorités stratégiques de gestion du risque des ARS élaborées et mises en place en 2011, devraient porter leurs fruits en 2012. Ces dix priorités concernent principalement l'articulation de l'offre de soins, et notamment :

- le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- l'articulation entre la permanence des soins ambulatoires et les urgences ;
- la meilleure organisation des plateaux techniques d'imagerie médicale, ainsi qu'une autorisation plus pertinente, notamment en termes d'équipements partagés, qui devrait permettre de réduire les délais d'attente sur les scanners ;
- l'organisation des transports sanitaires pour préparer la sortie du patient afin qu'il ne soit pas contraint d'allonger son séjour faute de disponibilité des transports sanitaires nécessaires.

2. Les gains d'efficacité des établissements de santé s'appuieront sur l'optimisation des achats et les contrats de performance de l'ANAP

Les contrats de performance, conclus depuis 2010 entre l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et des établissements de santé, visent à la fois à améliorer l'efficacité des établissements, la qualité des prestations qu'ils offrent aux patients et les conditions de travail des personnels hospitaliers. 50 établissements sont concernés pour le moment. Ainsi, à St Joseph à Paris, le nombre de déprogrammations au bloc par mois faute de lits est passé de 25 à 0. La poursuite de la montée en charge de ces contrats de performance doit permettre une économie d'un montant de 150 millions d'euros.

Une rationalisation et une meilleure mutualisation des achats des hôpitaux seront également entreprises. Les achats hospitaliers, toutes catégories confondues, représentent une enveloppe moyenne d'environ 18 milliards d'Euros par an, soit le deuxième poste de dépenses après les dépenses de personnel, et sur lequel les gains d'efficacité sont importants. La mise en œuvre du programme de performance des achats hospitaliers, lancé en 2011, doit permettre un montant d'économie de 145 millions d'Euros en 2012. Le CHU de Grenoble, qui était confronté à une forte augmentation des références, a rationalisé les spécifications sur le petit matériel médical en créant une base restreinte de produits pour un gain de 10 à 15 % sur ce poste de dépense.

3. La poursuite de la convergence entre les tarifs des établissements de santé publics et privés

Le rapport des comptes de la santé a montré que la maîtrise des tarifs est le premier facteur de ralentissement de la consommation de soins hospitaliers. La campagne tarifaire, réalisée en mars de chaque année, encourage les établissements de santé publics et privés à améliorer leur productivité globale dans les activités identifiées comme optimisables par l'agence technique sur l'information hospitalière (ATIH). L'ATIH a parallèlement poursuivi ses travaux pour affiner son analyse de l'activité des établissements de santé.

La convergence tarifaire ciblée, qui permet de garder le tarif le plus efficient entre celui des établissements publics et privés à but non lucratif et celui des établissements privés à but lucratif, se poursuivra pour la troisième année consécutive pour un montant d'économies de 100 millions d'Euros en 2012.

Enfin, les tarifs de remboursements des dispositifs médicaux de la liste en sus seront baissés et la lutte contre la fraude sera renforcée pour une économie globale de 55 millions d'Euros.

Maintenir un haut niveau d'accès aux soins

1. Assurer une répartition équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire

Les problématiques démographiques sont très différentes selon les professions de santé.

S'agissant des médecins, la problématique est celle du départ à la retraite des médecins de la génération du *Baby Boom*, doublée d'une inégalité de répartition géographique marquée par un déficit d'offre médicale dans certaines zones.

Le Gouvernement conduit une politique déterminée pour apporter des solutions concrètes aux questions soulevées par l'évolution de la démographie des professionnels de santé.

Tout d'abord, le cumul entre la pension de retraite et les revenus d'activité médicale, autorisé depuis 2003 et dont le plafond de revenu a été supprimé en janvier 2009, connaît un succès important puisque ce sont plus 5100 médecins qui sont demeurés en activité en 2011, contre 3800 en 2010 et 1500 en 2008.

