

N° 111

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2018

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, pour 2019,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,

Mme Catherine DEROCHE, MM. Bernard BONNE, Gérard DÉRIOT, René-Paul SAVARY et Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteurs,

Sénateurs

Tome II : Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Élisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micoulean, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 1297, 1309, 1336 et T.A. 187

Sénat : 106 et 108 (2018-2019)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	11
EXAMEN DES ARTICLES	15
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017	15
• <i>Article 1^{er} Approbation des tableaux d'équilibre 2017</i>	15
• <i>Article 2 Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)</i>	24
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018	29
• <i>Article 3 (art. 73 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Rectification des dotations 2018 de la branche maladie</i>	29
• <i>Article 4 (art. L. 138-16, L. 221-1 et L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017) Suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)</i>	34
• <i>Article 5 Rectification des tableaux d'équilibre 2018</i>	37
• <i>Article 6 Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs de l'ONDAM 2018</i>	40
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019	45
TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE	45
CHAPITRE I^{ER} - Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs	45
• <i>Article 7 (art. L. 241-17 [nouveau] et L. 241-18 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime) Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires</i>	45
• <i>Article 7 bis (nouveau) (art. L. 131-6-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 411-9 et L. 411-10 du code du tourisme) Régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles</i>	51
• <i>Article 8 (art. 133-1, L. 241-2-1, L. 241-5, L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-13, L. 243-6-1, L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-5, 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 5553-11 du code des transports ; art. L. 5134-31, L. 5134-59, L. 6227-8, L. 6227-8-1 [nouveau], L. 6243-2, L. 6243-3, L. 6261-1, L. 6325-16 à L. 6325-22 du code du travail ; art. 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014) Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs</i>	55
• <i>Article 8 bis (nouveau) (art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale) Alignement du régime social de la rupture conventionnelle collective sur celui des plans de sauvegarde de l'emploi en matière d'assujettissement au forfait social</i>	74
• <i>Article 8 ter (nouveau) (art. 16 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Prolongation et élargissement du dispositif mis en place pour les entreprises à Saint-Barthélemy et Saint-Martin à la suite de l'ouragan Irma</i>	75
• <i>Article 9 (art. 13 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole</i>	79

• Article 9 bis (nouveau) (art. L. 758-1 du code de la sécurité sociale) Alignement progressif de la fiscalité applicable aux alcools produits et consommés dans les outre-mer sur celle applicable dans l’hexagone	83
CHAPITRE II - Des règles de cotisation plus claires et plus justes	85
• Article 10 (art. L. 380-2 du code de la sécurité sociale) Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d’assurance maladie	85
• Article 10 bis (nouveau) Rapport au Parlement sur les régimes sociaux applicables aux activités saisonnières de courte durée des travailleurs indépendants	94
• Article 11 (art. L. 136-8 du code de la sécurité sociale) Atténuation du franchissement du seuil d’assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement	95
• Article 11 bis (nouveau) (art. 231 du code général des impôts) Exonération de taxe sur les salaires de l’établissement français du sang	98
• Article 11 ter (nouveau) (art. L. 137-6 du code de la sécurité sociale) Limitation du forfait social dans les petites et moyennes entreprises	101
• Article 12 (art. L. 242-2 et L. 862-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations	115
• Article additionnel après l’article 12 (art. L. 862-4 du code de la sécurité sociale) Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d’assurance maladie	117
• Article 13 (art. L. 133-5-6, L. 133-5-10, L. 243-16 [nouveau], L. 244-2, L. 613-5 du code de la sécurité sociale ; art. L. 712-2, L. 712-3, L. 724-7-2 [nouveau], L. 725-3 et L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime ; art. 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ; art. 14 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations	119
• Article 14 (art. 1635 bis AE du code général des impôts) Modification du régime des droits d’enregistrement exigibles pour les demandes d’AMM déposées auprès de l’ANSM	129
• Article 15 (art. L. 138-10 à L. 138-15 du code de la sécurité sociale) Refonte du mécanisme de sauvegarde applicable aux dépenses de médicaments	132
• Article 16 (art. L. 131-6 et L. 136-3 du code de la sécurité sociale ; art. 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants	141
• Article 17 (art. L. 133-4-2 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale) Modulation des sanctions	157
• Article 18 (art. L. 114-6, L. 114-8-1 [nouveau], L. 114-9 à L. 114-22-1, L. 122-1 à L. 122-3, L. 122-7, L. 122-9, L. 123-1 à L. 123-3, L. 216-6, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-4, L. 217-5, L. 217-6, L. 221-1, L. 221-1, L. 222-1, L. 223-1, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 225-1-1, L. 225-1-4, L. 228-1, L. 281-2, L. 382-2, L. 641-3, L. 641-3-1 et L. 641-7 du code de la sécurité sociale ; art. 25-1 et 26 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Mesure d’efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale	161

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	165
• Article 19 (art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-3, L. 136-6-1, L. 136-8, L. 138-21, L. 245-14 à L. 245-16 du code de la sécurité sociale ; art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; art. 235 ter [nouveau] et art. 1600-0 F bis et 1600-0-S du code général des impôts ; art. L. 731-2 et L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime ; art. 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017 ; art. 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ; art. 9 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018) Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	165
• Article 20 (art. 4 et 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) Reprise par la Cades des déficits portés en trésorerie par l'Acoss	185
• Article 20 bis (nouveau) (art. L. 421-21 et L. 757-1 du code de l'éducation) Maintien dans le régime spécial des marins des élèves et étudiants des lycées professionnels maritimes et de l'école nationale supérieure maritime	191
• Article 20 ter (nouveau) (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale) Exception à l'affiliation au régime général de sécurité sociale pour les experts désignés par le juge judiciaire pour accomplir des expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques	192
• Article 20 quater (nouveau) Ratification de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 et de l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018	194
• Article 21 Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	195
• Article 22 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV	197
• Article 23 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV	200
• Article 24 Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du FRR et du FSV	202
• Article 25 Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes	203
• Article 26 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	206
 QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019	211
 TITRE I^{ER} - TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS	211
• Article 27 (art. L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale) Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé	211
• Article 28 (art. L. 162-22-6-2 [nouveau], L. 162-22-10, L. 162-22-12 et L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale) Financement forfaitaire de pathologies chroniques	217
• Article 29 (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé	220
• Article 29 bis (nouveau) (art. L. 6122-5 du code de la santé publique et art. L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale) Obligation d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins en cas d'écarts significatifs de pratiques constatés dans un établissement de santé	225

• Article 29 ter (nouveau) (art. L. 6145-16-1 du code de la santé publique) Possibilité pour les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d’usure	227
• Article 29 quater (nouveau) (art. L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres	235
• Article 29 quinquies (nouveau) Création d’un forfait expérimental de réorientation pour les urgences hospitalières	238
• Article 29 sexies (nouveau) (art. L. 162-22-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Remboursement à l’assurance maladie des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés	242
• Article 29 septies (nouveau) (art. L. 162-31-1 du code de la santé publique) Inscription de l’éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations	246
• Article 29 octies (nouveau) (art. 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d’ordre économique et financier, art. 116 et 116-2 [nouveau] de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) Financement par l’assurance maladie de l’école des hautes études en santé publique et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière	247
• Article 30 (art. L. 213-1, L. 642-4-2 [nouveau] et L. 644-2 du code de la sécurité sociale) Simplification de l’exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales)	249
• Article 31 (art. L. 4041-2, L. 4041-3 et L. 4042-1 du code de la santé publique ; art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale) Étendre l’objet des Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées	251
• Article 32 (art. L. 161-38, L. 162-2-3 [nouveau], L. 162-5, L. 162-5-15, L. 162-5-16, L. 162-5-18 [nouveau] et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale) Renforcer l’usage du numérique et le partage d’information pour améliorer la qualité de la prise en charge	254
• Article 32 bis (nouveau) (art. L. 161-35 et L. 323-3 du code de la sécurité sociale) Prescription dématérialisée des arrêts de travail et simplification des conditions d’accès au temps partiel thérapeutique	258
• Article 33 (art. L. 133-4, L. 162-9, L. 165-1, L. 165-1-4 [nouveau], L. 165-2, L. 165-9 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale ; L. 2132-2-1 et L. 2134-1 du code de la santé publique) Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires	261
TITRE II - AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ	278
CHAPITRE I^{ER} - Lever les obstacles financiers à l’accès aux droits et aux soins	278
• Article 34 (art. L. 114-17-1, L. 142-3, L. 160-1, L. 160-3, L. 160-15, L. 162-1-21, L. 162-9, L. 162-16-7, L. 162-40, L. 165-6, L. 211-1, L. 752-4 ; L. 861-1 à L. 861-8, L. 861-10, L. 861-11 [nouveau], L. 862-1, L. 862-2, L. 862-4, L. 862-6, L. 862-7, L. 863-1, L. 863-7-1, L. 864-1, L. 864-2, L. 871-1 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 251-1 et L. 252-3 du code de l’action sociale et des familles ; art. L. 1110-3, L. 1511-1 et L. 6122-15 du code de la santé publique ; art. L. 1113-1 du code des transports ; art. 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle) Amélioration du recours aux dispositifs d’aide à la couverture complémentaire santé	278
• Article 35 (art. 20-11 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique à Mayotte) Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte	293

• Article 36 (art. L. 169-14 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte) Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie	297
• Article 36 bis (nouveau) (art. L. 169-2 du code de la sécurité sociale) Conditions d'ouverture du droit à invalidité pour les victimes de terrorisme	301
CHAPITRE II - Renforcer la prévention	302
• Article 37 (art. L. 2132-2 et L. 2421-1 du code de la santé publique ; art. L. 160-9, L. 160-14 et L. 162-1-22 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans	302
• Article 38 (art. L. 137-27 et L. 221-1-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives	305
• Article 38 bis (nouveau) Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions	308
• Article 39 (art. L. 4161-1 et L. 5125-1-1 A du code de la santé publique ; art. L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale) Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens	309
• Article 39 bis (nouveau) Soutien au développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains	312
CHAPITRE III - Améliorer les prises en charge	314
• Article 40 (art. L. 2112-8 et L. 2135-1 [nouveau] du code de la santé publique ; art. L. 174-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales) Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement	314
• Article 41 (art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement) Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	321
CHAPITRE IV - Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé	326
• Article 42 (art. L. 133-4, L. 162-4, L. 162-16-5, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 [nouveau], L. 162-16-5-2 à L. 162-16-5-4 [nouveau], L. 162-17, L. 162-17-1-2 [nouveau], L. 162-17-2-1, L. 162-17-2-2 [nouveau], L. 162-17-4, L. 162-18, L. 162-22-7-3, L. 165-1-4 [nouveau] et L. 165-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-12 du code de la santé publique) Adaptations diverses des modalités de prise en charge des produits de santé	326
• Article 42 bis (nouveau) Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications	351
• Article 43 (art. L. 5121-1, L. 5121-10, L. 5125-23, L. 5125-23-2 et L. 5125-23-4 du code de la santé publique ; art. L. 162-16, L. 162-16-7 et L. 162-22-7-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Favoriser le recours aux médicaments génériques, hybrides et biosimilaires	352
• Article 43 bis (nouveau) (art. L. 1151-1 du code de la santé publique) Encadrement de l'utilisation de certains médicaments innovants	361

TITRE III - MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS.....	362
• Article additionnel avant l'article 44 (art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale)	
Recul de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 63 ans à compter du 1^{er} mai 2020	362
• Article 44 Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales	364
• Article 45 (art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale et art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales) Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap	367
• Article 46 (art. L. 531-5, L. 531-6 et L. 543-1 du code de la sécurité sociale ; art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte) Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur le CMG et l'allocation de rentrée scolaire et recours au tiers payant pour le CMG « structure »	374
• Article 47 (art. L.623-1, L. 623-4 et L. 663-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 722-10, L. 732-10, L. 732-10-1 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime) Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité	380
• Article 47 bis (nouveau) (art. L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 331-8 et L. 623-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1225-35 du code du travail) Allongement du congé paternité pendant la période d'hospitalisation de l'enfant dans un service spécialisé	386
• Article 47 ter (nouveau) (art. L. 131-6-1-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Report des cotisations et contributions sociales pendant le congé de maternité ou d'adoption pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles	390
• Article 47 quater (nouveau) Information des travailleuses enceintes sur leurs droits	391
• Article 47 quinquies (nouveau) Expérimentation d'une possibilité de reprise progressive de l'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité	392
• Article 48 (art. L. 622-3, L. 632-1 et L. 646-4 du code de la sécurité sociale ; art. 20-10-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte) Convergence des règles en matière d'IJ et de pension d'invalidité vers le régime général	394
• Article 49 (art. L. 133-4, L. 133-4-1, L. 161-17-1-1, L. 355-3, L. 553-2, L. 815-11, L. 821-5-1, L. 835-3, L. 845-3, L. 861-3 et L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation ; art. 20-5-6 et 20-8-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; art. 20, 35-3 et 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ; art. 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte ; art. 1 ^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au département de Mayotte ; art. 8-4 [nouveau], 9-6 et 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon) Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale	398

• Article 50 (art. L. 133-5-3, L. 133-5-4, L. 221-1, L. 222-1, L. 223-1, L. 542-2 et L.831-4 du code de la sécurité sociale ; art. L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation) Modernisation de la délivrance des prestations sociales	402
TITRE IV - DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	410
• Article 51 Dotation de l'assurance maladie au Fmespp, à l'Oniam, de la CNSA aux ARS	410
• Article 51 bis (nouveau) (art. L. 142-11 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Maintien de la prise en charge par l'assurance maladie des frais liés aux mesures d'instructions judiciaires dans le cadre du contentieux	412
• Article 52 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	413
• Article 53 ONDAM et sous-ONDAM	415
• Article 54 Dotation au Fiva, au Fcaata et transfert en compensation de la sous-déclaration AT-MP	423
• Article 54 bis (nouveau) (art. 28-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte) Report de 2020 à 2022 de l'alignement complet des règles de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles à Mayotte	426
• Article 55 Objectif de dépenses de la branche AT-MP	427
• Article 56 Objectif de dépenses de la branche vieillesse	428
• Article 57 Objectif de dépenses de la branche famille	430
• Article 58 Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2019	432
EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION	435

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Équilibres financiers généraux

(rapporteur général : M. Jean-Marie Vanlerenberghe)

La commission a approuvé **l'exonération de cotisations et contributions salariales des heures supplémentaires** (article 7), qui seront profitables au pouvoir d'achat des actifs. S'agissant des modalités de mise en place des allègements de cotisations et contributions patronales qui remplaceront le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) dès 2019 (article 8), elle a approuvé l'essentiel du dispositif adopté par l'Assemblée nationale tout en **renforçant les exonérations spécifiques aux employeurs du secteur agricole pour les rémunérations des travailleurs occasionnels afin de préserver** les filières les plus concernées (fruits et légumes, viticulture, etc.).

S'agissant de la **CSG applicable aux retraités** (article 11), la commission a **étendu le critère de franchissement de seuil de revenu deux années consécutives aux retraités qui franchiraient le seuil d'assujettissement à la CSG au taux de 3,8 %**, comme l'article le prévoit pour l'assujettissement à la CSG au taux de 8,3 %. Elle a ainsi souhaité atténuer les effets de seuil pour des personnes, par définition modestes, qui pouvaient se voir appliquer du jour au lendemain des prélèvements supplémentaires de 4,3 % sur l'ensemble de leur pension.

La commission a approuvé **l'insertion dans ce PLFSS des exonérations et réductions de forfait social** qui figuraient dans le projet de loi Pacte (article 11 *ter*). Dans un souci de simplification, elle a aligné le taux dérogatoire de forfait social prévu pour les versements des entreprises sur les fonds d'actionnariat salarié, fixé à 10 %, sur celui déjà existant de 8 %. Cette même volonté de simplifier les démarches des entrepreneurs l'a conduite à supprimer la nouvelle formule prévue par le Gouvernement pour le calcul des cotisations des travailleurs indépendants, à la fois complexe et inadaptée à la majorité des situations (article 16).

La commission a **supprimé les dispositions relatives au régime social des chèques cadeaux et chèques vacances distribués par les entreprises et les comités sociaux d'entreprise** introduites par l'Assemblée nationale (article 7 *bis*), considérant que le paramétrage de ce dispositif n'avait pas fait l'objet d'une concertation suffisante avec l'ensemble des parties prenantes.

La commission a également **rejeté le principe d'une réduction d'affectation de TVA à la sécurité sociale d'ici à 2022** (article 19), estimant notamment que ces dispositions mettaient en péril l'objectif de remboursement de l'ensemble de la dette sociale d'ici à 2024.

Dans la même logique, elle a **approuvé le transfert à la Cades de 15 milliards d'euros de déficits cumulés des différentes branches de la sécurité sociale** (article 20), tout en regrettant que ce transfert laisse encore 11,5 milliards d'euros de dette sociale dans les comptes de l'Acoss.

Elle a adopté un amendement **assurant que ce transfert de dette concerne prioritairement les organismes qui risquent de ne pas cumuler suffisamment d'excédents** dans les années à venir pour rembourser leur dette (branche maladie et Fonds de solidarité vieillesse).

Afin de sécuriser l'équilibre des comptes sociaux en 2019, elle a également proposé une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) pour la seule année à venir (article additionnel après l'article 12).

Assurance maladie

(rapporteur : Mme Catherine Deroche)

La commission a approuvé les orientations en faveur d'une meilleure prise en compte de la **qualité** des soins dans le financement des établissements de santé (article 27), ainsi qu'en matière de **pertinence** des soins (article 29 *bis*) tout en veillant à en **clarifier l'articulation avec les dispositifs existants**, notamment le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Elle a **supprimé le forfait de réorientation dans les services d'urgences** (article 29 *quinquies*), qui ne reprend qu'une partie de la proposition formulée par la commission sur le financement des urgences hospitalières, sans régler le fond de la question, et pose plusieurs problèmes de principe comme de mise en œuvre.

S'agissant de la **réforme du « reste à charge zéro »** (article 33), la commission a apporté des ajustements visant à privilégier les négociations conventionnelles entre les acteurs et à limiter les restes à charge, même choisis, des assurés.

Soulignant les nombreuses inconnues entourant à ce jour l'impact réel de cette réforme, en termes d'équilibre financier et d'accès aux soins, elle a demandé qu'un bilan soit présenté au Parlement.

Sur la réforme de la **régulation des médicaments** (article 43), elle a **renvoyé à la négociation conventionnelle** la détermination de la compensation pour les extensions d'indication sous ATU et l'accès direct en post-ATU.

Elle a également apporté quelques tempéraments à la régulation des dispositifs médicaux, qui ne prend pas suffisamment en compte les spécificités du secteur.

S'agissant du renforcement du recours aux génériques (article 43), elle a **supprimé l'encadrement du recours à la mention « non substituable »** pour lui substituer la détermination d'une politique commune du générique et du biosimilaire dans le cadre d'une **convention interprofessionnelle** associant l'assurance maladie, les médecins et les pharmaciens.

S'agissant enfin du **congé de maternité** des travailleuses non salariées (article 47), elle a souhaité préserver, dans tous les cas, la possibilité d'une indemnisation des non-salariées et a **supprimé, en conséquence, le conditionnement du bénéfice des prestations à une durée minimale d'interruption complète d'activité de huit semaines**, en considérant que ce dispositif n'est pas adapté à la situation de ces travailleuses et pourrait être à l'origine d'une dégradation de leur indemnisation.

Secteur médico-social

(rapporteur : M. Bernard Bonne)

La commission a amendé le nouveau parcours de bilan et intervention précoce à destination des enfants atteints de troubles du neuro-développement (article 40), dans le but d'en sécuriser l'accès aux enfants manifestant les premiers signes avant et pendant leur scolarité. Elle a également souhaité préciser le cadre opérationnel de ce parcours, en explicitant les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé et en renforçant le cadre contractuel entre les professionnels et les structures d'appui.

Elle a par ailleurs adopté un amendement attribuant un pouvoir général de prescription au médecin coordonnateur des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad), tout en veillant à la préservation de sa capacité de prescrire indépendamment comme médecin traitant (article 41).

Accidents du travail et maladies professionnelles

(rapporteur : M. Gérard Dériot)

La commission a approuvé les dotations de la branche AT-MP **au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** (article 54) mais a souligné que leur diminution ne signifiait pas pour autant que le plafond des demandes potentielles d'indemnisation avait été atteint, compte tenu du délai de latence des pathologies les plus graves.

Elle a émis un avis favorable à l'adoption des objectifs de dépenses de la branche AT-MP (article 55), tout en renouvelant ses inquiétudes quant à **l'importance croissante des transferts** de la branche vers d'autres régimes et fonds et en appelant, compte tenu de la situation financière de la branche, à une baisse des cotisations.

Assurance vieillesse

(rapporteur : M. René-Paul Savary)

La commission a **rejeté la sous-revalorisation des prestations sociales à 0,3 % pour 2019 et 2020** (article 44) proposée par le Gouvernement dans un contexte de reprise de l'inflation. Afin de préserver le pouvoir d'achat des retraités et des familles, déjà mis à l'épreuve par les mesures contenues dans la LFSS pour 2018, elle a **adopté un amendement** visant à **revaloriser ces prestations au niveau de l'inflation estimée pour 2019, reprenant le mécanisme d'indexation qui était en vigueur entre 1993 et 2015.**

Elle a adopté un amendement portant article additionnel (avant l'article 44) **reculant progressivement l'âge légal de départ à la retraite de 62 ans à 63 ans à compter du 1^{er} mai 2020**, reprenant une disposition déjà adoptée par le Sénat lors de la discussion de la LFSS pour 2016. Contribuant au rééquilibrage financier nécessaire au maintien d'un solde positif de la sécurité sociale, ce recul progressif corrigera en 2020 la nouvelle inégalité entre le secteur privé et le secteur public introduite par l'accord Agirc-Arrco d'octobre 2015 : l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 de la décote temporaire de 10 % sur la retraite complémentaire pour les salariés du privé partant à la retraite à 62 ans.

Famille

(rapporteur : Mme Élisabeth Doineau)

La commission a approuvé les mesures en dépenses concernant la branche, en particulier la majoration du complément de mode de garde pour les familles ayant un enfant handicapé (article 45) et son extension à taux plein au-delà des trois ans de l'enfant né en début d'année jusqu'à son entrée à l'école maternelle (article 46).

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre 2017

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2017, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article comporte des dispositions figurant obligatoirement dans les lois de financement de la sécurité sociale.

**Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale
(extrait du A du I)**

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

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

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

En application de ces dispositions, le présent article prévoit l'approbation des trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos :

- le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) ;

- le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ;
- le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, cette catégorie ne comportant que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Ces tableaux comportent le résultat, le montant total des produits et le montant total des charges en droits constatés.

Depuis le PLFSS pour 2017, les tableaux relatifs aux régimes obligatoires de base et au régime général comportent une ligne relative aux recettes, aux dépenses et au solde de l'ensemble des branches et du FSV, ce qui permet de faire apparaître d'emblée le solde de la sécurité sociale mais aussi les recettes et les dépenses hors transferts entre branches.

Cet article établit également les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

**L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence
des tableaux d'équilibre pour 2017**

Dans le cadre de la mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement définie à l'article 47-1 de la Constitution, en application du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour des comptes produit un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Sur la base des vérifications effectuées et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués, la Cour, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « estime que les tableaux d'équilibre fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en

découle. Elle formule néanmoins les cinq observations suivantes :

« 1. À la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressantes sur les tableaux d'équilibre (modalité d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2016 et par rapport aux prévisions) ;

« 2. Les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux ;

« 3. Les tableaux d'équilibre intègrent un produit de taxe sur les véhicules de société de 0,2 milliard d'euros enregistré à tort dans les produits de la branche famille de l'exercice 2017 ;

« 4. La double comptabilisation, à tort, de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte dégrade de 0,2 milliard d'euros les soldes des tableaux d'équilibre de la branche maladie du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

« 5. Les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2017 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2017, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables. »

• **L'approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

Le déficit global des régimes de base est de 4,8 milliards d'euros en 2016, en diminution de 2,2 milliards d'euros par rapport à 2015.

Tableau d'équilibre 2017 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,1	208,0	- 4,9
AT-MP	14,4	13,2	1,2
Vieillesse	232,7	230,7	2,0
Famille	49,8	50,0	- 0,2
Total	486,2	488,1	- 1,9
FSV	16,6	19,6	- 2,9
Total avec FSV	483,7	488,6	- 4,8

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019*

Les charges ont progressé de 2,3 %. Les recettes ont progressé de 2,8 %, les cotisations sociales et la CSG ayant progressé respectivement de 3,3 % et 2 %.

Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour les années 2015 à 2017

(en milliards d'euros)

	Résultats 2015	Résultats 2016	Résultats 2017
Maladie	- 5,8	- 4,7	- 4,9
Vieillesse	0,2	1,6	2,0
Famille	- 1,5	- 1	- 0,2
AT-MP	0,8	0,8	1,2
Total	- 6,3	- 3,4	- 1,9

Source : *LFSS et PLFSS 2019*

La situation de l'ensemble des branches s'est améliorée en 2017, à l'exception de la branche maladie. Deux des quatre branches restent déficitaires :

- la branche maladie enregistre un solde négatif de 4,9 milliards d'euros en 2017 soit une dégradation de 200 millions d'euros ;

- le solde négatif de la branche famille, à 0,2 milliard d'euros, s'est amélioré de 800 millions d'euros ;

- la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre en revanche, pour la cinquième année consécutive, un solde positif de 1,2 milliard d'euros en 2017.

- La branche vieillesse consolide son excédent à 2 milliards d'euros, soit une amélioration de 400 millions d'euros par rapport à 2016.

La loi de financement pour 2017 prévoyait un déficit de 4,1 milliards d'euros à l'issue de l'exercice. C'est la branche maladie, dont le résultat attendu (- 2,6 milliards d'euros) était substantiellement meilleur que celui finalement obtenu qui est intégralement à l'origine de ce dépassement.

L'ensemble des régimes de base présente en revanche un solde en ligne avec la prévision rectifiée par la LFSS pour 2018.

Comparaison du solde effectif 2017 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2017

(en milliards d'euros)

	LFSS 2017 Solde prévisionnel 2017	LFSS 2018 Solde prévisionnel 2017	PLFSS 2019 Solde effectif 2017	Écart LFSS/solde effectif
ROBSS	- 0,3	- 1,3	- 1,9	- 1,6
ROBSS + FSV	- 4,1	- 4,9	- 4,9	- 0,8

Source : LFSS et PLFSS 2019

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2017, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 5,1 milliards d'euros en 2017, en réduction de 2,7 milliards d'euros par rapport à 2016.

Ce tableau ne comporte que de faibles écarts avec celui des régimes obligatoires de base précédemment exposé. En effet, les régimes de base de vieillesse autres que celui du régime général, traditionnellement sources des principaux écarts, affichent un solde global relativement proche de l'équilibre.