Concernant le nombre de médecins, le *numerus clausus* a été augmenté progressivement pour atteindre 7400 places en 2011, alors qu'il n'était que de 4300 places en 2001. Compte tenu de la durée des études, la hausse du *numerus clausus* devrait commencer à produire ses effets dès 2012.

Par ailleurs, la convention médicale signée le 21 juillet dernier comprend deux options conventionnelles destinées à mieux répondre aux déficits de soins médicaux dans les zones déficitaires. Ces deux options vont plus loin que le dispositif incitatif issu de l'avenant 20, qui avait déjà permis l'installation de 773 médecins en zones déficitaires. La première option, dite « démographie », s'adresse aux médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé, installés dans ou à proximité d'une zone sous-dense et y assurant les deux tiers de leur activité. Les médecins choisissant cette option bénéficient d'une aide à l'investissement et d'une aide à l'activité en contrepartie d'un engagement à exercer au même endroit pendant 3 ans et à y participer à la permanence des soins. La seconde option, dite « santé solidarité » s'adresse aux médecins libéraux installés dans une zone surdotée, à proximité d'une zone sous-dotée, qui souhaitent exercer au moins 28 jours par an pendant 3 ans dans la zone sous-dotée voisine, en contrepartie d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement.

Par ailleurs, les contrats d'engagement de service public, introduits par la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) se multiplient. Sur l'année scolaire 2010-2011, 146 étudiants se sont engagés à exercer dans une zone déficitaire en contrepartie du paiement d'une allocation pendant leurs études. L'objectif de ces contrats est de fidéliser les étudiants pour qu'ils s'installent dans leur région de formation. Le recours à ce dispositif devrait encore

s'accélérer en 2012 du fait d'une promotion accrue de ce dispositif en direction des étudiants, et d'une modification réglementaire qui donnera la priorité aux étudiants qui souhaitent s'installer dans la région de leur formation.

Enfin, les maisons de santé pluri professionnelles, qui représentent un mode d'exercice répondant aux problématiques de déficit de l'offre de soins dans certaines zones, ont fait l'objet d'un développement important, avec 230 structures d'ici la fin de l'année. Leur cadre juridique a, par ailleurs, été sécurisé dans la « loi FOURCADE » du 10 août 2011 modifiant la loi HPST.

S'agissant des infirmiers libéraux, la problématique relève davantage d'un excès d'offre dans certaines zones. Ainsi, l'avenant 1 à la convention des infirmiers libéraux combine un dispositif d'aide pour les infirmiers installés dans les zones sous-denses, et d'un dispositif limitatif, qui conditionne l'installation d'un infirmier dans une zone surdotée au départ définitif d'un autre infirmier de cette même zone. Le protocole d'accord signé le 24 juin 2011 entre les représentants des infirmiers libéraux et l'UNCAM étend ce dispositif en doublant le nombre de zones considérées comme sur-dotées.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, les négociations actuellement en cours entre leurs représentants et l'UNCAM, devraient aboutir avant la fin de l'année 2011 et aborderont également le sujet de la régulation démographique.

Enfin, les agences régionales de santé (ARS) sont compétentes pour effectuer le zonage pour les différentes professions et sur lesquels s'appuient les dispositifs conventionnels de régulation démographique. Ces cartographies sont intégrées au schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui porte sur l'ensemble des champs de l'offre de soins.

2. Garantir l'accès aux soins pour tous

Le rapport de la commission des comptes de la santé montre que pour la troisième année consécutive le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas. Le reste à charge des ménages reste relativement plus élevé pour l'optique et le dentaire, mais il est très faible pour le transport sanitaire et les soins hospitaliers (moins de 3%).

Ces mêmes travaux permettent aussi d'analyser les facteurs de renoncement aux soins qui concernent 15,4% de la population adulte, essentiellement focalisés sur l'optique et le dentaire. Il en ressort qu'au-delà des seules difficultés financières la cause de ce renoncement réside un cumul de vulnérabilités sociales (emploi précaire, logement précaire, etc.). La réponse à mettre en œuvre dans le champ sanitaire ne peut donc s'envisager isolément des autres dispositifs plus généraux de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et d'aide à l'insertion par l'emploi (création du RSA par exemple).

Sur le seul terrain sanitaire, cependant, une armature de dispositifs existe d'ores et déjà pour faciliter l'accès aux soins. La CMU-C, qui concerne 4,2 millions de bénéficiaires, joue ainsi pleinement son rôle de garantie d'accès aux soins pour les ménages les plus modestes.

Par ailleurs, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) bénéficie aujourd'hui à 532 000 personnes. La LFSS pour 2011 a prévu un relèvement du plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS à +30% du plafond de ressources CMU-C à compter du 1^{er} janvier 2012, contre +26% actuellement. Le dispositif devrait ainsi bénéficier à 760 000 personnes. Le Gouvernement a indiqué qu'il était prêt à discuter de nouvelles propositions de renforcement de ce dispositif dans le cadre des débats parlementaire du PLFSS 2012.

S'agissant des dépassements d'honoraires, très variables selon les spécialités et selon les zones, le Gouvernement est favorable à leur encadrement par une mise en œuvre dans les meilleurs délais du secteur optionnel pour les trois spécialités de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de gynécologie.

Par ailleurs, pour améliorer l'information des assurés, l'Assurance-maladie a développé un site internet « améli-direct.fr » où les patients peuvent rechercher les professionnels et les établissements de santé et consulter les tarifs proposés. Ce site permet d'orienter les patients dans leurs parcours de soins tout en leur permettant d'anticiper leurs dépenses.

Un renforcement de la cohérence et de l'équité du système de retraite par répartition, tout en consolidant l'objectif de retour à l'équilibre à l'horizon 2018

Dix mois après la publication de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et plus de deux mois après son entrée en vigueur effective le 1^{er} juillet dernier, le Gouvernement confirme l'objectif de retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de la branche vieillesse à l'horizon 2018. Le report progressif des âges de liquidation est en cours. Ainsi, au 1^{er} janvier 2012, pour les assurés nés en 1952, l'âge légal de départ à la retraite sera porté à 60 ans et 8 mois.

Le déficit prévisionnel spontané de la branche vieillesse du régime général s'élèvera à 12 milliards d'Euros en 2012. La réforme des retraites représentera 5,4 milliards d'Euros de recettes et d'économies sur les dépenses qui porteront ce solde tendanciel à - 6,6 milliards d'Euros en 2012. Les mesures de recettes présentées par le Gouvernement le 24 août dernier et affectées à la CNAVTS représenteront 800 millions d'Euros de recettes supplémentaires ce qui portera, en définitive, le déficit CNAVTS à 5,8 milliards d'Euros à fin 2012, soit une amélioration de 6,2 milliards d'Euros par rapport au tendanciel.

En matière de mise en œuvre, la loi appelle 67 textes d'application dont les trois quarts ont été publiés à ce jour, notamment ceux concernant la transposition de la réforme aux régimes spéciaux.

Enfin, conformément à l'engagement du Président de la République de revaloriser le minimum vieillesse pour les personnes seules de + 25 % sur le quinquennat, une nouvelle revalorisation de + 4,7 % de cette prestation a eu lieu le 1^{er} avril 2011, portant à plus de 18 % sa revalorisation totale depuis 2007. Une nouvelle revalorisation de + 4,7% portera ce chiffre à 25% et interviendra en avril 2012.

1. L'objectif de retour à l'équilibre de la loi portant réforme des retraites sera conforté par la réduction du déficit de la branche vieillesse des exploitants agricoles

Pour consolider le retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse à l'horizon 2018, le Gouvernement propose d'améliorer le solde de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles.