**Tableau d'équilibre 2017 du régime général
et du fonds de solidarité vieillesse**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,3	206,2	- 4,9
AT-MP	12,9	11,7	1,1
Vieillesse	126,6	124,8	1,8
Famille	49,8	50,0	- 0,2
Total	377,6	379,8	- 2,2
FSV	16,6	19,6	- 2,9
Total avec FSV	376,5	381,6	- 5,1

Source : PLFSS 2019

Les dépenses du régime général et du FSV ont progressé de 2,4 % en 2017. Les produits ont enregistré une progression de 3,2 %, du fait du dynamisme de la masse salariale du secteur privé.

**Soldes des différentes branches du régime général
pour les années 2015 à 2017**

(en milliards d'euros)

	Résultats 2015	Résultats 2016	Résultats 2017
Maladie	- 5,8	- 4,8	- 4,9
Vieillesse	- 0,3	0,9	1,8
Famille	- 1,5	- 1	- 0,2
AT-MP	0,7	0,8	1,1
Total	- 6,8	- 4,1	- 2,2

Source : LFSS et PLFSS 2019

Le solde 2017 présente une amélioration de 1,9 milliard d'euros par rapport à 2016.

**Comparaison du solde effectif 2017 avec le solde prévisionnel
de l'ensemble des branches du régime général pour 2017**

(en milliards d'euros)

	LFSS 2017	LFSS 2018	PLFSS 2019	Écart LFSS/ solde effectif
Maladie	- 2,6	- 4,1	- 4,9	- 2,3
Vieillesse	1,6	1,3	1,8	0,2
Famille	0,0	0,3	- 0,2	- 0,2
AT-MP	0,7	1,0	1,1	0,4
Total	- 0,4	- 1,6	- 2,2	- 1,8
FSV	- 3,8	- 3,6	- 2,9	0,9
Total avec FSV	- 4,2	- 5,2	- 5,1	- 0,9

Source : LFSS et PLFSS 2018

Par rapport aux prévisions de la loi de financement initiale, le solde s'est dégradé de 0,9 milliard d'euros. En revanche, il est en ligne avec la prévision rectifiée. Il est à noter que le solde de la branche maladie est nettement en retrait par rapport à la prévision initiale mais aussi par rapport à la prévision rectifiée.

• **L'approbation du tableau d'équilibre pour 2017 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

Ce tableau ne concerne qu'un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement d'avantages vieillesse à caractère non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

**Organismes concourant au financement
des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

(en milliards d'euros)

	Résultat 2014	Résultat 2015	Résultat 2016	Résultat 2017
FSV	- 3,5	- 3,9	- 3,6	- 2,9

Source : LFSS et PLFSS 2019

La loi de financement pour 2017 avait prévu pour le FSV un solde de - 3,8 milliards d'euros en 2017.

Le déficit constaté, - 2,9 milliards d'euros, est meilleur que la prévision initiale ainsi que de la prévision rectifiée par la LFSS pour 2018 (- 3,6 milliards d'euros).

• **L'approbation des dépenses constatées en 2017 relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

Pour 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base était fixé par la loi de financement initiale à **190,7 milliards d'euros**. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2017, une progression de 2,1 %.

Ce taux de progression a été révisé par la loi de financement pour 2018 à 2,2 %, l'objectif en valeur étant maintenu à **190,7 milliards d'euros**.

La construction de l'Ondam 2017 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 4,3 %, à laquelle devaient s'appliquer 4,1 milliards d'économies répartis sur l'ensemble des sous-objectifs.

Avec des **dépenses constatées de 190,7 milliards d'euros**, exactement au niveau de l'objectif voté par le Parlement, celui-ci est respecté pour la huitième année consécutive, tant en volume, qu'en taux d'évolution révisé.

Comme les années précédentes, le respect de l'Ondam s'accompagne cependant d'une croissance des dépenses d'assurance maladie nettement supérieure à celle de la richesse nationale.

Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2011 et 2017

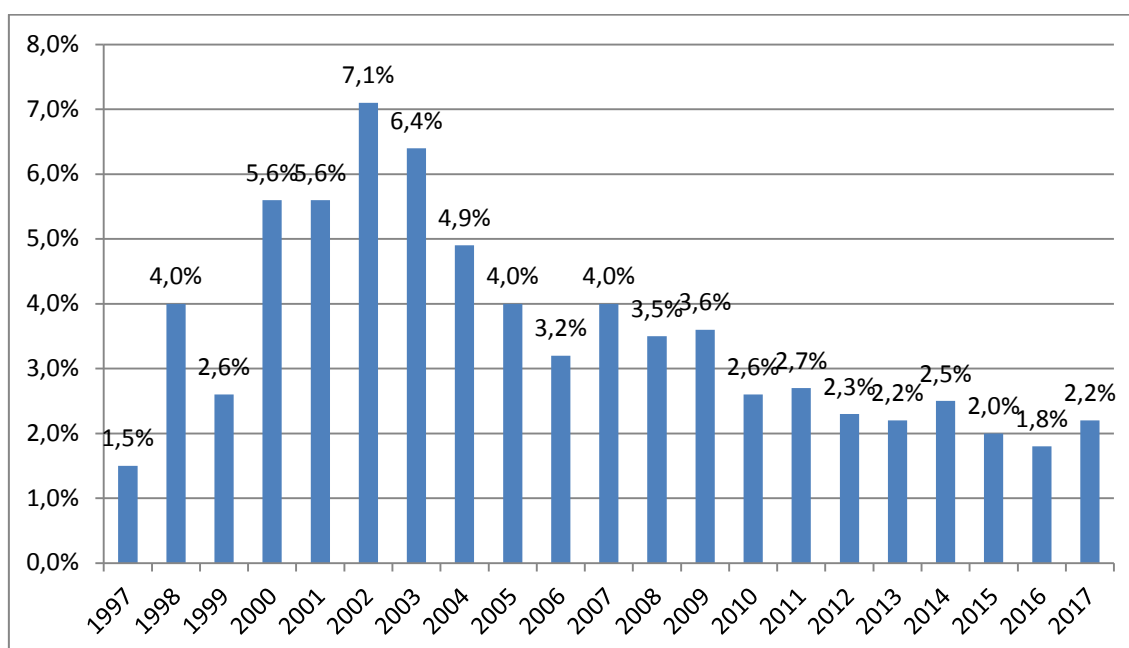
(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ondam voté	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7
Ondam exécuté	166,3	170,1	173,7	177,9	181,8	185,2	190,7
Augmentation des dépenses	+ 4,5	+ 3,8	+ 3,7	+ 4,2	+ 3,9	+ 3,4	+ 5,5

Source : LFSS

Bien qu'en hausse par rapport à celui historiquement bas de 2016, le taux d'évolution de l'année 2017 est l'un des plus rigoureux depuis la création de cet instrument, comme le montre le graphique ci-après.

Taux de progression des dépenses dans le champ de l'Ondam



L'exécution de l'Ondam 2017 est marquée par un dérapage des dépenses de soins de ville, qui n'a pas empêché un respect global de l'Ondam grâce, essentiellement, à une activité hospitalière inférieure aux prévisions. De ce fait, les mesures de régulation sont restées relativement limitées : quelque 346 millions d'euros de dépenses relatives aux sous-objectifs hors soins de ville n'ont pas exécutées en 2017 (contre 797 millions en 2016 et 736 millions en 2015).

Par sous-objectifs, les dépenses constatées sont les suivantes :

Sous-objectifs (en millions d'euros)	Objectif LFSS 2017	Rectificatio n LFSS 2018	Exécution 2017 (p)	Variation/2015
Dépenses de soins de ville	86 558	86 836	87 174	2,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	79 172	79 027	78 612	1,8 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé				
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9 087	9 040	9 050	3,2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées	10 984	10 931	10 950	3,1 %
Autres prises en charge	1 650	1 641	1 658	6,6 %
Fonds d'intervention régional	3 285	3 260	3 240	2,4 %
Total	190 735	190 735	190 683	2,2 %

Les quelques corrections auxquelles la Cour des comptes procède dans son rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale l'amène à estimer que le taux de progression de l'Ondam en 2017 est de 2,3 %, soit une correction peu significative par rapport au montant figurant dans le présent PLFSS au regard notamment de l'écart de l'année dernière (2,2 % selon la Cour des comptes au lieu de 1,8 % dans le PLFSS).

• **L'approbation des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites**

Conformément aux dispositions de la loi du 9 novembre 2010, le Fonds de réserve pour les retraites a été mis en extinction. Depuis 2011, il ne perçoit plus aucune recette, ses produits (1,3 point de prélèvement sur les revenus du capital) ayant été transférés à la Cades.

Le fonds a pour objet :

- de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Sur ce fondement, à compter du 1^{er} janvier 2011 et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année 2,1 milliards d'euros à la Cades. À la fin de l'année 2017, il avait ainsi versé 14,7 milliards d'euros ;

- de gérer à l'horizon 2020, pour le compte de la Cnav, la part de la soulte (40 %) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) en contrepartie de son adossement au régime général, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ;

- de mobiliser ses actifs, sur recommandation du comité de suivi des retraites, en application de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, en cas de dérapage des déficits de la branche vieillesse.

Au 31 décembre 2017, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 4,8 milliards d'euros, était de 35,9 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 2,5 milliards d'euros et le résultat net de 2,4 milliards d'euros.

• **L'approbation du montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale**

Ce paragraphe propose l'approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2017, soit 15,0 milliards d'euros. Ce montant est légèrement supérieur à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (14,9 milliards d'euros) ainsi qu'à l'objectif révisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (14,8 milliards d'euros).

L'amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées (soit le produit de la CRDS, de 0,6 point de CSG et du versement annuel effectué par le FRR à la Cades) et le montant de ses frais financiers nets.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 17,2 milliards d'euros pour l'année 2017.

Nature des ressources	Montant <i>(en milliards d'euros)</i>
CRDS	7,2
CSG	7,9
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

Aucun transfert de dette n'ayant été opéré en 2017, le montant des dettes transférées à la Cades s'élevait à 260,5 milliards d'euros à la fin 2017, tout comme l'année précédente.

La dette amortie s'élevait à 139,7 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 120,8 milliards d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article retrace les résultats de la gestion 2017 que votre commission ne peut que constater, d'autant que, comme chaque année, les conditions d'examen du PLFSS ne laissent guère de temps à l'examen spécifique des résultats de la gestion passée.

Une éventuelle révision de la LOLFSS à l'occasion de l'examen du projet de réforme constitutionnelle et organique pourrait être l'occasion de détacher la première partie des lois de financement de la sécurité sociale afin d'en faire des textes à part entière qui, à l'instar des lois de règlement du budget de l'État, pourraient être débattus à la fin du printemps.

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

Article 2

Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement retraçant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2017, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (extrait du A du I)

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

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

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

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

L'annexe A comporte deux parties distinctes décrivant, d'une part, la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2017 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

I - Le dispositif proposé

- La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017

Le tableau patrimonial consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, qui comprend le régime général et quinze autres régimes (n'y figurent pas les régimes qui n'ont pas de bilan ou dont le bilan est inférieur à 200 millions d'euros, dont le montant agrégé est inférieur à 0,1 milliard d'euros après neutralisation des effets des relations financières entre eux), les organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites, FRR).

En 2017, le **résultat d'ensemble** de la sécurité sociale s'est amélioré une nouvelle fois. Le tableau patrimonial présente un résultat net d'ensemble positif de 12,6 milliards d'euros, en amélioration de 4,5 milliards d'euros par rapport à 2016.

Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (respectivement de 15 et 2,4 milliards d'euros) qui compense, bien que ces deux organismes s'inscrivent dans une temporalité différente, les résultats déficitaires du régime général (- 2,2 milliards d'euros) et du FSV (- 2,9 milliards d'euros) et le résultat positif des autres régimes (0,3 milliard d'euros). L'amélioration de ce résultat d'ensemble traduit essentiellement la réduction des déficits. Hors Cades et FSV, le solde des régimes de base et du FSV est de -4,8 milliards d'euros contre - 7 milliards d'euros en 2016.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se réduit de 12,1 milliards d'euros pour s'établir à **- 143,5 milliards d'euros**, principalement sous l'effet du report à nouveau de la Cades (14,4 milliards d'euros).

Le financement du passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net, différence entre le passif et l'actif financier, s'élevant à 102,9 milliards d'euros au 31 décembre 2017, en nette diminution par rapport à 2016. Sur ce total, l'endettement financier net du régime général s'élevait à 31,3 milliards d'euros, dont 27,2 milliards d'euros portés par l'Acoss.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (35 milliards d'euros).

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la Cour des comptes a émis un avis sur « *la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos* » dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2017

La Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017.

Elle formule néanmoins l'observation suivante : les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2017 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains des autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, sous l'effet notamment des faiblesses des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables.

- La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2017

L'annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2017.

Elle rappelle que l'article 26 de la loi de financement pour 2016 a saturé le plafond de 62 milliards d'euros de transfert à la Cades prévu par la loi de financement pour 2011 en organisant un transfert de 23,6 milliards d'euros couvrant la totalité des déficits 2013 et 2014 de la branche famille et de la branche maladie et des déficits 2015 de la branche vieillesse et du FSV et une partie du déficit 2015 de la branche maladie.

À fin 2016, le plafond de transfert de dette étant saturé, les déficits de l'année 2017 restent portés en trésorerie par l'Acoss.

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde	Modalités de couverture
Maladie	- 4,9	Acoss
Famille	- 0,2	Acoss
Vieillesse	+ 1,8	Trésorerie Acoss
FSV	- 2,9	Acoss
AT-MP	+ 0,8	Trésorerie Acoss

L'annexe A précise que le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'élève à 0,2 milliard d'euros à fin 2017. La plupart de ces régimes sont équilibrés :

- par une intégration financière au régime général (régimes maladie dans le cadre de la Puma, branche vieillesse des salariés agricoles, RSI) ;
- par une subvention d'équilibre de l'État (SNCF, RATP, régime des mines et des marins) ;
- par la « cotisation » employeur (Fonction publique de l'État, IEG).

Il est rappelé que le déficit cumulé (0,7 milliard d'euros) de la branche maladie du régime des mines a été transféré à la Cnamts en 2016.

L'annexe A indique que le déficit de la branche retraite du régime des exploitants agricoles s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2017, soit un déficit cumulé de 3,7 milliards d'euros dont l'Acoss assure le financement en trésorerie.

L'annexe A souligne enfin que les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard d'euros en 2017) et de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (0,01 milliard d'euros en 2017) s'inscrivent en net recul par rapport à 2016 (- 0,3 milliard d'euros par rapport à 2016 pour chacun des deux régimes). À l'inverse, celui de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires s'est accru (0,09 milliard d'euros en 2017 contre 0,03 milliard d'euros en 2016), cependant que le solde positif du régime de base de la caisse nationale des barreaux français est resté globalement stable (0,07 milliard d'euros en 2017). Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Tout comme l'article 1^{er}, votre commission prend acte de la gestion passée de l'année 2017, dont rend compte le présent article.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 3

(art. 73 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017
de financement de la sécurité sociale pour 2018)

Rectification des dotations 2018 de la branche maladie

Objet : Cet article rectifie la dotation pour 2018 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, initialement fixée à 105 millions d'euros, afin de la porter à 125 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé

A. Les modalités de participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

- En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, les recettes de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), chargé d'indemniser les **accidents médicaux**, les **infections nosocomiales** et les préjudices résultant de **contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites B et C (VHB et VHC)**, sont constituées d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une dotation de l'État inscrite au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé » et des remboursements des indemnités et des frais d'expertise ainsi que des majorations pouvant accompagner les indemnités.

- Les prévisions de recettes et dépenses de l'Oniam pour 2018 étaient ainsi décrites dans l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 :

Prévisions de recettes et dépenses de l'Oniam en 2018*(en millions d'euros)*

Dépenses	136,8
<i>Indemnisations (dont dotations aux provisions)</i>	114,1
<i>Dépenses de personnel</i>	7,9
<i>Autres dépenses de fonctionnement</i>	4,3
<i>Frais d'avocats et d'expertises</i>	10,5
Recettes	138
<i>Dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie</i>	105
<i>Dotation de l'État</i>	3,7
<i>Reprises sur provisions</i>	14
<i>Ressources propres</i>	15,3

Source : Étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et projet annuel de performance de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2018

- Le projet annuel de performance de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2018 précise, en outre, qu'une dotation de 77,7 millions d'euros est destinée au financement du **dispositif d'indemnisation des victimes du valproate de sodium** et ses dérivés (Dépakine®), géré par l'Oniam, compte tenu du nombre potentiel de dossiers, de la ventilation des dommages par pathologies et par gravité et des frais de fonctionnement du dispositif.

Cette dotation, comme l'a rappelé Mme Claire Compagnon, présidente du conseil d'administration de l'Oniam lors de son audition par votre commission le 25 octobre 2018, **ne constitue pas un fonds d'indemnisation** mais vient compenser une mission supplémentaire d'indemnisation confiée par la loi à l'office¹. Celui-ci continue d'examiner au cas par cas la recevabilité de dossiers de demande d'indemnisation, quand bien même l'imputabilité à la Dépakine® de dommages majeurs² a d'ores et déjà été mise en évidence par plusieurs études.

Dans ces conditions, l'Oniam n'est pas autorisée par la loi à réclamer des laboratoires ayant commercialisé cette spécialité le remboursement, ne serait-ce que partiel, des indemnisations versées qui **restent financées intégralement par la solidarité nationale**, alors même que les procédures d'indemnisation en jeu mobilisent un nombre considérable d'agents et d'experts.

¹ En application de l'article 150 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

² Depuis l'ouverture du dispositif en faveur de l'indemnisation des victimes d'effets indésirables du valproate de sodium, 1 000 dossiers ont été déposés dans l'Oniam et concernent notamment des enfants atteints de troubles neuro-développementaux.

B. Les motifs de la rectification de la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam

• À l'appui de l'augmentation de la dotation de l'assurance maladie pour 2018 à l'Oniam, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 met en avant :

- une **hausse de la sinistralité en matière d'accidents médicaux en 2017** ayant donné lieu à une augmentation significative des demandes amiables et des contentieux ;

- les **efforts de redressement engagés à la suite du contrôle de la Cour des comptes de 2016** sur la gestion de l'Oniam ayant engendré un effet de rattrapage sur les dépenses d'indemnisation et de déstockage de dossiers restant en attente de décision.

Les mesures d'amélioration du fonctionnement et de redressement de la gestion de l'Oniam

I. Les recommandations de la Cour des comptes (rapport annuel de février 2017)

1. Restaurer la logique institutionnelle initiale du dispositif d'indemnisation amiable en recourant à la loi pour affirmer l'opposabilité des avis des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) à l'Oniam et pour confier à la commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) un triple rôle de garant de la qualité de l'expertise, d'harmonisation de la jurisprudence des CCI et d'instance d'appel des avis de ces dernières ;

2. Supprimer la liste nationale d'experts médicaux en l'alignant sur celle des experts judiciaires et en veillant à l'attractivité de leur exercice auprès des CCI et en organisant leur formation continue ;

3. Doter la CNAMed d'un budget propre pour assurer son fonctionnement et celui des CCI ;

4. Faciliter l'accès de la victime à l'indemnisation amiable en créant une plateforme de téléchargement sécurisé de toutes les pièces de la procédure à toutes les étapes, en instaurant un système d'astreinte en cas de retard, voire d'amende pénale en cas d'obstruction à l'accès au dossier médical, et en examinant l'éventualité d'une prise en charge forfaitaire des déplacements liés à l'expertise sur le fonds d'action sociale de la Cnamts ;

5. Définir et mettre en œuvre sans délai un plan de redressement de la gestion de l'Oniam, préalable à toute nouvelle attribution de mission.

II. Les mesures de redressement mises en œuvre par l'Oniam

1. Déploiement d'un plan de redressement pluriannuel budgétaire et comptable, incluant une réorganisation de l'agence comptable, un renforcement des procédures de contrôle interne, le développement d'outils de pilotage et l'optimisation de la prévision budgétaire, afin d'assurer la sécurisation juridique et financière des activités de l'établissement ;

2. Mise en œuvre de mesures destinées à résorber le stock de dossiers en vue d'une indemnisation rapide et équitale des victimes ;

3. Amélioration des délais d'indemnisation, notamment en réduisant les délais de transmission par les caisses primaires d'assurance maladie des éléments utiles à l'indemnisation, dans le cadre d'une convention de partenariat signée en novembre 2016 avec la Cnamts ;

4. Mise en œuvre d'un plan de suivi du recouvrement auprès des assureurs et d'analyse des créances non recouvrées ;

5. Constitution d'un vivier suffisant d'experts médicaux, notamment dans les spécialités pointues.

Source : Rapport annuel de la Cour des comptes de février 2017, rapport d'activité de l'Oniam de 2017 et audition de M. Sébastien Leloup, candidat pressenti à la direction générale de l'Oniam, par la commission des affaires sociales du Sénat le 22 février 2017

Le Gouvernement propose dès lors de porter la dotation de l'assurance maladie pour 2018 à l'Oniam à **125 millions d'euros** (+ 19 %).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission salue la mobilisation de l'Oniam, dès la fin de l'année 2016, dans la mise en œuvre d'actions concrètes destinées à améliorer les conditions et délais de prise en charge des victimes d'accidents médicaux et à assainir sa gestion administrative et financière, conformément aux recommandations de la Cour des comptes de février 2017 et de la mission d'appui de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) de mai 2017. Elle partage le souci du Gouvernement d'accompagner l'Oniam dans la mise en œuvre de ce plan de redressement en augmentant sa dotation afin de tenir compte de la hausse des dossiers d'indemnisation traités.

Elle souligne néanmoins que ce rehaussement de la dotation de l'Oniam ne suffira pas à lui permettre de relever les défis qui se posent à lui dans des conditions optimales :

- la sécurisation de l'**indépendance des CCI et de la CNAMed** suppose une **autonomie administrative et budgétaire renforcée** de ces instances, encore tributaires des moyens mis à disposition par l'office, et réclame donc un effort humain et financier bien plus significatif pour la constitution de budgets propres ;

- l'**attractivité du règlement amiable** de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux pâtit du rejet systématique par les CCI des demandes formulées par des personnes dont le **taux d'incapacité est inférieur à 25 %**.

Il s'agit pourtant bien souvent de demandes parfaitement légitimes de la part de personnes dont la qualité de vie s'est significativement détériorée et qui n'ont plus d'autre choix que d'engager une procédure contentieuse. Aux termes de la loi, ce taux de 25 % doit pourtant être vu comme un plafond dans l'évaluation de l'éligibilité à l'indemnisation d'un accident médical¹, l'État conservant toute latitude pour prévoir un taux inférieur par décret. Le taux d'incapacité minimal reste aujourd'hui fixé à 24 %² pour être éligible à l'indemnisation d'un accident médical, l'indemnisation d'une infection nosocomiale étant, elle, conditionnée à un taux d'incapacité d'au moins 25 %³. Votre commission plaide par conséquent pour une réflexion sur le réexamen du critère de taux d'incapacité qui n'a pas évolué depuis 2003 ;

- la **multiplication des événements indésirables consécutifs à des traitements médicamenteux ou vaccinaux** (benfluorex, valproate de sodium, diéthylstilbestrol⁴, acétate de cyprotérone⁵, vaccins contre la grippe H1N1, l'hépatite B...) pose désormais la question de la mise en place d'un **fonds d'indemnisation** alimenté par l'État et une contribution des entreprises pharmaceutiques dans la logique d'un régime de responsabilité sans faute. Un tel dispositif permettrait également à l'Oniam de recouvrer des créances auprès de laboratoires dont la responsabilité pour faute inexcusable aurait été établie par les juridictions, sur le modèle du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

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

¹ *Dernier alinéa de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique* : « Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret. »

² *Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.*

³ *Art. L. 1142-1-1 du code de la santé publique.*

⁴ *Distilbène®.*

⁵ *Androcur®.*

Article 4

(art. L. 138-16, L. 221-1 et L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;
art. 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016
de financement de la sécurité sociale pour 2017)

**Suppression du fonds de financement
de l'innovation pharmaceutique (FFIP)**

Objet : Cet article vise à supprimer le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) mis en place par la LFSS pour 2017, et à prévoir un régime comptable transitoire pour les sommes transitant par le fonds au titre de l'année 2018.

I - Le dispositif proposé

A. La création du FFIP en 2017, une mesure de gestion largement critiquée

1. La mise en place du FFIP visait à lisser les dépenses associées résultant des vagues d'innovations thérapeutiques

L'article 95 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a créé, à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, **un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) géré par la Cnam et retraçant les dépenses associées à la prise en charge des médicaments innovants** - c'est-à-dire les médicaments relevant des trois dispositifs de diffusion de l'innovation médicamenteuse que constituent la liste *en sus*, le régime de l'ATU et du post-ATU ainsi que la rétrocession hospitalière.

• La mise en place du FFIP visait à anticiper et **lisser sur plusieurs exercices budgétaires les dépenses** liées aux vagues d'innovations thérapeutiques, qui aboutissent à la mise sur le marché de nouvelles molécules très efficaces et extrêmement coûteuses.

Outre ses recettes issues des **remises** versées par les laboratoires au titre des médicaments entrant dans le champ du fonds, celui-ci est **abondé par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance-maladie dont le montant doit, à terme, être chaque année majoré du taux d'évolution moyen** des dépenses du fonds constaté au cours des cinq exercices précédents¹.

Cette dotation constitue la contribution de l'Ondam au financement des médicaments les plus innovants. Lorsque la dotation de l'assurance maladie est inférieure aux charges de médicaments nettes de remises, le FFIP enregistre **un déficit qui constitue sa propre contribution aux dépenses d'innovation, en dehors du champ de l'Ondam.**

¹ Pour la période transitoire 2018-2021, la dotation de l'assurance maladie ne peut être inférieure à celle de l'exercice précédent majorée de 5 %.

Ce financement est alors prélevé sur les réserves du fonds, initialement fixées à 876 millions d'euros par la LFSS pour 2017. L'utilisation de ces réserves a été strictement encadrée par la LFSS pour 2017 : le déficit du FFIP ne peut excéder 25 % des réserves restantes, et le fonds ne peut être en déficit plus de trois fois au cours de cinq exercices successifs.

Pour rappel, le compte prévisionnel du fonds pour 2017 marquait un produit de 7 milliards d'euros et un déficit de 220 millions d'euros. Pour 2018, les produits étaient évalués à 7,3 milliards d'euros pour un déficit de 164 millions d'euros.

Le FFIP se substitue ensuite comptablement à chacun des régimes d'assurance maladie pour la prise en charge du remboursement des médicaments innovants.

- Tel que prévu dans la LFSS pour 2017, le fonctionnement du FFIP a entraîné **plusieurs effets de périmètre sur les dépenses de l'assurance maladie** :

- en premier lieu, la mise en place du FFIP aboutit à faire sortir du champ de l'Ondam une partie des dépenses associées aux médicaments coûteux et innovants, bien qu'elles demeurent financées par l'assurance maladie¹ ;

- en second lieu, la dotation initiale du fonds a été constituée par un transfert à la Cnam des réserves de la section III du FSV à hauteur de 0,9 milliard d'euros, alors que les dépenses de médicaments imputées sur le fonds ne se sont élevées qu'à 0,2 milliard d'euros. Il en a résulté une majoration des recettes de la Cnam sans rapport avec le montant des dépenses effectivement engagées.