A fin 2010, les déficits cumulés de la branche vieillesse de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) s'élèvent à 2,5 milliards d'Euros. Cette situation tient principalement au rapport démographique défavorable entre cotisants et bénéficiaires des prestations (un cotisant pour trois bénéficiaires d'une pension, au 1^{er} janvier 2010). Les dépenses demeurent supérieures aux ressources de ce régime de retraite, lesquelles sont composées

à hauteur de 14 % par les cotisations des affiliés, et pour plus de 50 % par les transferts internes à la sécurité sociale au titre du mécanisme de compensation démographique « vieillesse ». Cette situation pèse fortement sur la trésorerie de la CCMSA, laquelle se finance dans la limite d'un plafond fixé à 4,5 milliards d'Euros par la LFSS pour 2011.

Dans la perspective d'un assainissement des comptes du régime des non salariés agricoles, le Gouvernement propose de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) les déficits comptables de sa branche retraite au titre des exercices 2009 et 2010 et ce dans le respect du principe organique de non allongement de la date de fin de vie prévisionnelle de la CADES. A cet effet, deux ressources sont mobilisées :

- i) la loi de finances rectificative adoptée en septembre 2011 par le Parlement revoit le régime d'imposition des plus-values immobilières : cette mesure augmentera le rendement des ressources de la CADES de 147 millions d'Euros en 2012.
- ii) le PLFSS pour 2012 prévoit des modifications concernant les modalités d'abattement pour frais professionnels de CSG et de CRDS, ce qui majore les ressources de la CADES à hauteur de 73 millions d'Euros en 2012.

Au total, ces 220 millions d'Euros de recettes supplémentaires (soit l'équivalent de 0,016 point de CRDS) permettront d'assurer le transfert des déficits cumulés 2009-2010 des exploitants agricoles sans allonger le calendrier d'amortissement de la Caisse.

En complément de la mesure précédente, le Gouvernement souhaite réduire le déficit à venir de la branche vieillesse de la CCMSA (prévu à environ 1,2 milliards d'Euros en 2012 avant mesures) afin d'inscrire ses comptes dans une trajectoire de retour progressif à l'équilibre. Il est ainsi proposé d'affecter 400 millions d'Euros au financement de la branche vieillesse, soit une réduction d'un tiers du déficit prévisionnel.

Cet effort significatif en faveur d'un régime déficitaire s'inscrit dans l'engagement de retour à l'équilibre de la branche vieillesse, tous régimes, à l'horizon 2018.

2. Des mesures nouvelles de cohérence permettront de prolonger la loi portant réforme des retraites

Le Gouvernement propose deux mesures qui permettront de renforcer la cohérence et l'équité du système de retraite par répartition, par-delà la spécificité des différents régimes.

La première consiste à harmoniser, entre les régimes de retraite, le champ des trimestres ouvrant droit à surcote. En particulier, les bonifications accordées au titre des enfants ou du handicap seront désormais prises en compte pour le calcul de celle-ci.

La seconde permettra d'étendre les dispositions de rachat des années d'étude aux périodes de formation des futurs ministres du culte. Ces rachats, actuariellement neutres, n'impacteront pas les équilibres financiers du régime de retraite mais permettront une amélioration des droits à pension des intéressés.

3. L'amélioration des droits à retraite des sportifs de haut niveau amateurs contribuera à favoriser l'engagement sportif des athlètes

Conformément aux engagements du Président de la République, adressés lors des vœux au monde sportif en 2011, le Gouvernement propose de mettre en place un dispositif d'ouverture de droits à la retraite, sous condition de ressources et financé par l'Etat, pour les sportifs de haut niveau amateurs. Ce dispositif permettra de soutenir les disciplines de haut niveau dont les retombées médiatiques et le modèle économique ne permettent pas la professionnalisation.

Il est proposé que les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau soient assimilées à des périodes d'assurance vieillesse. L'État compensera le coût, pour le régime général de la validation gratuite de ces trimestres, estimé entre 6 millions d'Euros et 9 millions d'Euros par an.

Un effort ciblé en direction des familles monoparentales

On dénombre actuellement 1,6 million de foyers monoparentaux tandis que 2,7 millions d'enfants de moins de 20 ans vivent quotidiennement avec un seul de leurs parents.