2. La commission des comptes de la sécurité sociale comme la Cour des comptes préconisent la suppression de cet outil

- Les effets négatifs de la mise en place du FFIP sur la **sincérité de l'Ondam** ont été largement dénoncés par les autorités de contrôle des dépenses de l'assurance maladie.

Avant même l'adoption de la LFSS pour 2017, le comité d'alerte sur les dépenses de l'Ondam² avait ainsi émis une réserve sur la construction de l'Ondam pour 2017, estimant que la prévision de son évolution était « *minorée, plus qu'à l'accoutumée, par des dispositions qui permettent de financer hors Ondam certaines dépenses d'assurance maladie et nuisent de ce fait à la compréhension des évolutions sous-jacentes d'une année sur l'autre.* ».

¹ La commission des comptes de la sécurité sociale relevait ainsi, dans son rapport de juillet 2017, que « les dépenses de médicaments demeurent retracées exhaustivement dans les comptes de l'assurance maladie et elles continuent de peser intégralement sur le solde de la Cnam ».

² Avis 2016-3 du 11 octobre 2016.

Dans son discours de présentation du RALFSS pour l'année 2017, le Premier président de la Cour des comptes indiquait dans le même sens que « *la Cour ne peut qu'appeler à mettre fin aux pratiques qui affectent [...] la sincérité de l'Ondam. En particulier, toutes les dépenses de médicaments devraient être prises en compte dans l'objectif, alors même qu'une partie d'entre elles en a été sortie par la création de ce fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.* »

La Cour a ainsi recommandé, en 2018 comme en 2017, la suppression du FFIP, qui « *s'analyse comme un mécanisme de « débudgétisation » de l'Ondam d'une partie des dépenses qui en relèvent normalement* ». Le Gouvernement s'est borné, en 2018, à une simple correction de la construction de l'Ondam visant à prendre en compte ces observations.

- La Cour a par ailleurs pointé **des difficultés dans la budgétisation de cet outil**, soulignant l'absence de financement de sa dotation initiale, opérée au moyen d'un simple jeu d'écritures comptables. Elle note également que le FFIP est susceptible de connaître une situation durablement déficitaire.

L'évaluation préalable annexée au présent article relève dans le même sens que la mise en place du FFIP a « *complexifié les circuits de prise en charge des médicaments* » **sans pour autant apporter de capacité de financement supplémentaire.**

Au total, le FFIP ne saurait donc constituer une solution pertinente à la problématique du financement des médicaments innovants et onéreux.

B. Il est en conséquence proposé de supprimer le FFIP

- Le **3° du paragraphe I** du présent article abroge l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale relatif au FFIP, son **2°** effectuant en conséquence une coordination dans les renvois de l'article L. 221-1 du même code.

Le **1°** supprime l'affectation au FFIP du produit des contributions et remises dues au titres du dispositif (Lh), et prévoit que l'ensemble des sommes dues au titre de la clause de sauvegarde sont affectées à la Cnam.

- Le **paragraphe II** supprime les dispositions de l'article 95 de la LFSS pour 2017 relatives aux dotations versées au FFIP par l'assurance maladie.

- Le **paragraphe III** prévoit un **régime comptable transitoire** permettant d'assurer le suivi des dépenses et recettes entrant dans le champ du fonds pour l'année 2018. Il est précisé que le montant de la dotation versée par l'assurance maladie devra correspondre exactement au solde des dépenses et des recettes du fonds pour l'année 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission des affaires sociales s'était fermement opposée, par la voix de son rapporteur général, à la création du FFIP lors du débat sur le PLFSS pour 2017. Elle avait notamment observé, dans le même sens que les observations par la suite formulées par la Cour des comptes, que la création du fonds ne constituait qu'une **simple mesure de trésorerie**, et conclu que la mise en place du FFIP n'apportait « *pas de solution nouvelle ou préférable à une gestion adaptée de l'Ondam* ».

Elle ne peut donc que se féliciter des dispositions du présent article et **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 5

Rectification des tableaux d'équilibre 2018

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2018, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

• La rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre

Le présent article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale, que votre rapporteur général traitera avec les deux premiers. Il rectifie également l'objectif d'amortissement de la Cades.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu un solde des régimes de base et du FSV de - 2,2 milliards d'euros. Le présent article révisé ce solde à - 1,4 milliards d'euros.

L'amélioration du solde des ROBSS et du FSV entre 2017 et 2018 (3,4 milliards d'euros) est portée par le régime général. Les autres régimes de base afficheraient un déficit de 0,3 milliard d'euros en 2018.

Les charges des ROBSS et du FSV augmenteraient de 2,3 % en 2018, tandis que les recettes progresseraient de 3 %.

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2018			Rectification PLFSS 2019		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,0	211,7	- 0,7	211,9	212,8	- 0,9
Vieillesse	236,6	236,4	0,2	236,9	236,6	0,4
Famille	51,0	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4
AT-MP	14,0	13,5	0,5	14,2	13,3	0,9
Toutes branches hors transferts	498,9	497,7	1,3	499,9	499,2	0,7
FSV	15,8	19,3	- 3,5	16,8	18,9	- 2,1
Toutes branches y compris FSV	496,1	498,3	- 2,2	498,2	499,6	- 1,4

Source : PLFSS 2019

Le solde du régime général en 2018 afficherait un excédent, à 1,1 milliard d'euros, en léger retrait par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018 (1,2 milliard d'euros). Toutefois, après prise en compte du solde du FSV, le solde s'établirait à - 1 milliard d'euros, contre - 2,2 milliards d'euros en prévision.

Les charges progresseraient de 3,7 % et les recettes, particulièrement dynamiques, de 4,8 %.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2018			Rectification PLFSS 2019		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	210,6	- 0,7	210,4	211,3	- 0,9
Vieillesse	133,9	133,6	0,2	134,5	133,7	0,8
Famille	51,0	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4
AT-MP	12,6	12,2	0,4	12,8	12,0	0,8
Toutes branches hors transferts	394,3	393,0	1,2	395,2	394,1	1,1
FSV	15,8	19,3	- 3,5	16,8	18,9	- 2,1
Toutes branches avec FSV	392,5	394,8	- 2,2	394,6	395,7	- 1,0

L'annexe 4 indique que « l'amélioration de la prévision 2018 résulte du reports d'écart constatés sur les comptes 2017 et d'hypothèses macro-économiques plus favorables ».

Ainsi, le surplus de recettes assises sur les revenus d'activité constaté en 2017 se reporterait sur 2018. Il serait amplifié par la révision à la hausse de l'hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé (+ 3,5% contre + 3,1% à l'automne 2017).

Les recettes sur revenus du capital avaient été sous-évaluées de 0,6 milliard d'euros, les produits de placement ayant été très dynamiques. Cet écart ne se reporterait pas intégralement sur 2018 du fait du transfert à l'État du prélèvement de solidarité (qui emporte avec lui une partie de la plus-value constatée en 2017). Toutefois, la révision à la hausse en 2018 de la dynamique des revenus de placement amplifierait la plus-value constatée en 2017.

Écarts à la LFSS 2018 en milliards d'euros

Prévision de solde RG+FSV LFSS pour 2018	- 2,2
Recettes sur revenus d'activité	1,3
Recettes sur revenus du capital	1,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	- 0,1
Prestations légales	- 0,6
Action sociale famille	- 0,2
Autres	- 0,1
Prévision de solde 2018 PLFSS 2019	- 1,0

Source : Annexe 4

• La rectification de l'objectif d'amortissement de la Cades

Pour l'année 2018, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 15,2 milliards d'euros. Il est rectifié à 15,4 milliards d'euros.

Cet objectif d'amortissement porterait le total de la dette amortie en 2018 à 155,1 milliards d'euros et le montant de la dette restant à amortir serait de 105,4 milliards d'euros (hors nouveau transfert de 15 milliards d'euros entre 2020 et 2022 proposé à l'article 20 du présent PLFSS).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission relève que la rectification va dans le sens d'une amélioration un peu plus rapide que ce qui était prévu des comptes du régime général – les autres ROBSS pris de manière globale renouant, en revanche, avec un léger déficit.

Cette amélioration est essentiellement fondée sur un dynamisme des recettes plus important que prévu, notamment en raison d'hypothèses révisées de façon très favorable en matière d'évolution de la masse salariale, à partir d'une base 2017 elle-même meilleure que prévue.

Néanmoins, les toutes dernières prévisions conjoncturelles étant un peu moins favorables, cette révision pourrait, *in fine*, se révéler un peu trop optimiste.

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

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs de l'ONDAM 2018

Objet : Cet article porte l'Ondam pour 2018 de 195,2 à 195,4 milliards d'euros pour tenir compte de la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et ajuste sa répartition en sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions du présent article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale :

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

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

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fixé l'Ondam pour 2018 à **195,2 milliards d'euros**, en progression de **2,3 %** par rapport à une exécution de l'Ondam 2017 estimée à 190,8 milliards d'euros.

Cet article **confirme le respect de l'objectif de dépenses voté sous réserve d'un ajustement de périmètre lié à la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) dès 2018** proposé par l'article 4. Cette mesure conduit à réintégrer au sein de l'Ondam la partie de dépenses de médicaments qui en était sortie depuis la création de ce fonds, ce qui **contribue à améliorer la lisibilité et la cohérence de cet objectif**, conformément aux observations formulées par votre commission depuis la création de ce fonds. L'impact à hauteur de **164 millions d'euros** sur le niveau de l'Ondam 2018 correspond au déficit du fonds par rapport aux réserves initiales de 875 millions d'euros au 1^{er} janvier 2017 identifiées sur les fonds propres de la Cnam. Il se répartit entre les sous-objectifs soins de ville (76 millions d'euros) et hôpital (88 millions d'euros) et **porte l'Ondam rectifié pour 2018 à 195,4 milliards d'euros.**

L'ajustement proposé ne conduit pas à modifier le taux de progression de 2,3 % de l'Ondam, puisque la sortie d'une partie des dépenses de médicaments de son champ du fait du FFIP avait été neutralisée en 2018 dans le calcul de ce taux.

• Cet article **rectifie en outre la répartition des dépenses entre sous-objectifs** en fonction de l'ajustement des prévisions d'exécution.

Les estimations présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale le 25 septembre 2018 identifient, avant annulation de crédits mis en réserve, un **risque de dépassement de l'Ondam de 455 millions d'euros** par rapport à l'objectif voté en loi de financement pour 2018.

Ce constat confirme des évolutions contrastées des deux principaux sous-objectifs de l'Ondam déjà observées en 2017¹ :

- d'un côté, la **dynamique des dépenses de soins de ville**, qui seraient en progression de 2,7 % contre 2,4 % anticipé en loi de financement pour 2018 et 2,2 % en 2017, entraîne un **dépassement** prévisible de l'enveloppe « soins de ville » évalué à **560 millions d'euros**. Celui-ci procède d'un report sur 2018 de la sur-exécution constatée en 2017 par rapport au sous-objectif rectifié (à hauteur de 375 millions d'euros) et d'une dynamique plus forte que prévue des dépenses (à hauteur de 185 millions d'euros), en particulier celles de médicaments en officine de ville², d'indemnités journalières et de dispositifs médicaux ;

- de l'autre, les **crédits à destination des établissements de santé**, en progression de 2,1 % contre 2 % anticipé en loi de financement pour 2018 et 1,9 % en 2017, seraient marqués par une **sous-consommation** évaluée à **105 millions d'euros** ; celle-ci s'explique notamment par une dynamique moindre qu'escomptée des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus (305 millions d'euros)³, partiellement compensée par un rendement moindre, par voie de conséquence, du mécanisme de clause de sauvegarde (induisant une perte de recettes évaluée à 165 millions d'euros). En revanche, l'activité hospitalière serait proche des prévisions initiales (en dépassement de 35 millions d'euros), après une année 2017 marquée par un fort ralentissement de l'activité des établissements publics comme privés⁴.

¹ Voir aussi Tome I – chapitre sur l'Assurance maladie.

² La dynamique des médicaments distribués en officine de ville est portée par le fait que certaines molécules remboursées exclusivement en rétrocession hospitalière sont devenues en 2018 disponibles en ville (comme des traitements contre l'hépatite C ou des anti-cancéreux).

³ La construction initiale de l'Ondam 2018 faisait l'hypothèse d'inscription de traitements coûteux (notamment des immunothérapies contre le cancer) qui ne s'est pas concrétisée ou a été retardée.

⁴ Pour 2017, les dépenses au titre de l'Ondam hospitalier ont été inférieures de 395 millions d'euros à l'objectif 2017 déjà rectifié à la baisse par la loi de financement pour 2018.

Rectification de l'Ondam 2018

	Ondam 2017 (base 2018)	Ondam 2018 voté	Evol. 2018/2017	Ondam 2018 rectifié	Evol. 2018/2017
Soins de ville	86,8	88,9	+ 2,4 %	89,5	+ 2,7%
Établissements de santé	79,1	80,7	+ 2,0 %	80,5	+ 2,1%
Établissements et services médico-sociaux	20,0	20,1	+ 2,6 %	20,3	+ 1,5%
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,0	9,3	+ 3,3 %	9,2	+ 1,8%
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	10,9	11,2	+ 2,1 %	11,1	+ 1,2%
Fonds d'intervention régional	3,3	3,4	+ 3,1 %	3,3	+ 2,3%
Autres prises en charge	1,7	1,8	+ 3,4 %	1,7	+ 2,8%
Ondam total	190,8	195,2	+ 2,3 %	195,4	+ 2,3 %

Source : LFSS pour 2018, comité d'alerte de l'Ondam et PLFSS

• L'Ondam 2018 devrait être respecté grâce à l'annulation, à due concurrence, d'une partie des crédits mis en réserve en début d'année, qui se répartissent comme suit :

Établissements de santé	415 millions d'euros
Établissements médico-sociaux	152 millions d'euros
Fonds d'intervention régional	45 millions d'euros
Autres prises en charge	10 millions d'euros
Total crédits mis en réserve	625 millions d'euros

Source : Cour des Comptes, Ralfss, octobre 2018

D'après les indications transmises à votre rapporteur général, sur la base des données actuellement disponibles, les établissements de santé contribueraient à hauteur de 200 millions d'euros, les établissements médico-sociaux à hauteur du même montant (dont 150 millions d'euros de prélèvement sur les réserves et 50 millions d'euros de sous-exécution de l'objectif global de dépenses), le FIR pour 45 millions d'euros et les crédits destinés aux autres opérateurs pour 10 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'Ondam n'a pas été dépassé depuis 2010 et cette tendance se poursuivrait pour la neuvième année consécutive.

Toutefois, cet objectif serait tenu, comme les années précédentes, au prix de mesures de régulation pesant sur les établissements de santé et des établissements médico-sociaux, pour contenir une progression des dépenses de soins de ville sous-évaluée. Cette régulation interviendra dans un **contexte de fragilisation de la situation financière des établissements de santé** dont le déficit a doublé en 2017, année marquée par un ralentissement de leur activité.

Ces raisons conduisent votre commission à réitérer chaque année son souhait de disposer, au moment de l'examen du projet de loi de financement, d'éléments d'analyse et d'information plus poussés sur les bases de construction de l'Ondam d'une part, et sur la situation financière des établissements de santé d'autre part.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

Article 7

(art. L. 241-17 [nouveau] et L. 241-18 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime)

Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

Objet : Le présent article prévoit une exonération de la part salariale des cotisations sociales sur les rémunérations dues au titre des heures supplémentaires et complémentaires.

I - Le dispositif proposé

A. L'exonération des cotisations salariales d'assurance vieillesse au titre des heures supplémentaires et complémentaires

Le présent article propose de mettre en place une nouvelle exonération de cotisations salariales dues au titre du régime d'assurance vieillesse¹ sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires et complémentaires. Moins large que le dispositif instauré par la loi « TEPA »², abrogé en 2012, il ne comporte pas de volet fiscal.

¹ Il s'agit des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

À cette fin, il tend à rétablir un article L. 421-17 du code de la sécurité sociale qui définirait le champ des heures supplémentaires et complémentaires concernées, le niveau de rémunération pris en compte ainsi que le taux de l'exonération.

1. Les heures supplémentaires et complémentaires éligibles au nouveau dispositif

Le dispositif proposé par le présent article concernerait les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires ou complémentaires ainsi définies :

- les heures supplémentaires telles que définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail. Il s'agit donc des heures effectuées **au-delà de la durée légale hebdomadaire de 35 heures** ou, pour les salariés ayant conclu une convention de forfait annuel en heures, des heures effectuées **au-delà de 1 607 heures** ;

- le cas échéant, **les heures supplémentaires décomptées à l'issue de la période de référence** lorsqu'est mis en place, dans une entreprise, un dispositif d'aménagement du temps de travail sur une période de référence supérieure à la semaine¹. Dans ce cas, si la période de référence est annuelle, constituent des heures supplémentaires les heures effectuées au-delà de 1 607 heures ; et, si la période de référence est inférieure ou supérieure à un an, constituent des heures supplémentaires les heures effectuées au-delà d'une durée hebdomadaire moyenne de trente-cinq heures calculée sur la période de référence ;

- pour les salariés ayant conclu une convention de forfait annuel en jours, **les jours pris en compte pour la majoration versée au titre de leur renonciation à des jours de repos les conduisant au-delà de leur forfait**² ;

- pour les **salariés des particuliers employeurs**, les heures supplémentaires qu'ils réalisent ;

- pour les **assistants maternels**, les heures supplémentaires qu'ils accomplissent **au-delà de la durée hebdomadaire de 45 heures**, ainsi que les heures complémentaires accomplies au sens de la convention nationale qui leur est applicable.

S'agissant des salariés travaillant à temps partiel, entreraient dans le champ de l'exonération proposée les rémunérations versées au titre :

- **d'une part**, le cas échéant, des heures accomplies au cours d'une semaine au-delà de la durée légale de trente-cinq heures hebdomadaires ou, le cas échéant, de la durée correspondante calculée sur la période de référence définie au sein de l'entreprise ;

¹ En vertu de l'article L. 3121-41 du code du travail, cette période de référence ne peut dépasser trois ans en cas d'accord collectif et neuf semaines en cas de décision unilatérale de l'employeur.

² En vertu de l'article L. 3121-64 du code du travail ce forfait ne peut aller au-delà de 218 jours de travail par an.

- **d'autre part, des heures complémentaires** de travail accomplies en-deçà de la durée légale (ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle)¹.

Ces dispositions seraient également applicables, dans des conditions définies par décret, aux rémunérations versées aux **agents publics titulaires ou non titulaires** au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif, ainsi qu'à la rémunération des heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les **salariés des régimes spéciaux**.

Enfin, le III du présent article propose de modifier l'article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime afin que ces dispositions s'appliquent aux rémunérations dues au titre des **salariés agricoles**.

2. Le niveau de rémunération pris en compte

Le IV du nouvel article L. 241-17 du code de la sécurité sociale préciserait le niveau des rémunérations pouvant faire l'objet de l'exonération de cotisations salariales, afin d'éviter tout risque d'abus du dispositif.

Ainsi, si l'ensemble de la rémunération correspondant aux heures supplémentaires ou complémentaires serait concernée, **la majoration salariale correspondante devrait s'inscrire dans la limite :**

- **des taux prévus par la convention ou l'accord collectif** applicable à l'entreprise, le cas échéant ;

- **ou des taux légaux en l'absence d'une telle convention ou d'un tel accord**. Sur une base hebdomadaire, ces taux s'élèvent, s'agissant des heures supplémentaires, à 25 % pour les huit premières heures et à 50 % au-delà² et, s'agissant des heures complémentaires, à 10 % dans la limite du dixième des heures prévues au contrat de travail et à 25 % au-delà³.

3. Le niveau d'exonération proposé

Aux termes du texte proposé pour le II du nouvel article L. 241-17, le montant de la réduction serait égal au produit d'un taux fixé par décret et des rémunérations éligibles au dispositif, **dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle dont le salarié est redevable au titre des heures concernées**. En pratique, l'exonération devrait être totale.

La réduction serait imputée sur le montant des cotisations salariales vieillesse pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération pour les périodes au titre desquelles elle est attribuée, sans pouvoir dépasser le montant desdites cotisations.

¹ Le régime des heures complémentaires est défini aux articles L. 3123-8, L. 3123-9, L. 3123-20 à L. 3123-22, L. 3123-8 et L. 3123-9 du code du travail.

² Art. L. 3121-36 du code du travail.

³ Art. L. 3123-22 et L. 3123-29 du code du travail.

Par exemple, en prenant le cas d'un salarié non cadre travaillant à temps plein dans le secteur privé et effectuant, un mois donné, huit heures supplémentaires rémunérées avec une majoration de 25 %, ce salarié bénéficierait :

- d'une **exonération**, calculée **sur ses huit heures supplémentaires** payées à 125 %, **représentant un taux de 11,31 %** (soit 6,9 % de cotisations retraite plafonnées à un plafond de sécurité sociale + 0,4 % de cotisations retraite déplafonnées + 4,01 % de contribution à la retraite complémentaire Agirc-Arrco) ;

- à condition toutefois que le montant de cette exonération ne dépasse pas celui de ses cotisations de retraite de base, au taux de 7,3 %, calculée sur l'ensemble de sa rémunération du même mois. Cela devrait être le cas général.

Dans ce cas, **la majoration nette pour le salarié liée à ses heures supplémentaires passerait donc de 25 % à plus de 40 %.**

B. Une mesure de pouvoir d'achat au coût important pour les organismes de base de sécurité sociale

Comme le montre le cas étudié précédemment, **la mesure proposée par le présent article, qui ne concerne que les cotisations salariales, vise à améliorer le pouvoir d'achat des salariés.** Il ne s'agit donc pas d'une mesure de compétitivité qui diminuerait le coût du travail en incitant les employeurs à recourir aux heures supplémentaires.

Le gain serait focalisé vers les rémunérations les plus modestes. Ainsi, une étude de la Dares en date de 2015 montre un taux de recours aux heures supplémentaires de 66 % chez les ouvriers contre seulement 20 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures.

L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale livre plusieurs cas types, que reprennent en partie les tableaux suivants.

Tout d'abord, pour les salariés du secteur privé, l'exonération concernerait les cotisations de retraite de base¹ et les contributions au régime unifié Agirc-Arrco, variable selon les tranches de rémunérations.

¹ Soit 6,9 % dans la limite d'un plafond de la sécurité sociale + 0,3 % sans plafonnement.

Gain issu du dispositif proposé pour les salariés du secteur privé

Salaire horaire brut de base	Rémunération brute d'une heure supplémentaire (taux de majoration de 25 %)	Taux d'exonération salariale	Gain net pour le salarié par heure effectuée	Gain net pour le salarié pour 109 heures effectuées dans l'année
1 Smic : 10,05 €	12,56 €	11,31 %	1,42 €	154,9 €
1,5 Smic : 15,08 €	18,84 €	11,31 %	2,13 €	232,3 €
2,2 Smic : 22,11 €	27,64 €	11,33 %	3,13 €	341,3 €
3,5 Smic : 35,18 €	43,97 €	11,04 %	4,85 €	529,1 €

Source : Etude d'impact

S'agissant des actifs du secteur public, la situation serait plus contrastée. En effet, le gain net est très dépendant des cotisations exonérées. Or, **pour les fonctionnaires, l'exonération ne porterait que sur la cotisation au régime additionnel de la fonction publique (RAFP), au taux de 5 %,** car ils ne sont pas soumis aux cotisations sociales de base sur leurs heures supplémentaires. En revanche, **pour les contractuels, l'exonération concernerait aussi bien les cotisations de retraite de base que les cotisations de retraite complémentaire (IRCANTEC), au taux total de 10,1 %** pour les rémunérations inférieures au plafond de la sécurité sociale.

Le tableau suivant rend compte de quelques situations qui pourraient se présenter.

Gain issu du dispositif proposé pour les agents publics

Statut de l'agent	Traitement indiciaire brut mensuel	Dont heures supplémentaires	Taux d'exonération	Gain net annuel
Professeur certifié de classe normale (7 ^e échelon)	2 706 €	188 €	5 %	112,8 €
Professeur des écoles de classe normale (7 ^e échelon)	2 717 €	200 €	5 %	120 €
Gardien de la paix (7 ^e échelon)	2 906 €	312 €	5 %	187,2 €
Surveillant brigadier	3 172 €	206 €	5 %	123,6 €
Contractuel	2 650 €	255 €	10,1 %	309,1 €
Contractuel	1 557 €	113 €	10,1 %	137 €

Source : Étude d'impact

Le **coût pour l'année 2019** du dispositif proposé est évalué à **650 millions d'euros pour l'ensemble des finances publiques**, qui se répartirait de la façon suivante :

- 610 millions d'euros pour la branche vieillesse du régime général ;
- 20 millions d'euros pour la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- et 20 millions d'euros pour l'État, au titre du RAFFP.

L'article 19 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit expressément que **les 630 millions d'euros de pertes de recettes pour les régimes de base de sécurité sociale ne leur seront pas compensées**.

En outre, **dès 2020**, le coût de ce dispositif croîtra fortement en raison de l'effet « année pleine ». Il devrait alors s'établir à 1,96 milliard d'euros, dont :

- **1,86 milliard d'euros pour la branche vieillesse du régime général** ;
- **50 millions d'euros pour la CNRACL** ;
- et **60 millions d'euros pour l'État**.

C. Entrée en vigueur

Le IV du présent article prévoit qu'il s'applique aux cotisations dues pour les périodes courant à **compter du 1^{er} septembre 2019**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre quatre amendements de cohérence rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général Olivier Véran et de nombreux députés, avec l'avis favorable du Gouvernement, qui tend à **étendre le bénéfice de l'exonération des cotisations salariales dues sur les heures supplémentaires et complémentaires aux territoires de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon**, dans la limite des taux de cotisations en vigueur sur ces territoires (soit 4,77 % à Mayotte et 10,15 % à Saint-Pierre-et-Miquelon).

De ce fait, un paragraphe III *bis* a été inséré au sein du présent article afin de porter ces dispositions.

III - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires, en dépit de son coût élevé pour les organismes de sécurité sociale du fait de son caractère non compensé : **650 millions d'euros en 2019 et 1,9 milliard d'euros en 2020**, première année pleine de son application.

Cette mesure de pouvoir d'achat devrait se révéler profitable avant tout aux salariés percevant des rémunérations modestes.

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

Article 7 bis (nouveau)
(art. L. 131-6-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale
et art. L. 411-9 et L. 411-10 du code du tourisme)

Régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'inscrire dans la loi les règles encadrant le régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles octroyés par les employeurs à leurs salariés.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec un avis de sagesse de la commission et du Gouvernement, à l'initiative de notre collègue député Paul Christophe, propose d'inscrire dans la loi les règles qui encadrent le régime des avantages relevant des activités sociales et culturelles octroyés par les employeurs à leurs salariés, pour ce qui concerne les cotisations et contributions sociales.

A. Un régime régi par des règles informelles et peu sécurisantes

Le statut des chèques-vacances et des avantages relevant des activités sociales et culturelles octroyés par les comités sociaux et économiques (CSE) ou les employeurs à leurs salariés (chèques cadeaux, chèques vacances, etc.) au regard des cotisations et contributions sociales n'est régi par aucune disposition législative.

La pratique actuelle est la suivante :

- s'agissant des avantages entrant dans le domaine des activités sociales et culturelles, **les prestations en nature ou en espèces versées par les CSE à des salariés ou anciens salariés** sont totalement exemptées d'assiette des cotisations et contributions et **ne supportent donc aucun prélèvement social**, que ce soit à la charge du salarié bénéficiaire, ou à celle du CSE ou de l'employeur. La **participation du CSE au financement du chèque-emploi service universel (CESU) ou de la garde d'enfant bénéficie d'une même exemption d'assiette dans la limite de 1 830 euros par an**, sans que le montant de l'exclusion ne puisse excéder le coût des services supportés par le bénéficiaire.

Les bénéficiaires de ce dispositif sont l'ensemble des salariés de l'entreprise disposant d'un CSE et, le cas échéant, leurs ayants-droit, ainsi que, par analogie et par tolérance, les salariés des entreprises dépourvues de CSE (notamment celles comptant moins de 50 salariés)¹ et les agents des fonctions publiques ;

- s'agissant des **chèques vacances, les avantages remis par un CE sont, là aussi, totalement sortis de l'assiette des cotisations et contributions sociales**, quelles que soient les ressources des salariés qui en bénéficient. En revanche, pour les entreprises de moins de 50 salariés dépourvues de CSE et les particuliers employeurs, seuls régis par une disposition législative², **la contribution patronale au financement des chèques vacances est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans la limite de 30 % du Smic mensuel par an et par salarié**, à condition que le montant de cette contribution soit plus élevé pour les salariés dont la rémunération est la plus faible, que ce montant et les modalités de la contribution résultent d'un accord collectif et qu'elle ne se substitue à aucun élément de salaire.

La base réglementaire de ces exemptions repose sur de simples lettres ministérielles ainsi que sur une lettre-circulaire de l'Acoss.

Or le coût de ces exonérations est peu en rapport avec le niveau des textes qui encadrent ces pratiques : selon la même annexe 8, **la perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale associée aux chèques vacances se serait élevée à 340 millions d'euros en 2017 et elle aurait même atteint 1,13 milliard d'euros pour les avantages liés aux activités sociales et culturelles.**

¹ Pour des prestations telles que les chèques-lire, chèques-disque, chèques-culture, bons d'achat et primes versées à l'occasion de la remise de la médaille du travail. D'après la circulaire Acoss n° 2011-5024, pour entrer dans le cadre de cette tolérance, le montant des prestations ne doit pas dépasser 5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 165,55 euros en 2018.

² Art. L. 411-10 du code du tourisme.

En outre, ce droit « non-dit » n'est pas dépourvu d'ambiguïtés et risques pour les employeurs, les URSSAF pouvant effectuer des redressements dès lors qu'à l'occasion d'un contrôle, elles considèrent qu'une situation est abusive, en particulier si l'octroi de tels avantages remplace une partie de la rémunération des employés. La Cour de cassation, qui considère que ces avantages doivent présenter un caractère de secours, a expressément souligné, dans un arrêt¹ en date du 30 mars 2017, que les circulaires de l'Acoss et les lettres ministérielles étaient « dépourvues de toute portée normative », ce qui met en exergue la fragilité juridique de ces « tolérances » -pour reprendre les termes du même arrêt.

B. Une sécurisation législative au prix d'un encadrement des pratiques par l'introduction de plafonds des avantages exonérés

Pour répondre à cette situation, le présent article propose d'introduire dans la loi une régulation de ces pratiques.

À cette fin, le I du présent article propose d'insérer dans le code de la sécurité sociale un article L. 131-6-3 aux termes duquel les **avantages relevant des activités sociales et culturelles établies dans les entreprises, accordés par les « conseils d'entreprise »**², ne sont pas pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales dans les conditions suivantes :

- lorsque ces avantages sont versés à l'occasion d'évènements ayant trait à la vie extraprofessionnelle de ces salariés, dans la limite, par événement, de 5 % de la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale, sous réserve que leur montant global n'excède pas, au cours d'une année civile, les limites prévues à l'alinéa suivant ;

- lorsque ces avantages sont versés aux salariés pour l'exercice d'une activité sportive, pour l'accès aux biens et prestations culturels ou au titre d'aides aux vacances, sous réserve que leur montant global n'excède pas, au cours d'une année civile et par salarié, 10 % de la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est majoré en fonction du nombre d'enfants mineurs à la charge du salarié, dans la limite de 20 % de la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale.

Ces mêmes dispositions s'appliqueraient également aux **employeurs privés** de moins de 11 salariés ou, dans des conditions fixées par décret, **qui ne disposent pas de conseils d'entreprise, ainsi qu'aux employeurs publics**, au titre des avantages versés par eux-mêmes ou par une structure exerçant pour leur compte les activités susmentionnées.

Les modalités d'application de ces dispositions seraient renvoyées à un décret.

¹ Cour de cassation, 2^e chambre civile, 30 mars 2017, 15-25.453.

² Cette rédaction semble d'ailleurs très restrictive. Il devait sans doute s'agir, dans l'esprit de l'auteur des comités sociaux et économiques mentionnés au titre 1^{er} du livre III de la deuxième partie du code du travail.

En outre, les II et III du présent article, issus d'un sous-amendement du Gouvernement, proposent de modifier les articles L. 411-9 et L. 411-10 du code du tourisme afin **d'aligner, en matière de chèques vacances, le droit applicable aux avantages consentis au travers de CE sur celui s'appliquant déjà aux entreprises de moins de 50 salariés**. Dès lors, ceux-ci seraient désormais **exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans la limite de 30 % du Smic mensuel par an et par salarié**, et sous les conditions détaillées *supra*.

Aux termes du IV du présent article, l'ensemble de ces dispositions s'appliquerait aux avantages octroyés au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

II - La position de la commission

Sur le principe, les principes ayant conduit l'Assemblée nationale à insérer ces dispositions dans le présent PLFSS sont louables. En effet :

- le droit actuel apparaît très flou et peu sécurisant pour l'ensemble des acteurs ;

- l'absence d'encadrement législatif de ces pratiques est profondément anormal au vu des montants en jeu pour les finances sociales ;

- la différence de situation selon que les avantages soient octroyés par des CSE ou, en particulier dans les petites structures, par les employeurs eux-mêmes, est inéquitable.

Un toilettage de niveau législatif est donc effectivement nécessaire.

Pour autant, au vu des nombreuses réactions qu'a suscitées l'insertion de cet article, il est tout aussi clair que ses conséquences, potentiellement sensibles à la fois pour la politique sociale des entreprises et pour les secteurs économiques concernés (culture, tourisme, etc.) n'ont pu faire l'objet d'une étude d'impact approfondie¹.

Au total, il paraît donc préférable d'en rester pour l'instant au droit applicable, malgré son caractère perfectible et son niveau de norme inadapté. C'est pourquoi votre commission a adopté un amendement de suppression de cet article (amendement n° 54). Le prochain PLFSS pourrait ainsi voir aboutir cette réforme à partir de bases plus solides.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Ces mêmes constats avaient d'ailleurs conduit votre commission à supprimer l'article 28 bis du projet de loi relatif au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels – cf. commentaire dudit article dans le rapport Sénat n° 661 (2015-2016).

Article 8

(art. 133-1, L. 241-2-1, L. 241-5, L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-13, L. 243-6-1, L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-5, 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 5553-11 du code des transports ; art. L. 5134-31, L. 5134-59, L. 6227-8, L. 6227-8-1 [nouveau], L. 6243-2, L. 6243-3, L. 6261-1, L. 6325-16 à L. 6325-22 du code du travail ; art. 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)

Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

Objet : Le présent article a pour objet la transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales, en précisant le calendrier et en définissant des mesures d'adaptation pour diverses catégories d'employeurs qui bénéficient, jusqu'à présent, de dispositifs particuliers.

I - Le dispositif proposé

En vertu de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, à compter du 1^{er} janvier 2019, de nouveaux allègements de cotisations patronales remplaceront le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)¹. Ces allègements se décomposent de la façon suivante :

- un allègement permanent de cotisations d'assurance maladie de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 Smic, pour un coût estimé de 21,5 milliards d'euros² ;

- et un renforcement des allègements généraux dégressifs s'appliquant aux rémunérations comprises entre 1 et 1,6 Smic, pour un coût estimé de 3,5 milliards d'euros³.

Le présent article propose plusieurs mesures de mise en œuvre de cette réforme d'ampleur.

Tout d'abord, il propose la mise en place en deux temps du renforcement des allègements généraux sur les cotisations employeurs, le 1^{er} janvier puis le 1^{er} octobre 2019.

¹ Ce sont les articles 86 et 87 la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 qui ont été les vecteurs de l'extinction de ces deux dispositifs.

² Ces dispositions seront codifiées à l'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2019.

³ Le coût total actuel de ce dispositif, régi par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, est évalué à 21,8 milliards d'euros.

Ensuite, il propose de modifier plusieurs dispositifs particuliers actuellement favorables à certains types d'employeurs en matière de cotisations patronales. Certains de ces dispositifs devraient être supprimés au bénéfice du système général d'allègements renforcés, tandis que d'autres seraient adaptés, tout en conservant des caractéristiques propres.

Enfin, il vise à mettre en place diverses mesures d'accompagnement et de coordination.

A. Une montée en puissance en deux temps des allègements généraux de cotisations pour les employeurs

La réforme adoptée l'année dernière et applicable à partir du 1^{er} janvier 2019 a étendu l'assiette des allègements généraux aux cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires et aux contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage.

Cet élargissement d'assiette représente un taux de cotisations et de contributions total de 10,06 % des rémunérations brutes des salariés entrant dans son champ : 6,01 % pour les retraites complémentaires et 4,05 % pour l'assurance chômage.

Le A du VI du présent article prévoit **une montée en puissance de ce dispositif en deux temps dans le courant de 2019**. Ainsi :

- **à compter du 1^{er} janvier 2019, l'assiette serait étendue aux seules cotisations aux régimes de retraites complémentaires** (soit 6,01 %). Il s'agit de compenser immédiatement aux entreprises l'effet retour de 5,1 milliards d'euros qu'elles enregistreraient sur les allègements généraux du fait de la baisse de 6 points des cotisations patronales maladie jusqu'à 2,5 Smic. En effet, les allègements généraux s'appliquant sur une masse de cotisations de laquelle la réduction de 6 points a déjà été déduite, l'impact propre desdits allègements aurait été diminué d'autant si une masse de contributions de niveau équivalent n'avait pas été incluse dans leur périmètre ;

- **puis, à partir du 1^{er} octobre 2019, elle serait de nouveau étendue pour inclure cette fois les contributions aux assurances chômage** (soit 4,05 %), ce qui correspond à un véritable renforcement « net » des allègements généraux, à hauteur de 3,5 milliards d'euros en année pleine.

De ce fait, **le coefficient maximal d'exonération s'élèvera à 28,55 % à partir du 1^{er} janvier, puis à 32,60 % à partir du 1^{er} octobre.**

Évolution des taux et des montants des allègements généraux prévue en 2019

Rémunération brute en Smic	Droit actuel		Droit proposé au 1/1/2019		Droit proposé au 1/10/2019	
	Allègement général (en points)	Montant allègement en euros (sur une année pleine)	Allègement général (en points)*	Montant allègement en euros (sur une année pleine)	Allègement général (en points)**	Montant allègement en euros (sur une année pleine)
1	28,54%	5 220	28,55%	5 222	32,60%	5 963
1,1	21,62%	4 350	21,63%	4 352	24,70%	4 969
1,2	15,86%	3 480	15,86%	3 481	18,11%	3 975
1,3	10,98%	2 610	10,98%	2 611	12,54%	2 981
1,4	6,80%	1 740	6,80%	1 741	7,76%	1 988
1,5	3,17%	870	3,17%	870	3,62%	994
1,59	0,30%	87	0,30%	87	0,34%	99

* La différence du taux d'allègement entre le droit actuel et le 1er janvier 2019 est liée à la baisse de 6 points du taux de cotisation maladie et au renforcement de 6,01 points des AG correspondant au taux de cotisation AGIRC-ARRCO

** Renforcement de 4,05 points des AG correspondant à l'assurance chômage

Source : Direction de la sécurité sociale

Le B du VI du présent article propose toutefois d'exclure de ce mécanisme les entreprises qui passeraient d'un régime spécifique de baisse des cotisations sociales à celui des allègements généraux de droit commun du fait des dispositions du présent article (*cf. infra*). Ces employeurs pourraient donc bénéficier, dès le 1^{er} janvier 2019, de l'intégralité des allègements généraux renforcés.

Selon l'étude d'impact, **l'économie attendue de ce décalage temporel s'élèverait à 2,5 milliards d'euros pour les administrations de sécurité sociale**, les recettes de l'État en matière d'impôt sur les sociétés étant toutefois réduites de 200 millions d'euros.

B. La suppression de plusieurs régimes particuliers au profit du dispositif renforcé d'allègements généraux

La mise en place des allègements de cotisations relatifs aux salaires inférieurs à 1,6 et 2,5 Smic en compensation de la suppression du CICE et du CITS rendra le droit commun souvent plus attractif que certains dispositifs spécifiques actuellement incitatifs.

Le présent article propose donc de **mettre fin à plusieurs de ces dispositifs et de faire basculer les employeurs concernés dans le dispositif de droit commun d'allègements renforcés dès le 1^{er} janvier 2019.**

Néanmoins, les situations des différents employeurs concernés doivent être distinguées car tous ne gagneront pas nécessairement au changement de régime.

Dans tous les cas, les coûts ou les gains engendrés par les dispositifs proposés seront évalués au niveau des finances publiques en général (et donc, en sens inverse, pour les secteurs économiques concernés). En effet, d'une part, des mouvements en sens inverse concerneront l'État (fin du CICE) et les administrations de sécurité sociale, étant entendu que l'État compensera *in fine* les éventuelles pertes de recettes pour les associations de sécurité sociale dues au renforcement des allègements généraux.

1. Les contrats de formation en alternance

Les contrats de formation en alternance, qu'il s'agisse des **contrats d'apprentissage ou des contrats de professionnalisation**, bénéficient de **régimes spécifiques d'exonérations de cotisations sociales, jusqu'à présent plus avantageux que les allègements généraux.**

S'agissant des contrats de professionnalisation, **les contrats signés par des demandeurs d'emplois de plus de 45 ans bénéficient d'un allègement de cotisations patronales de sécurité sociale à l'exception des cotisations AT-MP.** De plus, pour les contrats de professionnalisation de salariés recrutés par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ), l'exonération des cotisations patronales d'AT-MP sur la part de la rémunération inférieure ou égale à un Smic mensuel est applicable pour les demandeurs d'emploi de plus de 45 ans et les jeunes de moins de 26 ans.

S'agissant des contrats d'apprentissage, les dispositions en vigueur sont assez complexes et distinctes en fonction de la taille de l'entreprise :

- les entreprises de moins de onze salariés bénéficient d'une exonération totale de contributions et de cotisations patronales, en dehors des cotisations de la branche AT-MP ;

- les entreprises comptant onze salariés ou plus bénéficient, quant à elles, d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, là encore hors AT-MP.

En outre, dans tous les cas, ces cotisations et contributions¹ sont calculées sur une base forfaitaire égale à 151,67 fois la rémunération horaire minimale légale, exprimée en pourcentage du Smic (en fonction de l'année d'apprentissage et de l'âge de l'apprenti), ce pourcentage étant abattu de 11 points en métropole, et de 20 points dans les départements d'outre-mer.

Le présent article propose de supprimer les dispositifs spécifiques d'exonération de cotisations et contributions patronales applicables aux contrats d'apprentissage et de professionnalisation. Ceux-ci seraient désormais soumis aux allègements généraux renforcés, ce qui supprimerait l'effet de seuil existant actuellement entre les employeurs d'apprentis comptant moins de onze salariés et les autres.

De plus, il est proposé de **supprimer l'abattement forfaitaire de onze points des cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, qui n'ont pas d'effet sur des cotisations exonérées**, afin de permettre le calcul des droits sur la base des salaires réels.

À cette fin :

- pour ce qui concerne l'apprentissage, les articles L. 6243-2 et L. 6243-3 du code du travail seraient réécrits, tandis que l'article L. 6261-1 du même code, relatifs aux dispositions d'adaptation en Alsace-Moselle, serait abrogé. Les personnes morales de droit public dont le personnel ne relève pas du droit privé, exclues du champ des allègements généraux, bénéficieraient, quant à elles, d'une exonération de cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle, hors branche AT-MP, aux termes d'un nouvel article L. 6227-8-1 dudit code ;

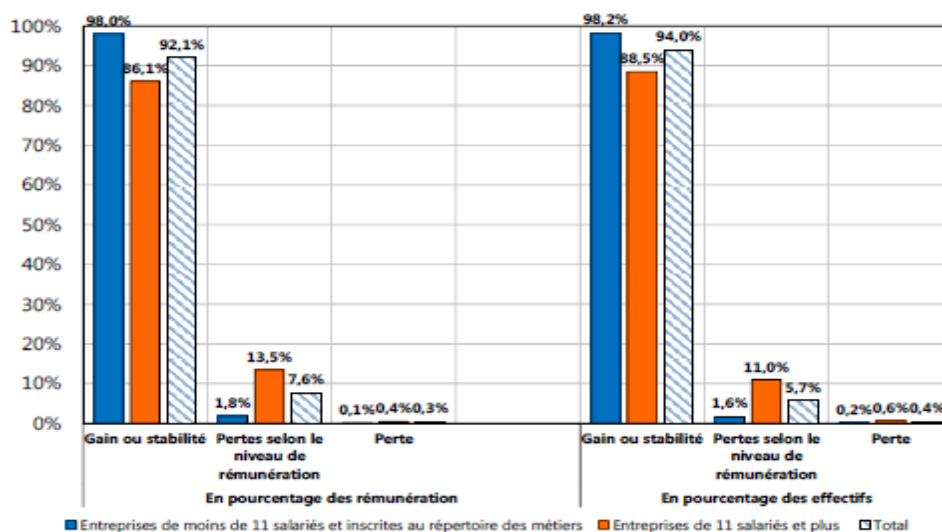
- pour ce qui concerne les contrats de professionnalisation, les articles L. 6325-16 à L. 6325-22, qui régissent leur régime spécifique d'exonération, seraient abrogés.

Outre la simplification apportée par cet alignement sur le droit commun pour les employeurs privés, **cette évolution serait favorable ou neutre pour la grande majorité d'entre eux**. Ainsi, selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, seule une petite minorité seraient perdantes (par exemple, les entreprises de moins de onze salariés employant des apprentis au-delà du Smic).

Le graphique ci-après rend compte de la répartition des gagnants et des perdants à la réforme, exprimée en pourcentage des rémunérations et en pourcentage des effectifs.

¹ À l'exception des cotisations d'assurance vieillesse pour ne pas diminuer les droits à la retraite des apprentis.

Répartition des employeurs d'apprentis gagnants ou perdants au passage du régime spécifique au régime de droit commun d'allègements renforcé



Sources : ACOSS, DSS

Le coût de la mesure pour les finances publiques est estimé à 263 millions d'euros.

2. Les structures d'insertion par l'activité économique

Quatre types de structures coexistent dans le domaine de l'insertion par l'activité économique.

Trois sont actives dans le domaine marchand : les entreprises d'insertion (EI), les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) et les associations intermédiaires (AI).

Les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) interviennent, quant à eux, dans le domaine non marchand.

Si le soutien public à ces structures a été rationalisé, **une hétérogénéité demeure quant à leur statut au regard des cotisations et contributions sociales** :

- les EI et les ETTI bénéficient des allègements généraux ;
- les AI sont totalement exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, hors AT-MP, dans la limite de 750 heures par an ;
- les ACI sont totalement exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, hors AT-MP, dans la limite d'un Smic.

Le présent article propose de **placer l'ensemble de ces structures sous le régime renforcé des allègements généraux**.

Là encore, outre une simplification du droit résultant de cette harmonisation, il en résulterait, selon l'étude d'impact annexée, un gain net pour la quasi-totalité des rémunérations versées par les ACI ainsi que pour une très forte majorité de celles versées par les AI, celles-ci ne dépassant que rarement 1,1 Smic.

Le coût de ce transfert est évalué, pour les finances publiques, à 48 millions d'euros pour ce qui concerne les ACI et à 33 millions d'euros pour la partie AI.

3. Les contrats uniques d'insertion - contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE)

Les CUI-CAE bénéficient d'exonérations spécifiques de cotisations d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'assurance famille.

Ils peuvent être proposés par des employeurs publics¹, qui ne bénéficient pas des allègements généraux, et par des employeurs de droit privé, susceptibles d'en bénéficier.

Pour ces derniers, un passage au régime renforcé d'allègements généraux se traduirait par un gain de 12 % pour les rémunérations au niveau du Smic, soit la grande majorité de ces contrats, par rapport au régime spécifique actuel, le basculement se révélant avantageux jusqu'à 1,2 Smic.

Le présent article propose donc une modification de l'article L. 5134-31 du code du travail, qui **limiterait le bénéfice du régime spécifique d'exonérations des CUI-CAE aux seuls employeurs publics, les autres passant au régime renforcé d'allègements généraux.**

L'étude d'impact évalue le coût de cette mesure à 87 millions d'euros pour les finances publiques (100 millions d'euros pour les organismes de sécurité sociale, desquels il convient de déduire 13 millions d'euros en faveur de l'État au titre de l'extinction du CICE).

4. Les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emplois (TO-DE) relevant du régime agricole

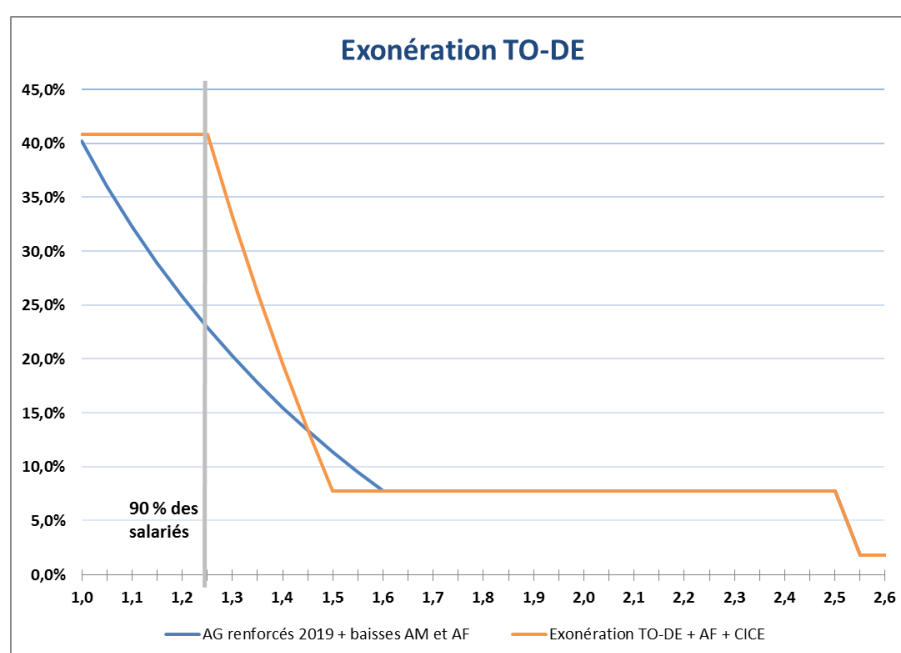
Les employeurs de travailleurs occasionnels dans le domaine agricole bénéficient d'un régime spécifique d'exonérations, régi par les articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime.

¹ Ces employeurs peuvent être des collectivités territoriales ou d'autres personnes morales de droit public, selon les termes de l'article L. 5134-31 du code du travail..

L'exonération porte sur les cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient. Elle est déterminée conformément à un **barème dégressif linéaire** fixé par décret et tel que **l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 1,25 Smic** et devienne **nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure à 1,5 Smic**¹.

Le présent article propose, là aussi, un **basculement pur et simple du dispositif TO-DE au sein des allègements généraux renforcés**, en abrogeant les articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 précités.

Si le principe est le même que pour les autres catégories d'employeurs précédemment évoquées, les conséquences financières diffèrent, selon la structure des salaires des entreprises concernées qui, en outre, bénéficiaient du CICE. En effet, les allègements généraux deviennent dégressifs dès le Smic, contre 1,25 Smic pour le régime TO-DE, comme le montre le graphique ci-après.



Source : Direction de la sécurité sociale

Ainsi, selon l'étude d'impact, **la plupart des secteurs agricoles de l'agriculture devraient perdre au changement proposé**, cette perte atteignant par exemple à hauteur de 38 millions d'euros pour la viticulture et de 52 millions d'euros pour les cultures spécialisées.

¹ Il est à noter que les caisses de mutualité sociale agricole se substituent aux employeurs pour le règlement de certaines cotisations dues par ces employeurs, l'État compensant intégralement à ces caisses les dépenses correspondantes.

Cette même étude d'impact évalue à **125 millions d'euros le gain net pour les finances publiques** dû à la fin du CICE et du dispositif TO-DE.

C. L'adaptation de certains dispositifs particuliers qui ne relèveront pas du dispositif renforcé d'allègements généraux

Par ailleurs, le présent article vise à traiter de manière différenciée la situation de secteurs économiques pour lesquels la suppression pure et simple d'un régime particulier ne semble pas constituer une solution adéquate du fait de leurs caractéristiques propres.

Cela concerne les employeurs situés dans certaines collectivités d'outre-mer, les organismes paritaires employant des aides à domicile et les employeurs de certains régimes spéciaux (SNCF, RATP, industries électriques et gazières).

1. Les employeurs localisés dans certaines collectivités d'outre-mer

a) Les exonérations LODEOM : un bref aperçu d'un régime complexe

Les employeurs localisés en **Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin** bénéficient d'un régime d'exonérations spécifiques issues de la « loi LODEOM »¹ et codifiées à l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.

Ce régime est ouvert :

- **aux employeurs occupant moins de onze salariés**. Néanmoins, si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés ;

- **aux entreprises, quel que soit leur effectif**, du secteur du **bâtiment et des travaux publics**, de l'**industrie**, de la **restauration**, de la **presse**, de la **production audiovisuelle**, des **énergies renouvelables**, des **nouvelles technologies de l'information et de la communication** et des **centres d'appel**, de la **pêche**, des **cultures marines**, de l'**aquaculture**, de l'**agriculture**, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du **tourisme**, de la **restauration de tourisme** y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'**hôtellerie** ;

- aux entreprises de **transport aérien** assurant les liaisons internes, ou entre ces collectivités, ou entre ces collectivités et l'Hexagone ;

- et aux entreprises assurant la **desserte maritime ou fluviale** de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

¹ Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Il est régi par des dispositions d'une grande complexité, ne comptant pas moins de six barèmes.