Afin d'aider spécialement les familles qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les familles monoparentales, le PLFSS 2012 propose deux mesures importantes :

1. La création d'un plafond de ressources spécifique permettant aux parents isolés de bénéficier d'une prestation du complément de mode de garde (CMG)

La mesure prévoit, à compter du 1^{er} juin 2012, d'augmenter de 40% les plafonds de ressources des parents isolés ayant de jeunes enfants afin de leur permettre de bénéficier d'une augmentation du complément de mode de garde CMG.

Cette allocation donne droit à :

- une prise en charge, à hauteur de 85%, de la rémunération nette d'un salarié, dans la limite d'un plafond variable selon les revenus des parents (par exemple, 448,25 Euros /mois pour un enfant de moins de 3 ans pour la première tranche de ressources) ;
- une prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par le particulier employeur (à 100% pour un assistant maternel et à 50% pour une garde à domicile).

Cette augmentation de plafond de 40% permettra aux familles monoparentales concernées de bénéficier du montant maximal du complément de mode de garde, ce qui correspond à un coût de 4 millions d'Euros pour la branche famille en 2012.

La mesure prévoit par ailleurs de simplifier, dès le 1^{er} janvier 2012, l'attribution du complément de mode de garde en cas de naissance d'un enfant supplémentaire, en dispensant les parents d'en faire la demande auprès des CAF lorsqu'ils bénéficient déjà du CMG.

2. L'amélioration de l'aide versée par les caisses d'allocation familiales en cas de non versement ou de versement partiel d'une pension alimentaire

La mesure propose de modifier le régime d'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF) qui permet aux caisses d'allocations familiales (CAF) d'aider les mères isolées en cas de défaillance d'un ex conjoint pour le versement d'une pension alimentaire.

Actuellement, pour les petites pensions (c'est-à-dire, inférieures à 88,44 Euros / mois), les CAF complètent le montant versé par l'ex conjoint lorsqu'il ne verse qu'une partie de la pension, mais à hauteur seulement de la pension fixée par le juge aux affaires familiales

alors qu'elles versent l'intégralité de l'ASF (soit 88,44 Euros) lorsque l'ex-conjoint ne verse rien. Ce régime d'attribution ne favorise donc pas les ex conjoints qui font l'effort de payer au moins partiellement la pension alimentaire.

La mesure prévoit donc, à partir du 1^{er} juin prochain, que les CAF pourront également verser l'ASF, dans la limite du montant plafond de l'allocation (88,44 Euros), en cas de défaillance partielle du débiteur.

Le surcoût de cette mesure pour la branche famille est estimé à moins d'1 million d'Euros la première année.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) revient à l'équilibre en 2011

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) doit être structurellement équilibrée. C'est la raison pour laquelle son taux de cotisation revalorisé de 0,1% au 1^{er} janvier 2011 permettra un retour à l'équilibre dès cette année.

La branche contribue au financement des dépenses des fonds spécialisés pour l'indemnisation des victimes de l'amiante. Leur montant est reconduit au niveau des années précédentes, 890 millions d'Euros pour le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et 315 millions d'Euros pour le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) dont la contribution avait été légèrement revalorisée pour tenir compte de l'effet de la réforme du délai de prescription porté dans la LFSS 2011 de 4 à 10 ans.

La branche AT-MP contribue au financement de la branche maladie au titre de la sous déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Cette dernière contribution sera légèrement revalorisée dans la LFSS pour 2012, en passant de 710 millions d'Euros à 790 millions d'Euros, pour tenir compte des propositions du dernier rapport de la commission présidée par Noël Diricq qui évalue la sous déclaration dans une fourchette légèrement supérieure à celle de 2008.

Enfin, elle contribue à hauteur de 110 millions d'Euros au financement de la branche retraite au titre des dispositions sur la pénibilité de la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010, qui sont entrées en vigueur début juillet dernier et ont enregistré, à fin août 2011, près d'un millier de dossiers de demandes d'attribution.