Sans entrer dans le détail de chacun de ces barèmes, il est à noter que dans tous les cas, **les entreprises bénéficient actuellement d'une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, hors AT-MP. De plus, les points de sortie sont renforcés par rapport aux allègements applicables dans l'hexagone et sont maintenus à des niveaux de rémunération nettement supérieurs au Smic.**

Dès lors, un passage de l'ensemble des employeurs concernés au régime de droit commun des allègements généraux, même renforcé, risquait de se traduire par une perte de compétitivité, d'autant que certaines entreprises bénéficiaient en outre d'un CICE à un taux de 9 % -au lieu de 6 % dans l'hexagone.

b) Les évolutions proposés du régime LODEOM

Le présent article propose donc de **modifier le régime LODEOM afin de le simplifier et de le rapprocher des allègements généraux renforcés tout en tenant compte des spécificités locales.**

À cette fin, **l'assiette des allègements serait la même que pour les employeurs hexagonaux**, par renvoi à la nouvelle rédaction du I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, il est proposé de ne conserver que **deux barèmes** au lieu de six :

- l'un applicable aux **entreprises de moins de onze salariés** et, quel que soit leur effectif, aux entreprises du secteur du **bâtiment et des travaux publics**. Les revenus concernés seraient **totalement exonérés jusqu'à 1,3 Smic**, niveau à partir duquel la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroîtrait pour devenir **nulle à partir de 2 Smic** ;

- l'autre pour les **employeurs des autres secteurs** énumérés au 2° du II de l'article L. 752-3-2 dans sa nouvelle rédaction¹. **L'exonération serait alors totale jusqu'à 1,4 Smic et décroîtrait pour devenir nulle à partir de 2,4 Smic.** Il est à noter que le présent article propose une évolution de la liste des secteurs éligibles. **Trois secteurs disparaîtraient donc par rapport au dispositif existant : la presse, le transport aérien et le transport maritime.**

¹ Le périmètre du « LODEOM renforcé » serait le suivant après toilettage de l'article : l'industrie, la restauration, l'environnement, l'agronutrition, les énergies renouvelables, les nouvelles technologies de l'information et de la communication et les centres d'appel, la pêche, les cultures marines, l'aquaculture, l'agriculture, le tourisme, la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, l'hôtellerie, la recherche et le développement, ainsi que les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013.

En comptant les entreprises non éligibles à l'un ou l'autre des régimes LODEOM, trois dispositifs d'allègements de cotisations patronales sur les bas salaires coexisteraient donc sur les territoires concernés, avec les caractéristiques suivantes :

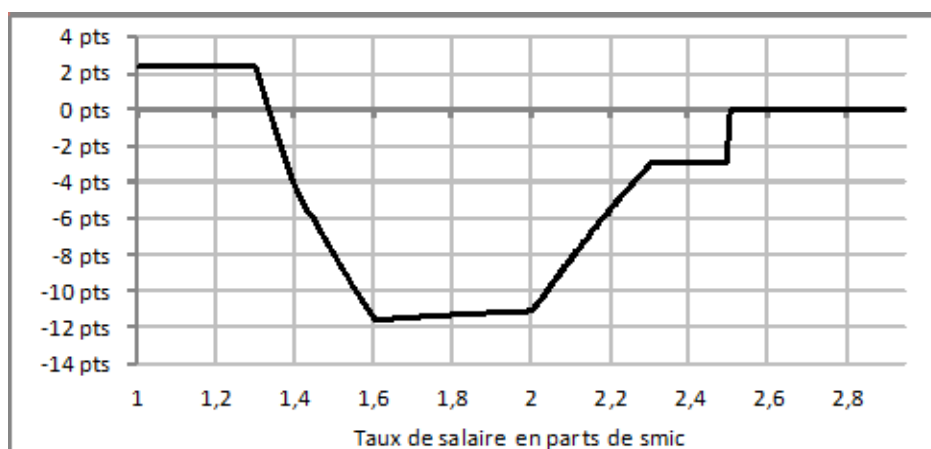
Dispositifs d'allègements applicables dans les outre-mer (droit proposé)

	Point d'inflexion (en Smic)	Point de sortie (en Smic)
Régime de droit commun pour les entreprises de 11 salariés et plus (allègements généraux)	1	1,6
Entreprises de moins de 11 salariés + BTP	1,3	2
Entreprises éligibles au régime de compétitivité LODEOM renforcé	1,4	2,4

Source : PLFSS

Ce calibrage permet de renforcer l'attractivité du dispositif en faveur des bas salaires, pour lesquels la sensibilité du coût du travail en termes d'emploi est considérée comme la plus forte. À titre d'illustration, le graphique suivant montre le gain ou la perte pour une entreprise de moins de 11 salariés entre l'ancien dispositif (CICE inclus) et le nouveau, en fonction de la rémunération d'un employé donné, exprimée en Smic.

Comparaison des taux d'exonération entre l'ancien dispositif LODEOM (CICE inclus) et le nouveau pour une entreprise de moins de 11 salariés



Source : ACOSS

Dans le cas présenté ci-dessus, le nouveau dispositif est avantageux jusqu'à 1,33 Smic et redevient neutre à partir de 2,5 Smic. La perte peut toutefois se révéler substantielle à certains niveaux de rémunération, en particulier entre 1,6 Smic et 2 Smic.

Au vu de la répartition de la masse salariale des entreprises concernées, la réforme proposée leur serait, au bout du compte, légèrement défavorable, à hauteur de **14 millions d'euros pour ce qui concerne la réforme du régime LODEOM *stricto sensu***.

En considérant l'ensemble du dispositif, à savoir la suppression du CICE au taux 9 % (gain de 537 millions d'euros pour l'État) et le coût pour les administrations de sécurité sociale du renforcement des allègements généraux (46 millions d'euros) et de la réduction de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie (439 millions d'euros), le **gain pour les finances publiques** est estimé à **66 millions d'euros**.

2. Les organismes paritaires employant des aides à domicile

Les employeurs de personnes relevant du secteur des services à la personne (garde d'enfants, entretien du domicile, accompagnement de personnes en situation de dépendance ou de handicap, etc.) présentent une grande diversité de profils, et regroupent des particuliers, des associations et des entreprises spécialisées.

En vertu de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, **ils bénéficient actuellement d'une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, sans plafond de rémunération :**

- sans limite au titre des rémunérations versées aux aides à domicile en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez des personnes fragiles ;

- dans la limite de 65 fois le Smic horaire par mois¹ pour la rémunération des tâches effectuées chez des particuliers âgés d'au moins 70 ans mais non dépendants.

De plus, les entreprises et les associations sont éligibles, selon le cas, au CICE au taux de 6 % ou au CITS au taux de 4 % pour les rémunérations inférieures à 2,5 Smic.

Du fait de ces caractéristiques, en particulier de l'absence de plafond de rémunération pour l'application des exonérations, **un basculement vers les allègements généraux renforcé risquerait de pénaliser ceux de ces employeurs qui rémunèrent leurs salariés au-dessus du Smic.**

¹ Soit 642,20 euros en 2018.

Le présent article propose donc de modifier la rédaction du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale pour **rapprocher ces employeurs du droit commun tout en prévoyant un décalage de l'application de la dégressivité des exonérations**. Ainsi, l'exonération serait totale jusqu'à 1,1 Smic avant de décroître jusqu'à 1,6 Smic.

Selon l'étude d'impact, **le dispositif proposé serait neutre pour les finances publiques**. Dans le détail :

- les associations de moins de 50 salariés, non éligibles au CITS, gagneraient à la mesure ;
- une partie des associations de plus de 50 salariés serait perdante au changement de dispositif ;
- les effets seraient variables sur les entreprises, une majorité étant cependant gagnante selon les simulations du Gouvernement.

3. Les employeurs dont les employés relèvent de certains régimes spéciaux

a) L'inclusion de la SNCF, de la RATP et des entreprises du secteur des IEG dans le champ de la réduction des cotisations patronales d'assurance maladie

La SNCF, la RATP et les entreprises du secteur des **industries électriques et gazières (IEG)** bénéficiaient du CICE tout en relevant de régimes spéciaux de sécurité sociale et, surtout, en **ne bénéficiant pas des allègements généraux ni de la réduction, à venir, de 6 points des cotisations d'assurance maladie**.

En effet, aux termes de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, l'un des critères du bénéfice des allègements généraux est la soumission à l'obligation de cotiser pour l'assurance chômage des salariés, obligation à laquelle ne sont pas soumises la SNCF, la RATP et les entreprises du secteur des IEG. Quant au périmètre du bénéfice de la réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations inférieures à 2,5 Smic, censée compenser la disparition du CICE, le futur article L. 241-2-1 du même code prévoit, en l'état, qu'il soit le même que celui des allègements généraux.

Afin de ne pas pénaliser ces entreprises, le présent article propose donc de **modifier la rédaction de ce futur article L. 241-2-1 pour que la réduction de 6 points d'assurance maladie soit étendue** aux « rémunérations des salariés mentionnés au 3° ou au 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du [code de la sécurité sociale] ».

Concrètement, selon l'étude d'impact, ce sont bien la SNCF, la RATP et les entreprises des IEG qui seraient ainsi incluses dans ce dispositif¹.

Le coût de ce dispositif pour les régimes obligatoires de base concernés, qui ne leur serait pas compensé, est évalué à 393 millions d'euros.

L'étude d'impact précise toutefois que les taux de cotisations patronales maladie de ces entreprises seront revus à la hausse de façon à être harmonisés par décret, à périmètre comparable, avec ceux du régime général. Cela devrait aboutir à un taux de 11,3 % pour l'ensemble de ces entreprises². **Le gain correspondant pour les régimes concernés est estimé à 120 millions d'euros.**

b) L'harmonisation des réductions de cotisations patronales aux allocations familiales

Le présent article prévoit également de **substituer l'allègement de droit commun de cotisations familiales au régime spécifique d'allègement propre à certaines entreprises dont les employés relèvent de régimes spéciaux.**

L'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale indique que ce régime spécifique concerne la SNCF, la RATP, les entreprises du secteur des IEG, la Banque de France, la Comédie française et l'Opéra de Paris.

Régi par les dispositions de l'article L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale, il consiste en une exonération de cotisations patronales famille :

- totale pour une rémunération mensuelle inférieure à 1,2 x 169 Smic horaires ;

- de 50 % pour une rémunération mensuelle comprise entre 1,2 et 1,3 x 169 Smic horaires ;

- nulle pour une rémunération supérieure à 1,3 x 169 Smic horaires.

¹ Si le 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail mentionne expressément les IEG, le 3° est plus vaste puisqu'il concerne les entreprises inscrites au répertoire national des entreprises contrôlées majoritairement par l'État, les établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités territoriales et les sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire. Mais, du fait du renvoi aux articles L. 711-2 et L. 711-3 du code de la sécurité sociale, ces entreprises doivent aussi jouir déjà d'un régime spécial le 6 octobre 1945, et être restées soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale du fait d'un décret en Conseil d'État, ce qui réduit le champ à la SNCF et à la RATP.

² Et non de 13 % afin de tenir compte du fait que certaines prestations de sécurité sociale, telles que les indemnités journalières, sont prises directement par les employeurs.

Le présent article propose donc :

- d'une part, de mentionner, au sein de l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale, les entreprises bénéficiant actuellement des exonérations spécifiques de cotisations familiales parmi les entreprises éligibles à la réduction de droit commun de 1,8 point pour les rémunérations inférieures à 3,5 Smic ;

- d'autre part, d'abroger l'article L. 241-6-4 du même code, vecteur des exonérations spécifiques, ainsi rendu obsolète.

Il s'agit à la fois d'une mesure de simplification et d'une **compensation pour les employeurs de la future hausse des taux d'assurance maladie décrite précédemment**, l'économie associée pour lesdits employeurs étant du même ordre que cette hausse (soit 120 millions d'euros).

Globalement, les dispositions relatives aux régimes spéciaux sont **neutres pour les finances publiques** ; mais elles se traduiront par un **gain de 394 millions d'euros pour l'État** au titre du CICE et par une **perte de 393 millions d'euros, non compensée, pour les régimes de base obligatoires de sécurité sociale des régimes spéciaux concernés**.

D. Les autres mesures d'adaptation

Enfin, le présent article tend à procéder à diverses mesures d'adaptation. L'une présente un aspect structurel, en visant à réformer le dispositif d'exonération propre aux entreprises d'armement maritime de façon à assurer sa conformité avec le droit communautaire. Les autres ont un caractère plus technique.

1. La mise en conformité avec le droit communautaire du dispositif d'exonération propre aux entreprises d'armement maritime

Les entreprises d'armement maritime bénéficient d'exonérations de cotisations patronales, qui ont été étendues par la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue.

Depuis lors, aux termes de l'article L. 5553-11 du code des transports, ces entreprises d'armement maritime sont exonérées :

- de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du même code, c'est-à-dire au régime spécifique d'assurance maladie et d'assurance vieillesse géré par l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) ;

- de la cotisation d'allocations familiales de droit commun ;

- et de la contribution d'assurance chômage de droit commun.

Les personnels concernés sont pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce battant pavillon français affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.

A l'occasion de l'extension de ce dispositif en 2016, le Gouvernement a notifié le nouveau régime à la Commission européenne. Il est alors apparu que la Commission a modifié ces lignes directrices et que, désormais, elle conteste le fait que ces exonérations ne concerne que des navires battant pavillon français.

Afin de lever cette difficulté, le présent article propose **d'étendre le bénéfice des exonérations définies à l'article L. 5553-11 du code des transports aux marins embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique.**

Selon les éléments obtenus par votre rapporteur général auprès de la direction des affaires maritimes, **le coût de cette extension est estimé à 2,7 millions d'euros, le coût total du dispositif s'établissant à 71 millions d'euros.**

2. Les mises en cohérence rédactionnelles

Le présent article procède à une précision en matière d'imputation des allègements généraux. Dans le cas général, le VII de l'article L. 241-13, dans sa version applicable au 1^{er} janvier 2019, prévoit que l'imputation l'allègement général s'effectue au moment du paiement des cotisations et contributions, déclarées aux organismes de recouvrement compétents¹, et ce en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions dans la valeur du coefficient de dégressivité. Il est proposé de compléter le VII dudit article L. 241-13 afin d'étendre expressément ce principe aux cotisations recueillies par Pôle emploi au titre des intermittents du spectacle.

Il vise également à étendre la procédure d'arbitrage prévue au II de l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale, à laquelle peuvent recourir les entreprises possédant plusieurs établissements lorsque des URSSAF, des CCGS ou l'AGIRC-ARRCO leur ont livré des interprétations contradictoires d'un même dispositif, à des entreprises possédant un seul établissement.

¹ Selon le cas, l'ACOSS, les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

Il propose enfin quelques retouches purement rédactionnelles, en particulier au sein des articles L. 133-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

C. L'entrée en vigueur du dispositif proposé

Le VII du présent article propose qu'il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, les évolutions relatives à la procédure d'arbitrage prévue au II de l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale s'appliquant aux contrôles engagés à compter de cette même date.

La seule exception concernerait l'application du nouveau régime d'exonérations applicables aux entreprises d'armement maritime, dont l'entrée en vigueur serait renvoyée au moment où la Commission européenne aurait confirmé sa compatibilité avec le droit communautaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre douze amendements rédactionnels, de coordination ou de précision, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements apportant des modifications de fond au présent article.

A. Le renforcement du dispositif spécifique aux employeurs travaillant au domicile de particuliers

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a **relevé de 1,1 à 1,2 Smic le montant maximal de rémunération à partir duquel** le montant de l'exonération de cotisations patronales dont bénéficient les entreprises et associations **employant des aides à domicile intervenant auprès des particuliers fragiles demeure égal au montant des cotisations et contributions à leur charge.**

Cette exonération continuerait ensuite de décroître jusqu'à devenir nulle à 1,6 Smic, comme dans le « droit commun » des allègements généraux.

Le coût de ce dispositif est estimé à **65 millions d'euros, à la charge de l'État** puisqu'il est compensé à la sécurité sociale.

B. Le rétablissement d'un régime spécifique aux TO-DE

Un amendement du Gouvernement, sous-amendé par plusieurs de nos collègues députés, dont les rapporteurs généraux de la commission des affaires sociales et de la commission des finances, **a rétabli à titre provisoire un régime spécifique pour les employeurs du secteur agricole employant des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE).**

L'exonération pour ses employeurs serait :

- **en 2019, totale pour les rémunérations jusqu'à 1,15 Smic** avant de décroître jusqu'à 1,6 Smic, niveau auquel elle s'annulerait ;
- **en 2020, totale pour les rémunérations jusqu'à 1,1 Smic** avant de décroître jusqu'à 1,6 Smic, niveau auquel elle s'annulerait ;

Le système s'éteindrait le 1^{er} janvier 2021, date à laquelle ces contrats se verraient appliquer les allègements généraux de droit commun.

Le coût de ces dispositions est évalué à **105 millions d'euros**, là encore à la charge de l'État, l'actuel dispositif « TO-DE » étant lui-même compensé.

C. L'inclusion de secteurs économiques bénéficiant jusqu'alors du dispositif LODEOM renforcé dans le régime applicable outre-mer aux entreprises de moins de 11 salariés

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du Gouvernement incluant, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, **les secteurs de la presse, de la production audiovisuelle et des transports aérien et maritime** dans le dispositif "LODEOM" applicable aux entreprises de moins de 11 salariés ainsi qu'au secteur du bâtiment et des travaux publics.

Les employeurs de ces secteurs, qui bénéficiaient jusqu'à présent du régime renforcé, ne seraient donc pas ramenés aux allègements généraux de droit commun mais continueraient de bénéficier d'une exonération sur les rémunérations qu'ils verseraient **jusqu'à 1,3 Smic**, niveau à partir duquel la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroîtrait pour devenir **nulle à partir de 2 Smic**.

Il est précisé que le coût de cette réintégration, soit **15 millions d'euros**, seraient pris en charge sur les crédits budgétaires de la mission « Outre-mer ».

D. Des mesures de nature plus technique

L'assemblée nationale a enfin adopté des mesures de nature plus technique :

- trois amendements du Gouvernement ont procédé à diverses harmonisations rédactionnelles de sorte que les modalités d'imputation des allègements généraux sur les cotisations sociales dues soient adaptées à la situation particulière de personnes pour lesquelles elles ne sont pas recouvrées par les URSSAF ou par l'Agirc-Arrco -de la même façon que ce qui était proposé dans le texte d'origine pour les intermittents du spectacle. Cela concernerait les travailleurs expatriés, dont les cotisations d'assurance chômage sont recouvrées par Pôle emploi, et les entrepreneurs de spectacles vivants, dont les cotisations sont recouvrées par le guichet unique du spectacle occasionnel (GUSO). Les exonérations qui demeurent en place seraient bien compensées pour l'ensemble des affectataires dont les ressources sont imputées ;

- et un amendement du rapporteur général Olivier Véran qui étend à deux dispositifs d'exonérations spécifiques (exonérations « LODEOM » et exonérations applicables aux rémunérations des salariés de structures employant des aides à domicile) la procédure d'arbitrage prévue au II de l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale, à laquelle peuvent recourir

les entreprises possédant plusieurs établissements lorsque des URSSAF, des CCGS ou l'AGIRC-ARRCO leur ont livré des interprétations contradictoires d'un même dispositif et rappelée ci-dessus dans le présent commentaire.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à la plupart des modalités de compensation de la fin du CICE pour les diverses catégories d'employeurs auxquelles procède le présent article.

L'Assemblée nationale a procédé à plusieurs améliorations importantes, concernant, en particulier, les entreprises ultramarines et les structures employant des salariés actifs dans le domaine de l'aide à domicile.

Pour ce qui concerne les **employeurs du secteur agricole employant des travailleurs occasionnels**, votre commission se félicite du premier pas important qu'a effectué l'Assemblée nationale en rétablissant pour deux ans un régime spécifique plus favorable. Comme cela a été souligné, ces employeurs auraient été tout particulièrement pénalisés par un reversement brutal au sein des allègements généraux, même dans leur version renforcée issue du présent article. Toutefois, ce secteur resterait perdant d'un point de vue économique avec le dispositif proposé par l'Assemblée nationale ; et, au sein de ce secteur, les producteurs de fruits et légumes et la viticulture serait tout particulièrement pénalisée, alors même qu'il s'agit souvent de structures fragiles.

C'est pourquoi **votre commission propose** de s'inscrire dans la démarche proposée par l'Assemblée nationale mais **d'aller un peu plus loin pour les critères de sortie retenus**. Elle propose ainsi un amendement (**amendement n° 55**) aux termes duquel :

- en 2019, **l'exonération totale concernerait**, comme actuellement, **les rémunérations inférieures ou égales à 1,25 Smic** avant d'entamer leur courbe de dégressivité ;

- et en 2020, elle **s'appliquerait encore aux rémunérations allant jusqu'à 1,15 Smic**.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 8 bis (nouveau)
(art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

**Alignement du régime social de la rupture conventionnelle collective
sur celui des plans de sauvegarde de l'emploi en matière
d'assujettissement au forfait social**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de nos collègues députés membres du groupe La République en marche, vise à exclure explicitement les indemnités de rupture du contrat de travail dans le cadre d'une rupture conventionnelle collective ou d'un congé de mobilité de l'assiette du forfait social lorsqu'elles ne dépassent pas un certain montant.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale définit l'assiette du forfait social¹ en excluant, dans son 3°, la fraction des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, dans la limite de deux fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Le présent article précise que les indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle collective, prévue à l'article L. 1237-18-2 du code du travail et dans celui du congé de mobilité, prévu à l'article L. 1237-19-1 du même code, sont également exclues de l'assiette du forfait social pour la fraction inférieure au plafond défini au même alinéa.

II - La position de la commission

L'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations de travail² a créé un nouveau régime de rupture du contrat de travail d'un commun accord, dans le cadre d'un accord collectif³. Cette rupture peut résulter soit d'un congé de mobilité, prévu dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, soit d'une rupture conventionnelle collective, prévue par un accord spécifique.

¹ Sur la composition de l'assiette du forfait social définie à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, voir le commentaire de l'article 11 ter du PLFSS pour 2019 dans le présent rapport.

² Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017, ratifiée par la loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

³ Voir le rapport de votre commission sur le projet de loi de ratification précité, Alain Milon, 20 décembre 2017, pp. 95 à 101.

Ces deux dispositifs doivent permettre une « *gestion anticipée et non conflictuelle des restructurations* », pour reprendre les termes du Gouvernement¹.

La loi de finances pour 2018 a aligné le régime fiscal et social de ces deux nouvelles modalités de rupture sur celui des plans de sauvegarde de l'emploi.

Il est donc cohérent d'aligner également les règles d'assujettissement au forfait social des indemnités versées en cas de ruptures de contrat de travail dans le cadre d'une rupture conventionnelle collective ou à la suite d'un congé de mobilité.

Afin de déplacer les dispositions du présent article au sein de l'article 11 *ter*, qui modifie également les articles du code de la sécurité sociale relatifs au forfait social, votre commission a adopté un **amendement n° 56** de suppression du présent article.

Elle propose un amendement de réécriture globale de l'article 11 *ter* intégrant ces dispositions supprimées.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 8 ter (nouveau)
(art. 16 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017
de financement de la sécurité sociale pour 2018)
Prolongation et élargissement du dispositif
mis en place pour les entreprises à Saint-Barthélemy
et Saint-Martin à la suite de l'ouragan Irma

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de prolonger les moratoires sur les cotisations et contributions sociales pour les cotisants habitant à Saint-Martin ou à Saint-Barthélemy et de donner aux organismes la faculté d'annuler partiellement ou totalement les cotisations et contributions des employeurs locaux dont l'activité aurait durablement diminué à la suite de l'ouragan Irma.

I - Le dispositif proposé

A. Le plan mis en place par la LFSS pour 2018

À la suite de l'ouragan Irma, ayant durement frappé les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy entre les 5 et 7 septembre 2017, l'article 16 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a mis en place un plan de soutien aux employeurs installés dans ces collectivités d'outre-mer.

¹ Exposé des motifs de l'amendement n° 1326 du Gouvernement portant article additionnel au PLFSS pour 2019, adopté par l'Assemblée nationale.

Concrètement, les employeurs installés dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy et y exerçant leur activité au moment où l'ouragan Irma a frappé ces collectivités pouvaient demander, avant le 30 avril 2018, à l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent un **sursis à poursuites pour le règlement de leurs cotisations et contributions sociales patronales dues auprès de cet organisme au titre des périodes postérieures au 1^{er} août 2017, ainsi que des majorations de retard et pénalités y afférentes.**

Cette demande entraînait immédiatement et de plein droit, **jusqu'au 31 octobre 2018**, la suspension des poursuites afférentes auxdites créances ainsi que la suspension du calcul des pénalités et majorations de retard afférentes.

Entre le moment de la demande et le terme du moratoire, un plan d'apurement, d'une **durée maximale de cinq ans** et pouvant prévoir **l'abandon des pénalités de retard**, devait être conclu entre l'employeur et l'organisme. Ce plan pouvait également comporter un **abandon partiel, dans la limite de 50 % des sommes dues, des créances de cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées entre le 1^{er} août 2017 et le 30 novembre 2018**. En cas de difficulté, les employeurs ayant conclu un plan d'apurement peuvent demander une modification de ce plan pour y inclure les cotisations et contributions dues au titre des périodes dues entre la conclusion du plan et le 31 décembre 2018.

Outre les employeurs relevant du régime général de la sécurité sociale, ce dispositif s'applique également aux entreprises et aux travailleurs indépendants, y compris dans les secteurs agricoles et maritimes, pour les cotisations et contributions sociales prévues par la loi.

Le dernier alinéa du VII de l'article 16 de la LFSS pour 2018 précise qu'**en cas de réduction partielle du montant des cotisations d'assurance vieillesse** dans les conditions décrites précédemment, **les droits sont minorés dans une proportion identique.**

B. La prolongation et l'approfondissement des mesures adoptées l'année dernière

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, propose de prolonger et d'approfondir le dispositif d'aide mis en place par l'article 16 de la LFSS pour 2018, conformément aux engagements pris par le Président de la République lors de son déplacement à Saint-Martin et Saint-Barthélemy en septembre dernier.

En premier lieu, **le moratoire des cotisations et contributions serait prorogé**. Les 1^o et 4^o du présent article proposent ainsi de décaler :

- du 30 avril 2018 au **31 mars 2019 la date jusqu'à laquelle les employeurs peuvent demander à bénéficier du sursis à poursuites pour le règlement de leurs cotisations et contributions ;**

- du 31 octobre 2018 au **30 juin 2019 la date de fin de suspension des poursuites** afférentes à ces créances ;

- du 1^{er} novembre 2018 au 1^{er} juillet 2019 la date limite de conclusion du plan d'apurement entre l'employeur et l'organisme de sécurité sociale concernée ;

- et du 31 décembre 2018 au **31 août 2019 la date limite des périodes pouvant être incluses dans un plan d'apurement rectifié** à la demande des employeurs rencontrant des difficultés financières.

En second lieu, le 3^o du présent article propose de **créer un dispositif d'abandon de créances, éventuellement total**, sur certaines cotisations et contributions sociales dues par les employeurs du régime général et du régime agricole ainsi que les travailleurs indépendants et exploitants agricoles **ayant subi une « baisse de leur chiffre d'affaires majeure et durable » directement imputable à l'ouragan Irma.**

Les cotisations et contributions entrant dans le champ de ce dispositif seraient celles qui sont **dues au titre de la période comprise entre le 1^{er} août 2017 et le 31 décembre 2018** ou, pour les travailleurs indépendants ou les exploitants agricoles, au titre des exercices 2017 et 2018. La proportion de l'abandon de créances se ferait selon l'ampleur de la baisse du chiffre d'affaires et de sa durée.

Pour bénéficier de ce dispositif, **les employeurs et travailleurs indépendants devraient adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions, au plus tard le 30 avril 2019, une demande** conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, le cas échéant, en cas d'interruption totale d'activité sur une période, une attestation sur l'honneur ou tout élément probant. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale seraient habilités à vérifier la réalité des déclarations.

De plus, l'employeur devrait être à jour de ses obligations déclaratives, de ses obligations de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement pour les cotisations salariales dues au titre de la période comprise dans le champ de l'abandon ainsi que pour les cotisations dues au titre des périodes qui ne sont pas comprises dans ce champ. Cette condition de paiement serait néanmoins considérée comme remplie dès lors que l'employeur souscrirait et respecterait un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitterait les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Par cohérence, le 5^o du présent article vise à préciser que **les réductions totales**, tout comme les réductions partielles **du montant des cotisations d'assurance vieillesse du fait de l'application de ces dispositions entraîneraient une minoration des droits dans une proportion identique.**

Selon les éléments transmis par le Gouvernement, **le montant des demandes de remises pourrait s'élever à 15,6 millions d'euros**, le pourcentage de remise devant ensuite être modulé selon la situation du cotisant.

II - La position de la commission

Votre commission comprend la nécessité de soutenir les employeurs des collectivités d'outre-mer ayant dû faire face aux conséquences de l'ouragan Irma.

La prolongation du moratoire sur les cotisations et contributions sociales va dans le bon sens. En effet, selon les éléments transmis à votre rapporteur général, à la mi-septembre, plus de 60% des employeurs (et 90 % des travailleurs indépendants) n'avaient formulé aucune demande de bénéfice du dispositif. Et tant la caisse générale de sécurité sociale de Guadeloupe (qui recouvre les cotisations des cotisants de Saint-Martin) et la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy prévoyaient des difficultés à tenir les délais en matière de mise au point des plans d'apurement.

De même, **la faculté donnée aux organismes d'abandonner partiellement ou totalement leurs créances à l'égard des employeurs ayant subi une baisse majeure et durable de leur chiffre d'affaires constitue une réponse adaptée** aux difficultés engendrées par cet événement climatique d'une ampleur exceptionnelle.

Les débats en séance publique devront néanmoins permettre de préciser la portée de la minoration des droits résultant de la réduction partielle ou totale du montant des cotisations d'assurance vieillesse.

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

Article 9

(art. 13 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017
de financement de la sécurité sociale pour 2018)

**Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE
pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole**

Objet : Cet article élargit le champ de la prolongation de l'exonération de cotisations sociales de début d'activité aux créateurs et repreneurs d'entreprises relevant du régime des micro-bénéfices agricoles.

I - Le dispositif proposé

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹ a substitué au dispositif d'aide au chômeur créateur ou repreneur d'entreprise (Accre) un mécanisme général d'exonération des cotisations sociales en début d'activité pour tout créateur ou repreneur d'entreprise.

De l'Accre au mécanisme général d'exonération de début d'activité

Créée en 1979, l'Accre était initialement conçue pour les **demandeurs d'emplois indemnisés** qui envisageaient la création ou la reprise d'une entreprise : soit sous la forme d'une activité indépendante², soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle³.

Elle consistait en une exonération **totale** de cotisations d'assurance maladie et maternité, d'assurance invalidité et décès, d'assurance vieillesse de base et d'allocations familiales au cours de la première année d'activité pour la **fraction de revenus inférieure à ¾ du plafond annuel de sécurité sociale (PASS)**.

Progressivement étendue à une dizaine de catégories de créateur ou repreneur d'entreprises⁴, l'Accre a été révisée par la LFSS pour 2017 pour s'appliquer aux revenus inférieurs à un PASS dans les conditions suivantes :

- exonération **totale** pour les revenus compris entre 0 et ¾ de PASS, soit en dessous de 29 779 euros en 2018 ;

- exonération **dégressive** pour les revenus compris entre ¾ et 1 PASS, soit entre 29 779 et 39 732 euros en 2018.

¹ Voir le rapport n° 77 du Sénat sur le PLFSS pour 2018, tome II Examen des articles, commentaire de l'article 9.

² Artisans, commerçants ou professionnels libéraux relevant de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale ou non-salariés agricoles relevant de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime.

³ Ces salariés créateurs ou repreneurs d'une société sont alors affiliés au régime général de sécurité sociale.

⁴ Bénéficiaires du revenu de solidarité active, personnes âgées de 18 à 26 ans, personnes handicapées de moins de 30 ans, créateurs ou repreneurs d'entreprises dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville...

La prolongation de l'Accre est permise jusqu'à trois ans lors de la création ou de la reprise d'une micro-entreprise, échéance correspondant à la durée du bénéfice possible d'un régime micro-fiscal¹. Elle s'applique dans les conditions suivantes :

- du 13^e au 24^e mois, l'exonération correspond aux 2/3 du montant exonéré au titre de la période initiale ;

- du 25^e au 36^e mois, elle atteint le 1/3 de ce même montant.

À partir du 1^{er} janvier 2019, la LFSS pour 2018 **substitue à l'Accre un mécanisme général d'exonération des cotisations sociales de début d'activité pour l'ensemble des créations ou reprises d'entreprise**², s'appliquant dans les mêmes conditions que l'Accre.

L'exonération sociale prévue par le code de la sécurité sociale se double d'un dispositif d'accompagnement prévu par le code du travail³, qui limite toutefois les bénéficiaires de cet accompagnement à un public ciblé.

Il est enfin prévu que l'exonération de début d'activité ne puisse être cumulée avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement de cotisations à l'exception des dispositifs prévus par les articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale qui organisent une progressivité des cotisations maladie et famille des travailleurs indépendants.

De même, un délai de carence de trois ans doit être respecté entre la fin du bénéfice de ce dispositif d'exonération au titre d'une activité et le début du bénéfice de l'exonération au titre d'une nouvelle activité.

Ce mécanisme d'exonération est prolongé jusqu'à trois ans pour les personnes créant ou reprenant une micro-entreprise. Cependant, *« faute pour la très grande majorité des exploitants agricoles de pouvoir disposer d'un régime fiscal de micro-entreprise propre aux bénéficiaires agricoles, les travailleurs indépendants agricoles étaient par conséquent exclus du champ de la prolongation »*, selon les termes de l'étude d'impact qui précise : *« seuls les exploitants agricoles soumis au micro-BIC ou micro-BNC pouvaient en bénéficier »*⁴.

¹ Le régime des micro bénéficiaires industriels et commerciaux défini à l'article 50-0 du code général des impôts ou celui des micro bénéficiaires non commerciaux relevant de l'article 102 ter du même code.

² Institué par l'article 13 de la LFSS pour 2018 qui crée le nouvel article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

³ Défini à l'article L. 5141-1 et suivants du code du travail.

⁴ Étude d'impact p. 67.

Créé par la loi de finances rectificative pour 2015, le régime des micro-bénéfices agricoles se substitue au régime du forfait agricole. Il permet de simplifier l'imposition des petites entreprises agricoles, dont la moyenne des recettes hors taxes des trois dernières années est inférieure à 82 200 euros¹. Il côtoie ainsi les deux autres modalités d'imposition des bénéfices agricoles que sont le régime du bénéfice réel normal (pour les bénéfices supérieurs à 350 000 euros) et le régime du bénéfice réel simplifié (pour les bénéfices compris entre 82 200 et 350 000 euros).

Le présent article prévoit d'élargir le champ de la prolongation de l'exonération de début d'activité de deux années supplémentaires aux **entreprises créées ou reprises relevant du régime des micro bénéfices agricoles défini à l'article 64 bis du code général des impôts.**

Il complète l'article 13 de la LFSS pour 2018, qui crée l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale, afin d'insérer les références de l'article 64 bis du code général des impôts d'une part, ainsi que l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime qui définit les assurés du régime des non-salariés agricoles d'autre part, dans le champ de la prolongation de l'exonération de début d'activité (1° et 2°).

Cette mesure pourrait concerner 3 200 exploitants agricoles supplémentaires pour un coût estimé à 0,5 million d'euros en 2019 et 0,8 million d'euros par an à partir de 2020. Elle permettra ainsi aux agriculteurs débutant leur activité sous le régime du micro bénéfice agricole de bénéficier de trois « années blanches », à l'échéance du 1^{er} janvier 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition notre collègue rapporteur général de la commission des affaires sociale de l'Assemblée nationale Olivier Véran, les députés ont adopté un amendement de rédaction globale de cet article qui ne change rien sur le fond.

L'article 13 de la LFSS pour 2018 crée un article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018.² Les modifications prévues au présent article doivent donc être directement inscrites au nouvel article L. 131-6-4, qui bien qu'applicable à compter du 1^{er} janvier 2019, est d'ores et déjà en vigueur.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Les seuils d'éligibilité au régime micro fiscal sont désormais fixés à un chiffre d'affaires annuel inférieur à 170 000 euros HT pour les activités de vente et à 70 000 euros pour les activités de prestations de service.

² Ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants.

III - La position de la commission

L'extension du mécanisme d'exonération des cotisations sociales de début d'activité aux créateurs ou repreneurs de micro entreprises agricoles est une correction logique du dispositif adopté l'année dernière.

Votre rapporteur s'est interrogé sur le cumul entre ce dispositif et l'exonération en faveur des jeunes¹ chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole prévue à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

Cette dernière est une exonération de cotisations sociales portant sur les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'invalidité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse agricole, dans la limite d'un plafond fixé par décret².

Cette exonération est **partielle** puisqu'elle ne concerne pas toutes les cotisations sociales : en sont exclues les cotisations situées au-dessus du plafond réglementaire de même que les cotisations sur les indemnités journalières maladie, les cotisations d'assurance accidents du travail et l'assurance retraite complémentaire des travailleurs indépendants agricoles

D'une durée de cinq ans, elle est également **dégressive** puisque son taux est fixé à 65 % la première année, puis porté à 55 % la deuxième année, 35 % la troisième année, 25 % la quatrième année et 15 % la cinquième année.

Le II de l'article L. 131-6-4 fixe un principe de non cumul de l'exonération de début d'activité avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicables à ces cotisations. Il prévoit toutefois une exception avec l'exonération des jeunes agriculteurs.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur, il est d'abord fait application de l'exonération de début d'activité et ensuite de l'exonération jeunes agriculteurs pour les années restant à courir.

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

¹ Âgés entre 18 et 40 ans.

² Défini à l'article D. 731-56 : *plafond = taux de cotisation X 40 % du PASS X taux d'exonération retenu pour l'année.*

*Article 9 bis (nouveau)**(art. L. 758-1 du code de la sécurité sociale)***Alignement progressif de la fiscalité applicable aux alcools produits et consommés dans les outre-mer sur celle applicable dans l'hexagone**

Objet: Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à aligner progressivement la fiscalité applicable aux alcools forts produits et consommés dans les départements d'outre-mer et dans les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur celle en vigueur dans l'hexagone et de mettre un terme à cet écart de fiscalité à compter du 1^{er} janvier 2023.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement de la commission des affaires sociales à l'initiative de notre collègue députée Audrey Dufeu-Schubert et des membres du groupe La République en marche, procède à un **alignement progressif** de la fiscalité applicable aux **alcools forts**, soit les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru, produits et consommés dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur celle en vigueur dans l'hexagone.

En application de l'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale, le montant de la **cotisation de sécurité sociale** sur les alcools forts produits et consommés dans ces territoires s'élève à **0,04 euro par décilitre**, soit 40 euros par hectolitre, **montant inchangé depuis 1983**. Ce montant est près de 14 fois inférieur à celui applicable dans l'hexagone, qui s'établit à 557,90 euros par hectolitre d'alcool pur¹.

Du reste, comme le soulignait notre collègue Chantal Deseyne dans son rapport pour avis² au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi « EROM »³, ce montant reste exprimé, pour les outre-mer et contrairement à l'hexagone, **en volume et non en fonction du titre alcoométrique**, ce qui revient à taxer moins fortement les alcools forts dans ces territoires.

¹ Art. L. 24-9 du code de la sécurité sociale.

² Avis n° 280 (2016-2017) de Mme Chantal Deseyne, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 janvier 2017.

³ Loi de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique.

Les auteurs de l'amendement ont souligné la prégnance plus importante de la consommation d'alcools forts dans ces collectivités ultramarines par rapport à l'hexagone. Dans son rapport d'évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool de juin 2016, la Cour des comptes estime qu'un régime fiscal particulièrement favorable au vin et à certains alcools, comme les rhums d'outre-mer, risque « *d'accroître les phénomènes d'alcool-dépendance des consommateurs les moins favorisés qui privilégient les boissons à bas prix.* »¹

Or de ce phénomène d'alcool-dépendance résultent des problèmes de santé publique particulièrement persistants dans ces territoires ultramarins : syndrome d'alcoolisation fœtale², accidents de la route, violences conjugales, cancers...

Dans le souci de ménager un temps d'adaptation suffisant au secteur de la production d'alcools forts dans ces collectivités et notamment à la filière sucrière, l'article 9 *bis* prévoit une **augmentation graduelle** de la cotisation de sécurité sociale sur ces produits sur une période de **quatre ans** : + 120 % en 2019, + 54,5 % en 2020, + 35,3 % en 2021 et + 26,1 % en 2022. Il est envisagé que l'écart de fiscalité entre ces territoires et l'hexagone disparaisse à compter du **1^{er} janvier 2023**.

Lors de l'examen en séance de cet amendement, le Gouvernement s'était prononcé en faveur d'un autre amendement du groupe La République en marche poursuivant la même logique mais proposant un échelonnement de l'augmentation du montant de la cotisation sur cinq ans qui ne débiterait qu'à partir du 1^{er} janvier 2020.

Cet amendement n'envisageait une abrogation du régime fiscal préférentiel dans les outre-mer qu'à compter du 1^{er} janvier 2025. La ministre des solidarités et de la santé avait ainsi déclaré à l'Assemblée nationale en séance publique : « *j'entends aussi les députés ultramarins qui expliquent qu'il existe une monoculture dans certains territoires, et qu'on ne peut pas changer toute une économie locale en une ou deux années. Notre seule question est donc, je le répète, celle du temps que nous laissons à l'agriculture locale pour modifier ses pratiques, afin de ne pas créer du chômage supplémentaire.* »

¹ Cour des comptes, Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, rapport public thématique de juin 2016.

² Selon les données de Santé publique France, La Réunion présente un taux record cinq fois plus élevé que la moyenne nationale et la Guadeloupe a vu son taux augmenter très fortement entre 2006 et 2013.

II - La position de la commission

À l'initiative de notre collègue Chantal Deseyne, votre commission avait adopté, dans le cadre de son avis sur le projet de loi « EROM », un amendement visant à instaurer une **convergence progressive, sur dix ans**, du taux de la cotisation de sécurité sociale sur les boissons alcooliques entre les outre-mer et l'hexagone. Le Sénat avait finalement supprimé, au cours de sa séance du 18 janvier 2017, cette disposition insérée dans le texte adopté par la commission des lois. La période de transition envisagée par l'article 9 *bis* n'est, elle, que de quatre ans.

Si elle partage le souci d'agir sur la fiscalité pour prévenir les consommations nocives d'alcool chez les jeunes et les populations plus vulnérables dans ces territoires ultramarins, elle attire l'attention du Gouvernement sur la nécessité de ménager aux entreprises du secteur le temps d'adapter leur appareil productif à l'évolution de cette fiscalité, en misant notamment sur l'export.

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

CHAPITRE II

Des règles de cotisation plus claires et plus justes

Article 10

(art. L. 380-2 du code de la sécurité sociale)

Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

Objet : Cet article modifie le calcul de l'assiette et le taux de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

L'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a instauré la protection universelle maladie (PUMa) permettant à toute personne travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France d'être assurée au titre de l'assurance maladie. La PUMa s'est substituée à la couverture maladie universelle de base (CMU-b) et a supprimé la notion d'ayant-droit majeur, consacrant ainsi un droit individuel universel à la prise en charge des frais de santé.

Afin d'assurer une juste contribution des assurés, la CMU-b prévoyait une cotisation destinée à faire contribuer à l'assurance maladie les assurés disposant de revenus non-professionnels (essentiellement des revenus du capital)¹ substantiels mais de peu voire pas de revenus d'activité.

La cotisation CMU-b frappait ainsi les assurés :

- ne percevant pas de revenus de remplacement et dont les revenus d'activité de leur foyer fiscal étaient inférieurs à un certain seuil fixé par décret (10 % du plafond annuel de sécurité sociale²),

- mais qui bénéficiaient d'autres sources suffisantes de revenus non professionnels (au moins 25 % du PASS³).

Le principe d'une **cotisation subsidiaire d'assurance maladie** a été maintenu avec la mise en place de la PUMa, dont les modalités sont fixées à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale. Les principales règles concernant les conditions d'assujettissement, le calcul de l'assiette et la fixation du taux reprennent celles qui encadraient la cotisation CMU-b et sont résumées dans le tableau ci-après (colonne « droit en vigueur »).

Évolutions des règles d'assujettissement et de calcul de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie proposées par l'article 10 du PLFSS pour 2019

	Droit en vigueur Art. L. 380-2	Modifications proposées Art. 10 PLFSS pour 2019
Conditions d'assujettissement	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Pas de <i>revenus de remplacement</i> (retraite, rente, allocation chômage) ➢ <i>Revenus d'activité du foyer fiscal</i> < 10 % du PASS 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Pas de <i>revenus de remplacement</i> (retraite, rente, allocation chômage) ➢ <i>Revenus d'activité du foyer fiscal</i> < 20 % du PASS
Assiette	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si <i>revenus d'activité du foyer fiscal</i> < 5 % du PASS : rabilité des <i>revenus non-professionnels</i> ➢ Si <i>revenus d'activité du foyer fiscal</i> compris entre 5 et 10 % du PASS : Abattement proportionnel de l'assiette constituée des <i>revenus non-professionnels</i> pour atteindre 100 % lorsque les revenus d'activité atteignent 10 % du PASS ➢ Si <i>revenus non-professionnels du foyer fiscal</i> < 25 % du PASS : Abattement intégral de l'assiette 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ <i>Revenus non-professionnels du foyer fiscal</i> dans la limite de 8 PASS. ➢ Si <i>revenus non-professionnels du foyer fiscal</i> < 50 % du PASS : Abattement intégral de l'assiette
Taux	8 %	Taux dégressif de 6,5 % à 0 % en fonction du niveau de <i>revenus d'activité du foyer fiscal</i> compris entre 0 et 20 % du PASS Ex : 0 € de <i>revenus d'act</i> = 6,5% 20 % PASS <i>rev. act</i> = 0 %

Aide à la lecture: en 2018, le PASS est fixé à 39 732 euros : 5 % d'un PASS = 1 987 euros ; 10 % d'un PASS = 3 973 euros ; 20 % d'un PASS = 7 946 euros ; 25 % d'un PASS = 9 935 euros ; 50 % d'un PASS = 19 866 euros ; 8 PASS = 317 856 euros

Source : Commission des affaires sociales

¹ Sont considérés comme des revenus non professionnels, les revenus du capital (revenus fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature) mais également les bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et les bénéfices non commerciaux non professionnels.

² Soit en 2018, 3 973 euros.

³ Soit en 2018, 9 935 euros.

On remarquera que si le droit universel à une couverture des frais de santé est bien individualisé depuis la PUMa, la faculté contributive des individus demeure évaluée au regard des revenus du foyer fiscal. Ainsi, le bénéficiaire de revenus d'activité d'un conjoint marié ou pacsé supérieurs au seuil exclut l'assuré de l'assujettissement à ladite cotisation.

Dans son étude d'impact, le Gouvernement présente trois inconvénients « importants » de la cotisation subsidiaire justifiant d'en modifier certains paramètres :

- la cotisation frappe « un petit nombre de personnes exerçant une activité professionnelle régulière et substantielle mais dont les revenus sont faibles ou nuls, [et] qui étaient auparavant non assujetties à la cotisation CMU-b (...). Il s'agit en particulier des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles »¹. En effet, la cotisation CMU-b n'était plus due dès le 1^{er} euro d'activité. En prenant en compte les revenus d'activité jusqu' à 10 % du PASS, la cotisation subsidiaire lisse cet effet de seuil mais a pu s'appliquer à de nouveaux assurés. ;

- la cotisation comporte des effets de seuils importants qui mettent à mal le principe de juste contribution. C'est par exemple le cas des « personnes qui perçoivent un montant élevé de revenus du capital mais dont les revenus d'activité dépassent de peu le plafond d'assujettissement à la cotisation »² alors même que le taux de la cotisation subsidiaire (8 %) est supérieur à celui de la cotisation maladie des travailleurs indépendants (6,50 % maximum)³ ;

- enfin, le mécanisme de lissage de la cotisation, par l'application d'un abattement proportionnel de l'assiette de la cotisation, « ne permet pas de pallier les effets de seuils résultant de l'application de la cotisation, notamment pour les personnes percevant des revenus du capital importants et des revenus d'activité relativement faibles »⁴.

Ces limites apparues depuis l'entrée en vigueur de la cotisation subsidiaire il y a deux ans **ne remettent pas en cause à ce stade sa constitutionnalité.**

Dans une décision récente⁵, le Conseil constitutionnel a en effet jugé que la cotisation subsidiaire ne méconnaît pas le principe d'égalité devant les charges publiques.

¹ Étude d'impact p. 73.

² Idem. L'assuré est exonéré de la cotisation, quel que soit le montant de ses revenus non professionnels au-dessus d'environ 10 000 euros (25 % du PASS), à partir d'un niveau de revenus d'activité supérieur à environ 4 000 euros annuels (10 % d'un PASS).

³ Le taux d'assurance maladie est de 6,50 % au-delà de 5 PASS pour les travailleurs indépendants.

⁴ Le mécanisme de lissage (abattement progressif de l'assiette de la cotisation) se déclenche à partir de 2 000 euros de revenus annuels (5 % du PASS).

⁵ Décision du Conseil constitutionnel n° 2018-735 QPC du 27 septembre 2018. L'étude d'impact, rédigée avant la décision du conseil, ne la mentionne à aucun moment mais semble pourtant y apporter une réponse...

Si deux assurés sociaux disposant de revenus d'activité d'un montant proche subissent une différence de traitement selon qu'ils se situent au-dessus ou au-dessous du seuil d'assujettissement, cette différence est inhérente à l'existence d'un seuil, dont l'effet fait par ailleurs l'objet d'un abattement croissant.

Le Conseil émet toutefois une réserve d'interprétation sur l'absence de plafonnement de la cotisation subsidiaire. Si cette absence n'est pas en elle-même constitutive d'une rupture de l'égalité devant les charges publiques, **il revient au pouvoir réglementaire de fixer les modalités de détermination de l'assiette et le taux de façon à ce que la cotisation n'entraîne pas une telle rupture.**

Le présent article vise donc d'une part, à infléchir les effets de seuils mis en avant dans l'étude d'impact et d'autre part, à plafonner l'assiette de la cotisation de façon à éviter le caractère confiscatoire.

Il modifie les modalités d'application de la cotisation subsidiaire par la combinaison de dispositions législatives et réglementaires, précisées dans l'étude d'impact, selon les conditions résumées dans le tableau ci-dessus (colonne « *Modifications proposées par le PLFSS pour 2019* »).

Outre deux modifications rédactionnelles (**I-1° et 4°**), il confirme tout d'abord le principe législatif d'un abattement de l'assiette de la cotisation et d'une limitation, avant abattement, du montant de la dite assiette par décret (**I-2°**).

L'assiette sera abattue intégralement lorsque les revenus non-professionnels seront inférieurs à 50 % du PASS (et non plus 25 %), ce qui permettra de ne plus assujettir que les assurés dont les revenus non professionnels sont au moins de 20 000 euros annuels environ et non plus 10 000 euros.

En réponse à la réserve du Conseil constitutionnel, le décret fixera le plafonnement de l'assiette de la cotisation à 8 PASS (soit 318 000 euros annuels de revenus non professionnels).

Le **3°** prévoit que le montant de la cotisation sera égal au produit de l'assiette et d'un taux dont la valeur, fixée par décret à 6,5 %, décroît linéairement à proportion des revenus d'activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent le seuil d'assujettissement.

Le même décret modifiera également ce seuil pour le faire passer de 10 % à 20 % du PASS. Seront désormais assujettis les assurés dont les revenus d'activité sont inférieurs à 8 000 euros annuels contre 4 000 euros actuellement.

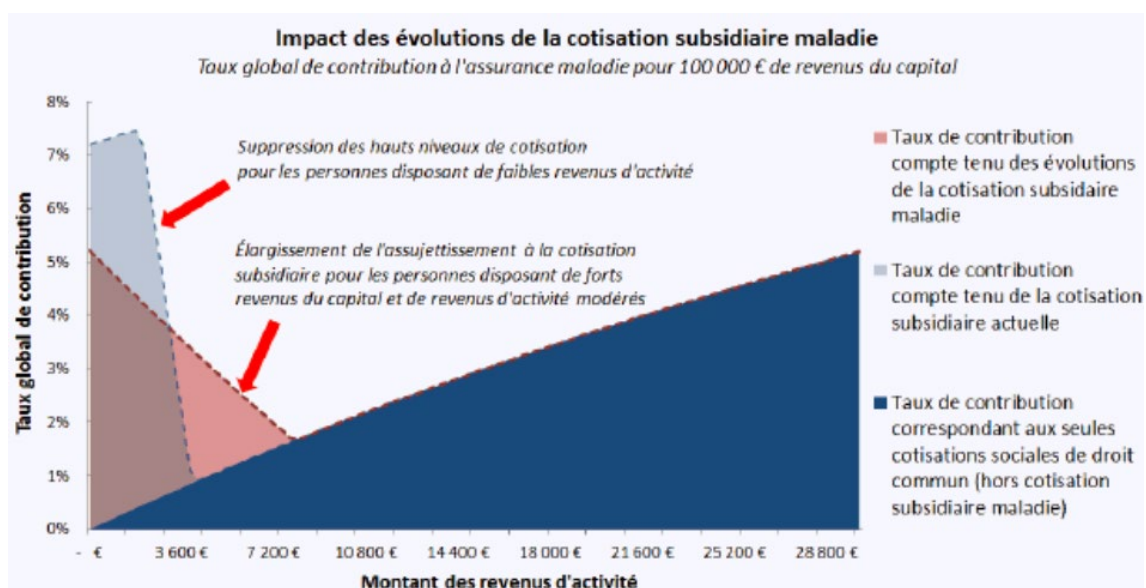
L'étude d'impact précise également que les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles actifs « bénéficieront d'une exonération de [la cotisation] dès lors qu'ils sont assujettis par ailleurs à des cotisations de sécurité sociale au moins égales aux cotisations minimales du fait de leur activité professionnelle ».