La priorité de la branche vise à renforcer la prévention des risques professionnels et de la pénibilité. Les évolutions des résultats en matière d'accidents du travail et de maladies montrent que les efforts en matière de santé au travail portent leurs fruits, ainsi l'indice de fréquence reste stable à son niveau historiquement le plus bas avec 36 accidents du travail pour 1000 salariés. Ces efforts doivent être poursuivis sans relâche.

Le deuxième plan santé au travail (2010-2014) qui vise notamment à diminuer de 25 % les accidents du travail, à stopper la progression des maladies professionnelles et à réduire la pénibilité du travail, comme cela a été rappelé lors du dernier Conseil d'orientation des conditions de travail en avril dernier, est en cohérence avec les grands objectifs de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT/MP (2009- 2012).

La mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail qui a été définitivement adoptée par la loi du 20 juillet 2011 va également dans ce sens.

Un engagement accru en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

Avec un taux d'évolution de **4,2%** pour l'ONDAM médico-social en 2012 (contre +3,8% en 2011), le Gouvernement entend, malgré la crise, **amplifier** l'effort en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le PLFSS pour 2012 propose ainsi des mesures visant à mettre en œuvre les annonces effectuées lors de la deuxième **conférence nationale du handicap** du 8 juin dernier et à améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes, comme s'y était engagé le Président de la République.

1. La progression de l'ONDAM médico-social permettra en 2012 de mobiliser près de 400 millions d'Euros de moyens supplémentaires pour les personnes dépendantes

En 2012, le sous-objectif de l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées dépendantes augmentera de 6,3 %, ce qui représente 393,4 millions d'Euros de mesures nouvelles.

Ces moyens supplémentaires permettront en premier lieu de mener à leur terme plusieurs grands plans nationaux, à savoir :

- Le **plan Alzheimer** (2008-2012) avec la création, dès l'année prochaine :
 - de 100 nouvelles maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), portant ainsi leur nombre à 155 fin 2012,
 - de 75 nouvelles structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, plates formes de répit) pour soulager les aidants, qui viendront s'ajouter aux 75 plates formes déjà existantes,
 - de 600 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), complétant les moyens déjà alloués pour la mise en place d'unités d'hébergement renforcées (UHR),
 - de 170 équipes mobiles de services de soins infirmiers à domicile renforcés (SSIAD).
- Le **plan solidarité grand âge** (PSGA, 2007-2012), dont la mise en œuvre est pratiquement achevée, et pour lequel 4,8 millions d'Euros de crédits seront délégués aux agences régionales de santé pour le financement de places nouvelles (EHPAD, SSIAD, AJ, HT).

Ces moyens supplémentaires seront en outre mobilisés pour accélérer le recrutement de personnels soignants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : au moins 140 M€ supplémentaires sont ainsi prévus en 2012 au titre de la « médicalisation » de ces établissements, soit plus de 83 000 places nouvelles.

Il s'agit aussi, conformément à l'engagement du Président de la République d'**améliorer l'accueil des résidents dans les EHPAD** en prévoyant le versement d'une dotation

supplémentaire aux établissements s'engageant dans une démarche de qualité et d'efficacité. Le PLFSS propose ainsi la mise en place d'expérimentations visant à valoriser, dans la tarification des EHPAD, les efforts consentis pour améliorer la qualité de la prise en charge ou limiter le recours à l'hospitalisation.

2. Un nouveau souffle donné à notre politique du handicap

Le 8 juin dernier s'est tenue la 2^e conférence nationale du handicap, sous la présidence du Président de la République. Des engagements forts ont été pris par le Gouvernement pour améliorer la scolarisation des enfants handicapés, l'emploi des adultes et renforcer l'accessibilité.

Ces engagements trouveront leur traduction financière dans le projet de loi de finances (PLF).