Elle mentionne enfin la possibilité qu'un décret introduise une facilité de paiement afin que les assurés puissent s'acquitter de la cotisation sur une base trimestrielle ou mensuelle.

Le II prévoit une entrée en vigueur de ce dispositif le 1^{er} janvier 2019.

L'effet combiné de la modification du taux et du seuil d'assujettissement doit permettre, en théorie, de rendre la cotisation plus progressive comme en atteste le graphique présenté dans l'étude d'impact :

Évolution du taux global de contribution de la cotisation subsidiaire en fonction des revenus d'activité



Source : Fiche d'évaluation préalable de l'article 10, p. 75

L'aménagement des modalités d'application de la cotisation devrait permettre de faire passer le nombre de cotisants de 60 000 à 40 000 et entraînerait une perte de recettes pour l'assurance maladie de 40 millions d'euros sur un produit actuel de 130 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale, à l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales, notre collègue Olivier Véran, a adopté deux amendements à cet article.

Le premier exonère de la cotisation d'assurance maladie les titulaires d'une pension d'invalidité, au même titre que tous les bénéficiaires d'un revenu de remplacement (retraite, rente ou allocations chômage). D'après notre collègue Olivier Véran, le législateur avait oublié d'inclure les pensions d'invalidité alors même que dans la pratique les Urssaf n'assujettissent pas leurs bénéficiaires à la cotisation subsidiaire.

Le second adapte les conditions d'assujettissement à la cotisation subsidiaire pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles. Lors des mauvaises années, ces derniers peuvent être assujettis à la cotisation subsidiaire alors même qu'ils s'acquittent de cotisations en application des règles d'assiettes minimales.

Cet amendement prévoit, pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, que les revenus d'activité pris en compte pour la détermination du taux de cotisation, désormais dégressif, ne peuvent être inférieurs à la plus faible des assiettes minimales retenues pour le calcul des cotisations sociales de ces personnes.

Actuellement, la plus faible de ces assiettes pour les travailleurs indépendants est celle applicable pour le calcul des cotisations d'assurance vieillesse de base et d'assurance invalidité-décès et correspond à 11,5 % du PASS soit 4 569 euros par an.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Si cet article entend corriger certains inconvénients de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie deux ans après sa mise en œuvre, l'étude d'impact du projet de loi censée expliquer les raisons et la portée des modifications proposées n'apporte pas, à l'évidence, suffisamment d'éléments pour le justifier.

Elle n'évoque pas en premier lieu les différences entre la cotisation CMU-b et la cotisation subsidiaire qui expliquent que certains contribuables, en particulier les travailleurs indépendants, étaient exonérés de la première mais se retrouvent désormais assujettis à la seconde.

De plus, ainsi que cela a été souligné lors des débats à l'Assemblée nationale, l'étude d'impact ne cite à aucun moment les contentieux en cours sur la cotisation subsidiaire qui semblent avoir justifié la mesure. Il apparaît pourtant que le plafonnement de son assiette à 8 PASS répond directement à la réserve formulée par le juge constitutionnel.

D'après les informations fournies à votre rapporteur, cet article trouve son origine dans les situations d'iniquité, apparues lors de la première campagne de recouvrement, concernant en particulier des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles assujettis à cette cotisation en dépit de déficits professionnels.

Enfin, elle ne fournit aucune donnée sur **la réalité de l'incidence de cette cotisation**. La ventilation des contribuables par revenu du capital et par revenu fiscal de référence finalement obtenue par votre rapporteur est toutefois éclairante sur le caractère problématique de cette cotisation.

Sur les 60 000 personnes assujetties à la cotisation subsidiaire :

- 12 000 (1/5^e) ont un revenu fiscal de référence inférieur à 12 912 euros. On rappellera qu'une personne célibataire au Smic dispose d'un revenu fiscal de référence de 14 861 euros environ et qu'elle ne paye désormais plus aucune cotisation d'assurance maladie, ni salariale ni patronale, tout en étant couverte par l'assurance maladie ;

- 30 000 (la moitié) ont des revenus du capital compris entre 9 935 euros et 19 000 euros (soit environ 1 PASS) et représentent une recette globale de 8,6 millions d'euros. Ils seront désormais exonérés de cette cotisation ;

- 6 000 contribuables (le dernier décile) ont des revenus du capital supérieurs à 61 000 euros par an et contribuent à hauteur de 88,3 millions d'euros soit 64,1 % des recettes de la cotisation subsidiaire (137,7 millions d'euros pour les revenus de 2016). Leur contribution moyenne est de 14 746 euros par an.

Malgré l'aménagement proposé par le Gouvernement, deux problèmes constitutifs d'une rupture caractérisée d'égalité devant les charges publiques demeurent.

Le premier a été souligné par notre collègue Olivier Véran dans son rapport sur ce projet de loi : *« demain encore (...), l'application de la cotisation conduira à placer deux résidents dans une situation significativement distincte selon qu'ils franchissent ou non le seuil d'assujettissement. Le nouveaux taux dégressif pourrait lui-même conduire à une imposition des revenus du capital fortement différenciée, sans que le fait générateur -le revenu d'activité- n'y soit nécessairement corrélé ».*

Il présente à l'appui de ce constat un tableau présentant l'écart entre trois profils-types de contribuables dont le niveau de revenus d'activité commande un taux de cotisation de la cotisation subsidiaire qui ne met en œuvre aucune progressivité dans l'effort contributif :

COMPARAISON DU NOUVEAU TAUX DE COTISATION SUBSIDIAIRE APPLICABLE

	Profil A	Profil B	Profil C
Revenus d'activité	3 900 €	390 €	8 100 €
Revenus non professionnels	100 000 €	100 000 €	500 000 €
Taux cotisation	2,7 %	5,0 %	Non redevable

Source : Commission des affaires sociales.

Source : Rapport de l'Assemblée nationale sur le PLFSS pour 2019

Le second réside dans la différence de situation entre deux assurés disposant des mêmes revenus d'activité et du capital mais dont la situation familiale diffère, alors que la Puma a supprimé la notion d'ayant-droit. Un célibataire sera assujéti à la cotisation subsidiaire, tandis qu'une personne mariée ou pacsée avec un conjoint ayant des revenus d'activité supérieurs au seuil d'assujéttissement en sera exonérée.

Votre rapporteur s'interroge également sur la date d'entrée en vigueur de cet article au 1^{er} janvier 2019 qui ne permettra pas de répondre aux contentieux en cours sur les cotisations subsidiaires prélevées en 2017 et 2018.

Le Conseil constitutionnel ayant enjoint le pouvoir réglementaire à déterminer un mécanisme de plafonnement de cette cotisation, ce que le présent article prévoit de faire, il semblerait logique qu'il puisse bénéficier d'ores et déjà aux assujéttis afin de respecter la réserve d'interprétation formulée par le juge constitutionnel

Enfin, la légitimité même de cette cotisation semble pouvoir être remise en question. S'il apparaît logique que l'ensemble des assurés ayant des capacités contributives, et ce quelle qu'en soit la nature, doivent cotiser à l'assurance maladie universelle, il semble que le contexte d'assujéttissement des revenus sur le capital ait changé depuis l'instauration de la cotisation CMU-b en 1999.

Les revenus du capital font aujourd'hui l'objet de prélèvements sociaux beaucoup plus importants qu'il y a 20 ans.

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital en 2018

Les revenus du capital sont constitués par les revenus du patrimoine et les revenus de placement.

Ils sont frappés par :

- la CSG au taux de 9,9 % ;
- la CRDS au taux de 0,5 % ;
- le prélèvement social au taux de 4,5 %.
- le prélèvement de solidarité au taux de 2 % ;
- la contribution de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 %.

La somme des taux de prélèvement sociaux sur les revenus du capital s'élève donc à 17,2 %. Ces prélèvements n'étant pas déductibles de l'impôt sur le revenu, ces revenus sont soumis à un taux marginal d'imposition de 66,2 %.

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital rapportent **20,9 milliards d'euros** à la sécurité sociale en 2018.

En 1999, le taux de CSG sur les revenus du capital était équivalent à celui de la CSG sur les revenus d'activité et fixé à 7,5 %. Le prélèvement social ne s'élevait qu'à un taux de 2 % et le prélèvement de solidarité (créé pour le financement du RSA en 2009) n'existait pas. Le taux des prélèvements sociaux était donc globalement de 10 % contre 10 % contre 17,2 % en 2018.

Au regard des évolutions frappant la cotisation d'assurance maladie (suppression de la cotisation salariale et réduction à un taux de 7 % de la cotisation patronale pour les salaires supérieurs au Smic), il semble légitime de s'interroger sur la pertinence de maintenir une cotisation subsidiaire d'assurance maladie aussi fragile d'un point de vue constitutionnel.

Il est évident que le produit résiduel de cette cotisation (90 millions d'euros) constitue une ressource supplémentaire pour l'assurance maladie.

Votre rapporteur salue la volonté du Gouvernement de corriger autant que faire se peut les effets de seuils de cette cotisation, d'instaurer un mécanisme de taux permettant de la rendre plus progressive et d'en plafonner l'assiette pour pallier son caractère confiscatoire.

Il n'en demeure pas moins qu'un risque juridique pèse, malgré la décision du Conseil constitutionnel, sur ce dispositif devenu contestable. Les requérants engagés dans les contentieux en cours comme ceux à venir ne manqueront pas de le soulever.

Considérant tant l'évolution des prélèvements sociaux sur les revenus du capital que le retour programmé à meilleure fortune de la sécurité sociale, **il pourrait ainsi être envisagé à l'avenir de supprimer cette cotisation subsidiaire.**

La situation financière de la sécurité sociale demeurant cette année encore fragile, votre rapporteur n'a pas proposé cette suppression.

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

Article 10 bis (nouveau)

Rapport au Parlement sur les régimes sociaux applicables aux activités saisonnières de courte durée des travailleurs indépendants

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} juin 2019, un rapport sur les régimes sociaux applicables aux activités saisonnières de courte durée des travailleurs indépendants.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, propose que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} juin 2019, sur « *les effets des différentes dispositions du droit en vigueur qui prévoient des montants minimaux de cotisations sociales pour les travailleurs indépendants applicables à une activité saisonnière de courte durée qu'ils exercent ou le paiement de cotisations par des personnes ayant déjà liquidé leur pension de retraite* ».

Il est précisé que ce rapport évaluerait notamment l'intérêt de recourir au régime de la micro-entreprise pour ces travailleurs indépendants. Il présenterait également les différentes évolutions légales ou réglementaires de nature à simplifier ou clarifier leurs obligations et leurs démarches, tout en respectant leurs droits à la retraite ainsi que l'équité entre assurés.

II - La position de la commission

Le présent article a été inséré en réponse aux interrogations soulevées par de nombreux collègues députés à propos des difficultés que pose l'existence d'un montant minimal de cotisations sociales auprès de la CIPAV pour des professionnels indépendants exerçant une activité saisonnière, comme par exemple les professeurs de ski. Dans certains cas, ce minimum peut représenter une part disproportionnée d'un revenu tiré d'une activité de courte durée.

Votre commission ne nie pas la nécessité de faire un point précis de cette question avant d'envisager des évolutions législatives. Néanmoins, elle souligne que le Gouvernement n'a nul besoin d'une disposition législative pour remettre un rapport au Parlement – et que l'existence d'une telle disposition ne se traduit pas systématiquement par la remise du rapport demandé.

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

Article 11

(art. L. 136-8 du code de la sécurité sociale)

**Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG
au taux normal sur les revenus de remplacement**

Objet : Le présent article a pour objet d'assouplir les conditions d'éligibilité au taux réduit de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et sur les allocations de chômage.

I - Le dispositif proposé

Aux termes du II de l'article 136-8 du code de la sécurité sociale, le taux normal de CSG applicable aux revenus de remplacement, dont les allocations de chômage, s'élève à 6,2 %, un **taux de 8,3 % s'appliquant aux pensions de retraite et d'invalidité**. Ce dernier taux résulte de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui l'a majoré de 1,7 point.

Toutefois, en vertu du III du même article L. 136-8, les titulaires de pensions de retraite et d'invalidité ainsi que les allocations de chômage peuvent se voir appliquer un **taux de CSG réduit, de 3,8 % si leurs revenus de l'avant-dernière année**, tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts¹ **sont compris entre 11 019 euros² et 14 403 euros pour une personne seule³**.

Le seuil est majoré à hauteur de 2 942 euros par demi-part supplémentaire, ce qui porte à 16 902 euros pour un couple l'entrée au taux de 8,3 %⁴. Des seuils plus élevés s'appliquent outre-mer, avec un avantage encore renforcé en Guyane.

En outre, d'autres cotisations et contributions sociales s'ajoutent en fonction du franchissement de ces différents seuils.

¹ Il s'agit donc du revenu fiscal de référence.

² En dessous de ce seuil, les pensions de retraite ou d'invalidité et les allocations de chômage ne sont soumises à aucune cotisation et contribution sociale.

³ Il s'agit des montants applicables en 2018. Ils sont revalorisés chaque année conformément à l'inflation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année.

⁴ Ou de 6,2 % pour les allocations de chômage.

Le tableau suivant indique les cotisations et contributions sociales qui s'appliquent à ces revenus, en métropole en 2018 et pour une personne seule.

Revenu fiscal de référence de l'année 2016	Cotisations et contributions sociales applicables aux pensions de retraite et d'invalidité et aux allocations de chômage
Inférieur ou égal à 11 018 € (ou titulaires d'un avantage non contributif de vieillesse)	Néant
Compris entre 11 019 et 14 403 €	CSG au taux de 3,8 % CRDS au taux de 0,5 %
Supérieur ou égal à 14 404 €	CSG au taux de 8,3 % (pensions) ou 6,2 % (allocations de chômage) CRDS au taux de 0,5 % CASA au taux de 0,3 % Cotisation maladie au taux de 1 % (avantages de retraite complémentaire et supplémentaire)

Source : Étude d'impact

L'effet de seuil, qui a toujours été très fort entre ces différents paliers, puisque les cotisations s'appliquent, une fois le seuil franchi, à l'ensemble de la pension ou de l'allocation, **a donc été encore renforcé par l'augmentation de 1,7 point du taux normal de la CSG frappant les pensions de retraite ou d'invalidité.**

Ainsi, un retraité qui ne disposerait que de sa pension perdrait brutalement, en franchissant le seuil de 14 404 € de revenu fiscal de référence, 4,8 % de pouvoir d'achat¹, et même davantage s'il percevait une retraite complémentaire ou supplémentaire qui subirait la cotisation maladie de 1 %.

Or les titulaires de pension dont le revenu se trouve proche de ce seuil peuvent le franchir régulièrement dans un sens ou dans l'autre. En effet, la perception d'un **revenu ponctuel** peut alors se traduire par le basculement dans le taux de droit commun. De plus, **les modalités de calcul de la CSG elle-même peuvent provoquer cet effet de yoyo**, en raison du mécanisme de déductibilité d'une partie de cette imposition. La réduction du revenu fiscal de référence liée à l'application du taux normal de CSG (déductible à hauteur de 2,1 points) peut suffire à faire passer en-dessous du seuil un pensionné qui, par la suite, revenu au taux réduit et ne bénéficiant plus du même niveau de déductibilité pourra, toutes choses égales par ailleurs, repasser ainsi au taux normal.

¹ Du fait de la soumission à une CSG majorée de 4,5 points ainsi qu'à la CASA au taux de 0,3 %.

De telles situations engendrent à la fois des conséquences réelles sur le pouvoir d'achat des intéressés ainsi que, souvent, une grande incompréhension.

Afin de répondre à la situation particulière de ces pensionnés proches du seuil, **le présent article propose d'assouplir les conditions d'éligibilité au taux de CSG réduit de 3,8 %.**

À cette fin, le I du présent article propose de modifier le III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale pour que soient assujetties au taux de CSG de 3,8 % les pensions de retraite ou d'invalidité ou les allocations de chômage des personnes dont le revenu fiscal de référence :

- d'une part, était, l'avant-dernière année, supérieur au seuil d'assujettissement à la CSG au taux de 3,8 % (donc était, en 2016, supérieur à 11 018 euros pour une personne seule en métropole pour un assujettissement en 2018) ;

- d'autre part, était **l'antépénultième et l'avant-dernière année**, inférieur au seuil d'assujettissement au taux de 8,3 % (ou de 6,2 %).

Désormais, **il faudrait donc disposer deux années de suite de revenus au-dessus du seuil à partir duquel s'applique le taux « normal »** de 8,3 % pour les pensions (et de 6,2 % pour les allocations de chômage) **afin d'avoir à acquitter effectivement la CSG à ce taux.**

Selon l'étude d'impact, **une telle mesure bénéficierait à plus de 350 000 foyers**, parmi lesquels 130 000 étaient jusqu'alors totalement exonérés de contributions sociales. Le gain moyen par foyer est estimé à 928 euros, plus de 40 % des foyers enregistrant un gain supérieur à 1 000 euros. En outre, par définition, aucun contribuable qui bénéficiait en 2018 d'un taux de CSG nul ou égal à 3,8 % ne basculerait, en 2019, dans un assujettissement au taux de 8,3 % -puisque aucun ne remplirait le critère d'avoir dépassé en 2016 et en 2017 le seuil d'assujettissement au taux « normal ».

Le coût de ce dispositif pour les administrations de sécurité sociale est évalué à **350 millions d'euros**. Cette modalité de calcul de la CSG **ne ferait pas l'objet d'une compensation** par l'Etat.

Le II du présent article propose que ces dispositions s'appliquent aux contributions dues pour les périodes courant à partir du 1^{er} janvier 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative du rapporteur général Olivier Véran, l'Assemblée nationale a adopté un amendement étendant la condition de dépassement du seuil d'assujettissement à la CSG au taux de 8,3 % deux années consécutives à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) au taux de 0,3 %, affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le coût de ces dispositions, non compensé, est évalué à 20 millions d'euros.

III - La position de la commission

Le dispositif proposé va dans le bon sens, même s'il ne constitue qu'une correction mineure de l'augmentation importante de CSG qu'ont subie les retraités en 2018, du fait du passage du taux normal qui leur est applicable de 6,6 % à 7,3 %, et qu'a détaillé le rapport de votre commission sur le PLFSS 2018¹.

L'harmonisation introduite par l'Assemblée nationale est de pure cohérence et doit donc être maintenue.

Dans le même esprit, votre commission considère qu'il serait **paradoxal de ne pas appliquer ce même critère de dépassement de seuil de revenu fiscal de référence deux années consécutives aux retraités passant du taux de 0 % au taux de 3,8 %**.

En effet, ces ménages, qui sont par définition plus modestes que les personnes assujetties au taux de 8,3 %, subissent elles aussi un saut très important en cas de franchissement du seuil : 3,8 % de CSG et 0,5 % de CRDS, soit 4,3 % en tout. Et ces ménages sont également concernés par le phénomène, décrit *supra*, d'aller-retour entre le taux nul et les taux intermédiaires.

C'est pourquoi votre commission propose **un amendement (amendement n° 57) visant à étendre l'assouplissement des conditions d'éligibilité au taux réduit de CSG proposé par le présent article aux ménages qui franchiraient le seuil séparant le taux nul de CSG et le taux réduit de 3,8 %**. Votre rapporteur général n'a pas pu obtenir d'estimation du coût de ce dispositif auprès du Gouvernement, ce qu'il ne peut que regretter.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 11 bis (nouveau)

(art. 231 du code général des impôts)

Exonération de taxe sur les salaires de l'établissement français du sang

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à exonérer l'établissement français du sang du versement de la taxe sur les salaires.

I - Le dispositif proposé

• Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales, avec l'avis favorable du Gouvernement, modifie l'article 231 du code général des impôts afin d'inscrire l'établissement français du sang (EFS) dans la liste des collectivités et organismes exonérés du versement de la taxe sur les salaires.

¹ Rapport n° 77 (2017-2018), Tome II, commentaire de l'article 7.

À l'heure actuelle, sont redevables de la taxe sur les salaires les employeurs qui ne sont **pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)** ou qui ne l'ont pas été **sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires** au titre de l'année civile précédant celle du paiement des sommes imposables. Sont néanmoins exonérés du versement de la taxe sur les salaires :

- les collectivités locales, leurs régies personnalisées et leurs groupements ;
- les établissements publics de coopération culturelle ;
- les services départementaux de lutte contre l'incendie ;
- les centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités locales ;
- le centre de formation des personnels communaux ;
- les caisses des écoles et les établissements d'enseignement supérieur préparant à un diplôme sanctionnant cinq années d'études.

• Établissement public de l'État, l'EFS est chargé, en application de l'article L. 1222-1 du code de la santé publique, d'assurer le **service public transfusionnel** et ses activités annexes. L'EFS approvisionne ainsi les établissements de santé en **produits sanguins labiles**. Son deuxième principal client est le laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB), entreprise publique qui fabrique des médicaments biologiques dérivés du sang. En outre, il consacre 1,6 % de son chiffre d'affaires au financement d'activités de recherche en partenariat avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le centre national de la recherche scientifique (CNRS) et les universités.

En 2017, l'EFS a enregistré un chiffre d'affaires de **863 millions d'euros**, dont près de 70 % est constitué par les **cessions de produits sanguins labiles thérapeutiques homologues**¹, et un résultat net de 8,22 millions d'euros². Au 31 décembre 2017, l'établissement employait 9 726 personnes dont 86 % étaient des salariés de droit privé. Soumis à l'impôt sur les sociétés (IS), l'EFS bénéficie du crédit d'impôt recherche (CIR)³ et du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE)⁴, mesures qui l'ont conduit à ne pas acquitter d'IS en 2017 en raison d'un résultat fiscal négatif.

¹ Le tarif de cession des produits sanguins labiles est fixé par un arrêté du 9 mars 2010.

² Rapport d'activité de l'établissement français du sang pour 2017.

³ 4,1 millions d'euros en 2017.

⁴ 12,3 millions d'euros en 2016.

• Soucieux de soutenir l'EFS dans l'exercice de ses missions, les auteurs de l'amendement proposent de lui accorder une exonération de la taxe sur les salaires. Ils mettent notamment en avant un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) du 15 octobre 2016¹ qui précise le champ des activités d'intérêt général ouvrant droit à exonération de TVA pour les établissements de transfusion sanguine.

L'administration fiscale² précise que l'assiette de la taxe sur les salaires due par les assujettis partiels à la TVA est constituée par une partie des rémunérations versées, déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant l'année précédant entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la TVA et le chiffre d'affaires total. L'extension des activités de l'EFS exonérées de TVA, consécutivement à l'arrêt de la CJUE précité, conduirait donc mécaniquement à augmenter l'assiette de sa taxe sur les salaires.

II - La position de la commission

Dans sa réponse en date du 25 octobre 2018 à un référé de la Cour des comptes sur la taxe sur les salaires, le Premier ministre a écarté la possibilité de mettre un terme à la « **circularité** » de la taxe sur les salaires pour les établissements publics nationaux sans activité lucrative, dont les établissements publics de santé, en leur permettant d'être exonérés du versement de la taxe sur les salaires. Les établissements publics de santé s'acquittent aujourd'hui de la taxe sur les salaires et perçoivent, en retour, une dotation de l'assurance maladie destinée à couvrir le montant correspondant.

Si une mesure d'exonération de la taxe sur les salaires au bénéfice des établissements publics de santé conduirait à une diminution à due concurrence des dotations « circulaires » de l'assurance maladie, elle tendrait à rompre l'égalité devant les charges publiques entre des établissements exerçant des activités similaires mais disposant d'un mode de financement différent, en l'espèce les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif.

Avec le centre de transfusion sanguine des armées, opérateur militaire, l'EFS partage le **monopole du prélèvement, de la préparation, de la qualification biologique et de la distribution aux établissements de santé des produits sanguins labiles**. Le laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies bénéficie, en application de l'article L. 5124-14 du code de la santé publique, de l'**exclusivité** de la fabrication de médicaments à partir du sang et de ses composants collectés par l'EFS.

¹ Affaire C-412/15 – TMD.

² BOI-TPS-TS-20-30-20160406 (6 avril 2016).

Le rapport de notre collègue député Olivier Véran de 2013 sur la filière du sang France soulignait qu'« *aujourd'hui, la filière est en particulier fragilisée par la dégradation récente de la situation financière de ses deux principaux acteurs, l'EFS et le LFB, très interdépendants. Le LFB perd des parts de marché en France face à ses concurrents étrangers et réduit ses commandes de plasma à l'EFS, ce qui le fragilise.* »¹ Ce rapport proposait alors de permettre à l'EFS de vendre du plasma à d'autres laboratoires que le LFB dont la demande n'est appelée à couvrir que les **besoins du marché français**.

L'article L. 1222-3 du code de la santé publique autorise l'EFS à exporter des produits sanguins labiles à la condition que les besoins nationaux soient satisfaits, après information de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Néanmoins, la vente de produits acquis bénévolement à des entreprises à visée lucrative soulève des **interrogations d'ordre éthique**, si bien que l'EFS se cantonne aujourd'hui à l'approvisionnement du marché français.

Compte tenu des fragilités inhérentes au modèle économique du service public de la transfusion sanguine, votre commission approuve cette exonération du versement de la taxe sur les salaires au bénéfice de l'EFS.

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

Article 11 ter (nouveau)

(art. L. 137-6 du code de la sécurité sociale)

Limitation du forfait social dans les petites et moyennes entreprises

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, reprend le I de l'article 57 du projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (PACTE) et vise à limiter le forfait social dans les entreprises de moins de 250 salariés.

I - Le droit en vigueur

A. Le forfait social : une contribution à la charge des employeurs, qui a perdu sa cohérence sous le précédent Gouvernement

1. Instauré en 2009, le forfait social a été une contribution simple et efficace jusqu'en 2012

a) La LFSS pour 2009 : la création du forfait social, une contribution modérée, simple et efficace pour financer la sécurité sociale

Créé par la LFSS pour 2009², le **forfait social** est une **contribution à la charge de l'employeur pesant sur les éléments de rémunération non soumis à cotisations sociales mais inclus dans l'assiette de la cotisation sociale généralisée (CSG)**.

¹ Olivier Véran, La filière du sang en France, rapport au Gouvernement de juillet 2013.

² Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

L'article L. 242-1 du code la sécurité sociale¹ prévoit en effet que les revenus d'activité sont soumis à cotisations sociales à l'exception des dispositifs alternatifs au salaire qui sont de quatre type :

- les *dispositifs de participation financière, appelés également les « dividendes du travail »* c'est-à-dire l'ensemble des sommes versées par l'employeur au salarié au titre de l'intéressement et de la participation ainsi que dans le cadre d'un plan d'épargne collectif ou d'un dispositif d'actionnariat salarié ;

- la *participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire des salariés*, soit dans le cadre de la prévoyance (couverture des risques incapacité-invalidité, décès et maladie au-delà de ce qui est pris en charge par la sécurité sociale) soit dans celui de la retraite supplémentaire ;

- la *participation de l'employeur au financement des accessoires de rémunération* : chèques-vacances, tickets-restaurants... ;

- les *indemnités versées en cas de rupture d'un contrat de travail* lorsqu'elles sont inférieures à deux plafonds annuels de sécurité sociale.