Toutefois, une mesure très attendue par les parents handicapés figure dans le PLFSS pour 2012, qui prévoit de majorer de 30 % le complément du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) pour les couples ou les parents isolés bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée (AAH) et ayant un enfant de moins de 6 ans (soit un gain de +155 Euros en moyenne par mois par famille).

Cette mesure devrait bénéficier à plus de 1 100 familles.

Par ailleurs, les moyens supplémentaires mobilisés en faveur de l'ONDAM médico-social permettront de poursuivre la mise en œuvre du plan présidentiel pluriannuel de création de 51 000 places pour enfants et adultes : ainsi, le sous-objectif de l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées progressera en 2012 de 2,1%, soit 186,4 millions d'Euros de mesures nouvelles, qui permettront de financer les places qui ouvriront l'année prochaine.

Enfin, les établissements et services médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées) bénéficieront, en 2012, d'un plan d'aide à l'investissement doté de 50 millions d'Euros, géré par la CNSA.

L'amélioration de la performance de la sécurité sociale et la lutte contre la fraude

1. La gestion des régimes

Articulées autour de trois grandes thématiques (qualité de service à l'utilisateur, démarche de performance, simplification des démarches), les conventions d'objectifs et de gestion (COG) fixent à la fois les objectifs des branches en termes de service rendu et les moyens dont elles disposent pour atteindre ces objectifs. La recherche permanente d'une meilleure qualité de service porte ses fruits : 81 % des Français sont satisfaits du service public de la sécurité sociale, 91 % des visiteurs sont reçus en moins de 20 minutes dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

En termes d'efficience, les COG négociées récemment avec les branches du régime général prévoient la déclinaison dans la sphère sociale de l'effort effectué par l'Etat et ses opérateurs en matière de taux de remplacement des personnels partant à la retraite (« un sur deux ») et d'évolution des frais de fonctionnement (-10% sur trois ans). Afin de poursuivre les efforts entrepris par les caisses de sécurité sociale depuis plusieurs années, **le PLFSS pour 2012** propose d'instituer dans la loi une mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale.

2. La lutte contre les fraudes

La lutte contre tous les types de fraudes (fiscale, aux cotisations et aux prestations sociales) constitue une priorité pour le Gouvernement depuis 2007. Le nombre de fraudes détectées et les montants associés sont en augmentation constante depuis plusieurs années. En 2010, le montant total de fraudes aux prestations détecté s'est élevé à 272 millions d'euros, en hausse de 29% par rapport à 2007 et la lutte contre le travail dissimulé et la fraude aux cotisations sociales a conduit à une augmentation de près de 60 % des redressements opérés par rapport à 2007, à hauteur de 186 millions d'euros.

Le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS), qui comprend à la fois les données d'affiliation et les prestations servies aux assurés, sera pleinement opérationnel à la fin 2011. Il simplifiera les démarches et les procédures pour les assurés, mais sera également un outil efficace de la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Les contrôles menés par les organismes de sécurité sociale de toutes les branches pourront en effet repérer immédiatement les incohérences et les doublons.

Le PLFSS pour 2012 renforce les outils qui seront à la disposition des organismes pour dissuader les fraudes aux prestations et cotisations sociales. Plusieurs mesures sont prévues, visant notamment à améliorer les échanges et croisements d'informations :

- à l'heure actuelle, les échanges d'informations entre les consulats et les organismes de protection sociale sont ponctuels et ne permettent pas de lutter efficacement contre la fraude. Le dispositif sera complété afin de rendre systématique les échanges entre les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires ;

- dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux, Tracfin reçoit des informations intéressant les organismes de protection sociale. Or ceux-ci n'ont pas la faculté de recevoir des informations émanant de Tracfin, qui ne peut les communiquer qu'à certaines autorités (douanes, police judiciaire, administration fiscale). Tracfin sera autorisé à communiquer des renseignements aux organismes de protection sociale dans le cas de faits pouvant caractériser une infraction commise au préjudice d'un organisme et passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an.