Si ces éléments de rémunérations alternatifs au salaire sont soumis à la CSG, ils ne sont pas assujettis aux cotisations sociales. Ils appartiennent à cette catégorie de « **niches sociales** » que sont les **exemptions d'assiette sociale**² et qui, à la différence des exonérations sociales, ne génèrent aucun droit contributif pour le salarié.

Constatant un recours croissant des employeurs privés à ces éléments de rémunération alternatifs au salaire³, à la suite du développement des instruments d'épargne salariale et du succès des accessoires de rémunération, le Gouvernement « Fillon » a souhaité que le financement de la protection sociale reste en phase avec ces changements de mode de rémunération.

¹ Dont la rédaction a été intégralement revue par l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et des contributions de sécurité sociale.

² Depuis 2006, l'annexe 5 des PLFSS détaille les dispositifs d'exonérations et d'exemptions sociales. Pour une présentation brève de ces dernières, le lecteur se reportera utilement aux pages 33 à 39 de l'annexe 5 du PLFSS pour 2019.

³ Constat étayé par les enquêtes régulières de la direction de l'animation de la recherche et des études scientifiques (Dares) du ministère du travail sur les pratiques de rémunération des entreprises et plus particulièrement sur la participation, l'intéressement et l'épargne salariale. Entre 1999 et 2007, alors que la masse salariale progressait de 40 points de base, les sommes versées au titre de la seule épargne salariale étaient doublées.

En effet, ces exemptions d'assiette représentaient en 2009 un montant de 46,1 milliards d'euros qui auraient représenté, s'il avait été soumis à cotisations sociales, une recette de 9,4 milliards d'euros pour la sécurité sociale¹.

Alors que s'étaient multipliées, depuis le milieu des années 1990, les contributions spécifiques sur certains éléments de rémunération (contribution prévoyance créée en 1996, contribution sur les retraites chapeau en 2004, contribution sur l'attribution de stock-options ou d'action gratuites en 2008), **la LFSS pour 2009 instaure une contribution généralisée, simple et cohérente : le forfait social.**

Les articles L. 137-15 à L. 137-17 du code de la sécurité sociale sont ainsi créés et définissent les règles d'assujettissement au forfait social. Y est donc soumis **l'ensemble des rémunérations composant l'assiette de la CSG mais non assujetties aux cotisations sociales.**

En sont logiquement exclus, les éléments de rémunération faisant déjà l'objet de contributions spécifiques ainsi que les indemnités de rupture du contrat de travail.

En plus de la CSG et de la CRDS, le forfait social permet ainsi de faire principalement participer au financement de la sécurité sociale les trois catégories suivantes de revenu :

- les sommes versées par l'employeur au titre de **l'intéressement**² ;
- les sommes versées au titre de la **participation**³ ;
- les abondements de l'employeur aux **plans d'épargne salariale** organisés dans les entreprises (plan d'épargne entreprise, plan d'épargne retraite collectif, plan d'épargne interentreprises...).

Le **taux initial fixé à 2 %** devait assurer une **relative neutralité** du forfait social et générer un rendement estimé à 400 millions d'euros, affectés à la caisse nationale d'assurance maladie.

¹ Rapport de votre commission sur le PLFSS pour 2009, commentaire de l'article 13. Ces montants sont en 2018 respectivement de 53,1 milliards d'euros et 8 milliards d'euros.

² L'intéressement est un dispositif facultatif qui permet aux entreprises de faire participer leurs salariés aux résultats et aux performances de l'entreprise, dans le cadre d'un accord conclu pour une durée minimale de trois ans. La prime d'intéressement n'est pas garantie et est soumise à l'atteinte d'objectifs collectifs. Si le salarié opte pour la perception immédiate de la prime d'intéressement ou de participation, cette dernière est soumise à l'impôt sur le revenu, s'il opte pour le versement de la prime dans un plan d'épargne salariale, elle est exonérée de l'IR.

³ La participation est un dispositif, obligatoire pour les entreprises de 50 salariés ou plus et facultatif pour les autres, prévoyant la redistribution d'une partie des bénéfices aux salariés qu'ils ont contribué à réaliser. Elle doit être prévue dans le cadre d'un accord qui prévoit sa durée, les règles de calcul, d'affectation et de gestion de la participation.

b) Les LFSS de 2010 à 2012 : la montée en charge du forfait social par l'élargissement de son assiette et l'augmentation de son taux

Le forfait social, qui avec son assiette large et son taux faible répondait initialement aux canons du « bon impôt », a été renforcé successivement par les lois de financement de la sécurité sociale de 2010 à 2012 à travers un double mouvement :

- *d'augmentation de son taux* : 4 % (LFSS pour 2010), 6 % (LFSS pour 2011) et 8 % (LFSS pour 2012) ;

- *d'élargissement de son assiette* : il a été ainsi précisé qu'étaient également soumis au forfait social les sommes versées au titre de l'épargne salariale des salariés-gérants de société, les jetons de présences et les rémunérations exceptionnelles allouées aux membres des conseils d'administration et de surveillance et les contributions des employeurs au financement de retraite supplémentaire.

De plus la LFSS pour 2012 ayant porté le taux du forfait social à 8 %, elle a supprimé la contribution employeur « prévoyance » pour l'intégrer dans le champ du forfait social. Cette contribution était en effet assise, au taux de 8 %, sur la participation de l'employeur aux contrats de prévoyance améliorant la protection sociale complémentaire des salariés.

L'exonération des entreprises de moins de 10 salariés, qui existait pour la prévoyance, a été maintenue et inscrite à l'article L. 137-15.

Au début de l'année 2012, le forfait social devait donc générer 1,5 milliards d'euros de recettes pour la sécurité sociale sans toutefois peser de façon décisive sur les employeurs, qui bénéficiaient encore d'un niveau de prélèvement social pesant sur ces dispositifs alternatifs aux salaires, bien moindre que celui assis sur les salaires.

De plus, malgré un taux raisonnable de forfait social, la progression de l'assiette des exemptions sociales semblait avoir été maîtrisée.

Alors que l'assiette des sommes versées au titre des dividendes du travail avait augmenté en moyenne annuelle de 8,3 % entre 2000 et 2005, elle a fortement ralenti à la suite de la crise financière et de la mise en place du forfait social (*voir tableau ci-après*).

Évolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2015

	Montants des assiettes concernées en M€ au titre de l'exercice											Taux d'évolution annuel
	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Participation	5 002	7 129	7 737	6 568	7 528	7 266	6 797	6 212	6 045	6 490	6 848	2,0%
Intéressement	3 771	5 822	6 509	6 293	7 329	6 748	7 168	7 380	7 567	8 201	8 484	5,2%
Plans d'épargne en entreprise	952	1 328	1 654	1 377	1 365	1 434	1 458	1 460	1 479	1 516	1 580	3,2%
TOTAL épargne salariale	9 725	14 279	15 900	14 238	16 221	15 449	15 422	15 051	15 092	16 206	16 912	3,5%
Titres restaurant	1 483	1 978	2 508	2 609	2 702	2 840	2 936	3 046	3 215	3 272	3 350	5,2%
Retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire	n.d.	12 904	15 945	16 614	15 678	16 339	17 917	17 941	18 848	19 150	19 468	3,8%
Masse salariale	354 452	418 970	474 492	467 916	476 866	494 182	504 785	510 770	518 641	527 460	539 954	2,7%

Source : Annexe 5 du PLESS pour 2019

En 2012, l'assiette des exemptions sociales s'élevait à 50,9 milliards d'euros pour une moindre recette de 9,7 milliards d'euros pour la sécurité sociale.

2. Depuis 2012, le forfait social a perdu sa cohérence avec l'augmentation de son taux normal à 20 % et l'instauration de taux dérogatoires

c) La première loi de finances rectificatives pour 2012 : l'augmentation du taux du forfait social à 20 % et l'instauration d'un premier taux dérogatoire

Suivant les conclusions d'un certain nombre de rapports¹, soulignant l'effet d'aubaine que représentait le maintien d'un taux de forfait social près de trois fois inférieur à celui cumulé des taux de cotisations sociales patronales assises sur les salaires (*voir tableau ci-après*), la première loi de finances rectificative pour 2012² a décidé de relever fortement le taux du forfait social, le faisant passer de 8 % à 20 %.

Cas d'un salarié rémunéré à 1,95 Smic, soit le salaire moyen

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taux des cotisations et contributions patronales										
Cotisations de sécurité sociale patronales sur les salaires (sous plafond) *	30,38%	30,48%	30,58%	30,63%	30,69%	30,79%	29,07%	29,11%	29,12%	23,12%
Forfait social sur l'épargne salariale **	4,0%	6,0%	8,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
Part des rémunérations exemptées										
Prime de partage des profits	0,00%	0,80%	0,78%	0,78%	0,77%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Epargne salariale rapportée au salaire	7,1%	6,7%	6,5%	6,3%	6,4%	6,5%	6,3%	6,4%	6,5%	6,5%
Part du revenu exemptée des cotisations patronales	7,1%	7,5%	7,3%	7,1%	7,2%	6,5%	6,3%	6,4%	6,5%	6,5%
Taux global de prélèvement patronal sécurité sociale (portant sur le salaire moyen)	28,51%	28,64%	28,93%	29,88%	29,92%	30,08%	28,50%	28,52%	28,53%	22,92%

Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2019³

Aux taux de cotisations des assurances de base de la sécurité sociale (environ 30,6 % en 2011), il convient d'ajouter le taux de cotisation employeur à l'assurance complémentaire et celui de la contribution à l'assurance chômage qui faisaient porter le taux global de cotisation employeur à près de 43,75 % en 2011⁴.

Afin de ne pas alourdir le poids de l'ancienne contribution « prévoyance » intégrées quelques mois plus tôt dans le champ du forfait social, la loi du 16 août 2012 aménage un taux dérogatoire, fixé à 8 %, pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés et de leurs ayants droit.

¹ En particulier le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011. Sans le préconiser explicitement, la Cour évoquait un relèvement du taux à 19 %.

² Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 (1).

³ Le principal facteur de progression du taux de cotisations sociales entre 2010 et 2019 est l'augmentation du taux de cotisations patronales d'assurance vieillesse. La baisse enregistrée en 2016 est consécutive à la baisse de 1,8 point de la cotisation famille et celle qui interviendra en 2019 correspond à la baisse de 6 points de la cotisation maladie au 1^{er} janvier 2019.

⁴ Rapport de la commission des finances du Sénat sur le projet de loi de finances rectificatif pour 2012, commentaire de l'article 27.

Si cette mesure dérogatoire apparaissait logique¹, elle a constitué une première brèche dans la simplicité initiale du forfait social et a ouvert la voie à la multiplication des dispositions dérogatoires au droit commun.

La loi du 16 août 2012 en a d'ailleurs prévu un second, assujetti également au taux de 8 % : les sommes affectées à la réserve spéciale de participation au sein des sociétés coopératives ouvrières.

Cette augmentation importante du taux du forfait social, qui s'appliquait dès le 1^{er} août 2012, a fait passer son rendement de 1,5 milliard d'euros (estimation sur le fondement d'un taux à 8 %) à 4,6 milliards d'euros en année pleine en 2013 (estimation du projet de loi de finances rectificative).

Cette loi avait également **modifié l'affectation du forfait social pour l'attribuer à la branche vieillesse** (régime général et Fonds de solidarité vieillesse). La Caisse nationale d'assurance vieillesse est désormais la seule affectataire du forfait social.

c) La loi « Macron » de 2015 : le renforcement des taux dérogatoires pour inciter au développement de l'épargne salariale et au financement des petites et moyennes entreprises

La loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques² a procédé à deux modifications affectant le taux du forfait social, d'apparence limitée, mais qui ont considérablement complexifié le dispositif et en ont modifié l'objectif même.

Alors qu'il avait été créé pour faire contribuer plus équitablement l'ensemble des éléments de rémunération au financement de la protection sociale, le forfait social est désormais critiqué pour le frein qu'il représenterait au développement de l'épargne salariale dans les petites et moyennes entreprises.

De fait, ainsi que le soulignait les rapports sénatoriaux de la commission des finances sur le projet de loi de finances rectificative pour 2012 d'une part et de la commission spéciale sur le projet de loi « Macron » d'autre part, si 93,7 % des salariés des entreprises de plus de 500 salariés sont couverts par un dispositif d'épargne salariale et 83 % dans les entreprises de plus de 50 salariés, seuls 16,7 % des salariés de moins de 50 salariés le sont, ce taux chutant à 12,7 % dans les entreprises de moins de 10 salariés

¹ « Ces dispositifs jouent, en effet, un rôle particulier dans la couverture du risque maladie et l'accès aux soins des salariés. Selon les données du Gouvernement, 9,9 millions de salariés sont concernés par ce dispositif. Par ailleurs, il peut apparaître pertinent de maintenir le taux de taxation actuel pour ce type de contributions compte tenu des discussions en cours sur les dépassements d'honoraires qui intégreront une réflexion plus large sur le rôle des complémentaires santé », *écrivait notre ancienne collègue, Nicole Bricq, alors rapporteure générale de la commission des finances.*

² Loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, dite loi « Macron ».

La loi « Macron » s'inscrivait dans la continuité de différentes propositions¹ d'abaissement voire d'exonération du forfait social pour les entreprises en deçà d'un certain seuil de salariés lorsqu'elles mettent en place un accord de participation ou d'intéressement.

Elle introduit donc deux nouveaux dispositifs dérogatoires en abaissant le taux normal de forfait social de 20 % à :

- 8 % pour les sommes versées au titre de l'intéressement et au titre de la participation dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation (c'est-à-dire dans les entreprises de moins de 50 salariés).

Ce taux réduit s'appliquera, pendant six ans, si l'entreprise conclut pour la première fois un accord de participation ou d'intéressement ou si elle n'a pas conclu l'un de ces accords au cours des cinq années précédant la date d'effet du nouvel accord.

La loi prévoit également les conditions d'application du taux réduit en cas de dépassement de l'effectif au cours de la période de six ans (*voir infra*) ;

- 16 % pour les versements issus de la participation ou de l'intéressement sur un plan d'épargne retraite collectif (Perco), dont au moins 7 % des titres sont destinés au financement des PME et des entreprises de taille intermédiaire.

Les modifications apportées par la loi « Macron » font donc perdre de vue l'objectif initial du forfait social de contribuer au financement de la sécurité sociale en le transformant en instrument incitatif :

- au développement de l'épargne salariale dans les TPE et PME ;
- à l'orientation des fonds collectés *via* les Perco pour les employer dans des plans d'épargne entreprise destinés au financement des PME.

La finalité, de même que les conditions d'application, du forfait social ressortent donc considérablement brouillées de cette loi. Si les entreprises ont rencontré des difficultés de compréhension lors des premières années de mise en œuvre des taux différenciés, il n'y a aujourd'hui plus de difficultés et le forfait social ne présente pas de problème de recouvrement particulier².

¹ Il en était ainsi du conseil d'orientation de la participation, de l'intéressement, de l'épargne salariale et l'actionnariat salarié (Copiesas) qui avait proposé d'exonérer les très petites entreprises et petites et moyennes entreprises lorsqu'elles optent volontairement pour un dispositif d'épargne salariale. L'Igas et l'IGF dans le rapport de leur mission conjointe en 2013 de diagnostic sur les dispositifs d'épargne salariale proposaient de l'abaisser tandis que les partenaires sociaux, dans une position commune (22 décembre 2014), souhaitaient que les entreprises de moins de 50 salariés puissent bénéficier d'une exonération de forfait social pour le premier accord d'intéressement ou de participation conclu pour une durée de trois ans.

² Réponse des services de l'Acoss aux questions de votre rapporteur.

B. Le forfait social aujourd'hui : une assiette qui demeure large, un mécanisme complexe de taux, un rendement important

1. L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale : une assiette large pour le forfait social

Le premier alinéa de l'article fixe le principe général d'assujettissement au forfait social des revenus d'activité assujettis à la CSG et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale du régime général ou du régime agricole.

Il **exclut ensuite de cette assiette** quatre éléments de rémunération, assujettis à la CSG mais pas aux cotisations sociales et qui font l'objet d'une contribution spécifique :

- l'avantage résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites (1°) ;

- la fraction des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail (licenciement, mise à la retraite d'office et départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi) exclue de l'assiette des cotisations sociales (3°) ;

- la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques-vacances dans les entreprises de moins de 50 salariés, dépourvues de comité d'entreprise.

Le 2° abrogé renvoyait aux contributions versées par l'employeur au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance qui relevaient de la contribution spécifique « prévoyance ».

Cette dernière ayant été intégrée dans le champ du forfait social, l'article L. 137-15 a été complété pour prévoir le maintien de la dérogation bénéficiant aux employeurs de moins de onze salariés. Ces derniers ne sont pas redevables du forfait social pour les versements correspondant.

L'article L. 137-15 **prévoit explicitement l'assujettissement** de quatre éléments de rémunération :

- les sommes versées au titre de l'épargne salariale aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail (chefs d'entreprise salariés, gérants majoritaires, conjoints collaborateurs ou conjoints associés du chef d'entreprise) ;

- les jetons de présence et rémunérations exceptionnelles allouées aux membres des conseils d'administration ou de surveillance ;

- les contributions des employeurs au financement des régimes de retraite supplémentaire, à l'exclusion des « retraites chapeau » déjà assujetties à une contribution spécifique (art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale) ;

- la fraction des indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle individuelle exclue de l'assiette des cotisations sociales.

2. L'article L. 137-16 : un mécanisme de taux devenu difficilement compréhensible

Le taux normal du forfait social est fixé à 20 %

L'article L. 137-16 prévoit toutefois **trois cas dans lesquels ce taux est fixé à 8 %** :

- pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice des salariés ;

- pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation des sociétés coopératives de production ;

- dans les entreprises de moins de 50 salariés et qui concluent pour la première fois un accord de participation ou d'intéressement ou qui n'ont pas conclu d'accord au cours des cinq années précédant la date de l'accord, pour les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise ou au titre de l'intéressement.

L'article précise, dans ce dernier cas, que le taux de 8 % s'applique pour une durée de six ans. Au cours de cette période, les entreprises qui atteignent ou dépassent le seuil de 50 salariés peuvent conserver le bénéfice de ce taux réduit à condition que cet accroissement ne résulte pas de la fusion ou l'absorption d'une entreprise ou d'un groupe.

Comme le précise l'étude d'impact du projet de loi Pacte, le taux réduit de forfait social ne peut trouver à s'appliquer à la fois pour un accord d'intéressement et pour un accord de participation dans une même entreprise. L'accord pour lequel le taux réduit s'applique est le premier accord déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirrecte) compétente. En cas de dépôt simultané, une clause spécifique d'un des deux accords doit prévoir lequel bénéficie du taux dérogatoire.

Le taux de 8 % ne s'applique toutefois pas aux nouvelles entités juridiques issues de scission ou de cession d'une entreprise à une autre entreprise d'au moins 50 salariés ou de fusion ou d'absorption donnant lieu à la création d'une entreprise ou d'un groupe d'au moins 50 salariés au cours de la même période.

Cet article prévoit enfin **un taux réduit à 16 %** pour les versements des sommes issues de l'intéressement et de la participation ainsi que des contributions des entreprises versées sur un Perco dont le règlement respecte les deux conditions suivantes :

- les sommes doivent être affectées par défaut à un placement permettant de réduire progressivement les risques financiers¹ ;

- les fonds du Perco doivent servir à l'acquisition de parts de fonds de placement qui comportent au moins 7 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en action destiné au financement des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire.

Votre rapporteur a souhaité citer presque *in extenso* les dispositions des articles L. 137-15 et L. 137-16 pour souligner l'actuel degré de leur sophistication. Force est de constater, qu'au fil du temps, la rédaction de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale s'est éloignée de sa forme initiale : « Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 2 %. »...

3. Un rendement important qui limite l'impact financier des exemptions d'assiette sociale sur la sécurité sociale

Le rendement attendu en 2019, avant la mesure proposée dans le projet de loi Pacte et repris dans ce PLFSS, pour le forfait social était de **6,2 milliards d'euros**.

Son rendement a fortement évolué depuis sa création.

Rendement du forfait social (2009-2017)

en milliards d'euros

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0,3	0,6	1,1	2,5	4,6	4,7	4,8	5,0	5,3

Source : Réponse de l'Acoss à votre rapporteur

Comme le montre le tableau ci-après, l'impact des exemptions d'assiette sociale sur les recettes de la sécurité sociale est fortement limité par le forfait social.

¹ L'article L. 3334-11, dans son second alinéa, dispose qu'il est proposé aux participants au Perco une allocation de l'épargne permettant de réduire progressivement les risques financiers dans des conditions définies par décret.

Coût total des exemptions d'assiette entre 2017 et 2019

En milliards d'euros		Mesures soumises à contribution	2017		2018		2019	
			Assiette exemptée	Cotisations équivalentes	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes
n° de fiche	MESURES D'EXEMPTION D'ASSIETTE							
I. Participation financière et actionariat salarié			18,78	1,12	20,13	1,12	20,84	1,29
12105	Participation aux résultats de l'entreprise	CSG / CRDS / FS	7,26	0,42	7,52	0,38	7,78	0,34
12100	Intéressement	CSG / CRDS / FS	8,99	0,54	9,31	0,50	9,64	0,66
12110	Plan d'épargne en entreprises (PEE)	CSG / CRDS / FS	1,67	0,09	1,77	0,08	1,83	0,13
12115	Stock options et attributions gratuites d'actions	C spé.	0,87	0,08	1,54	0,16	1,59	0,16
II. Protection sociale complémentaire en entreprise			20,04	3,45	20,50	3,40	21,11	3,01
14100	Prévoyance complémentaire	CSG / CRDS / FS dérog.	16,44	3,35	16,87	3,31	17,46	2,96
14100	Retraite supplémentaire (y compris retraites chapeaux)	CSG / CRDS / C spé. et FS	3,05	0,06	3,05	0,06	3,05	0,01
14105	Plan d'épargne retraite collective (PERCO)	CSG / CRDS / FS	0,55	0,04	0,58	0,03	0,61	0,04
III. Aides directes consenties aux salariés			7,87	2,71	8,15	2,88	8,43	2,73
13100	Titres restaurant	-	3,47	1,19	3,59	1,27	3,72	1,21
13105	Chèques vacances	-	0,98	0,34	1,01	0,36	1,05	0,34
13110	Avantages accordés par les comités d'entreprises	-	3,29	1,13	3,40	1,20	3,52	1,14
13115	CESU préfinancé	-	0,14	0,05	0,14	0,05	0,14	0,05
IV. Indemnités de rupture			4,23	0,61	4,32	0,59	4,42	0,56
15100	Indemnités de licenciement	-	2,42	0,56	2,47	0,55	2,53	0,54
15100	Indemnités de mise à la retraite	C spé.	0,07	-0,01	0,07	-0,01	0,07	-0,01
15105	Indemnités de rupture conventionnelle	FS à partir de 2013	1,74	0,07	1,77	0,06	1,82	0,03
TOTAL EXEMPTIONS D'ASSIETTE			50,93	7,90	53,10	8,00	54,80	7,59

Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2019

Si l'on compare l'année 2017 à l'année 2009, année de création du forfait social, l'assiette des exemptions sociales a progressé de 46,1 milliards d'euros à 50,83 milliards d'euros mais le montant du manque à gagner pour la sécurité sociale est passé de 9,4 milliards d'euros à 7,9 milliards d'euros.

4 000 entreprises bénéficient en 2016 des taux dérogatoires¹.

II. - Le dispositif proposé

A. La volonté du Gouvernement d'utiliser le forfait social pour relancer l'épargne salariale dans les entreprises de moins de 250 salariés

S'inscrivant dans la continuité de la loi « Macron », le Gouvernement entend avec le projet de loi Pacte « donner une véritable impulsion à la négociation d'un dispositif de partage de la valeur ajoutée dans les entreprises de moins de 50 salariés »².

Le Gouvernement part du constat que la baisse du forfait social décidée dans le cadre de la loi du 6 août 2015 n'a « pas eu l'effet incitatif escompté ». Étonnamment, il s'appuie pour appuyer ce constat sur les chiffres, relatifs à la participation, l'intéressement et l'épargne salariale dans les entreprises, de l'année... 2015³.

Néanmoins, les derniers chiffres disponibles en la matière pour l'année 2016⁴ confirment que la baisse du forfait social dans les entreprises de moins de 50 salariés n'a pas suscité l'électrochoc attendu.

¹ Étude d'impact de l'article 57 du projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises.

² Idem

³ Enquête sur la participation, l'intéressement et l'épargne salariale, Dares, août 2017.

⁴ Enquête 2018 de la Dares, août 2018.

La part des salariés couverte par un dispositif d'épargne salariale dans les entreprises de moins de 10 salariés était de 13,1 % en 2016 contre 56 % au sein de la population active. En 2015, ces taux étaient respectivement de 12,5 % et de 54,9 %.

Les sommes en jeu sont significatives. Au 31 décembre 2017, les encours d'épargne salariale s'élevaient à 131,5 milliards d'euros. Ils permettaient en 2015 de dégager un complément de revenus en moyenne de 2 422 euros dans les entreprises de plus de 10 salariés, tout dispositif confondu.

L'étude d'impact souligne également un différentiel important dans le taux de couverture en matière d'intéressement entre les entreprises comprises entre 50 et 249 salariés et celles ayant plus de 250 salariés (39 points d'écart alors que l'écart entre les entreprises de moins de 50 salariés éligibles au taux de 8 % et les entreprises de plus de 50 salariés n'est que de 21 points en faveur de ces dernières). « *En conséquence, il apparaît plus rationnel (...) de déplacer le seuil d'exonération à 250 salariés* », conclut l'étude d'impact.

B. Le dispositif proposé

Le I de l'article 57 du projet de loi Pacte était partie prenante d'une réforme sans grand bouleversement des instruments d'épargne salariale. Les dispositions concernant le forfait social, reprises dans ce PLFSS, étaient d'ailleurs les plus significatives pour les entreprises.

Le I a été repris dans le présent article additionnel, à l'initiative du Gouvernement, et adopté par l'Assemblée nationale une seconde fois.

Le I du présent article modifie l'article L. 137-6 afin de :

- supprimer le forfait social dans les entreprises de moins de 50 salariés pour les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise et au titre de l'intéressement, quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies.

Ces versements, concernant l'intéressement et la participation dans les entreprises de moins de 50 salariés (non soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation), étaient depuis la loi Macron soumis à un taux de 8 % pendant six ans, dans le cas où l'entreprise concluait un premier accord ou ne l'avait pas fait depuis cinq ans.

La disposition proposée supprime donc, dans ces entreprises, le taux réduit, la durée temporaire d'application de ce dernier ainsi que la condition d'absence préalable d'accord depuis au moins cinq ans pour l'assujettissement des versements au titre de l'intéressement et de la participation.

L'article L. 137-6 ne prévoira donc plus de règles de comptabilisation des seuils. Le forfait social **sera toutefois soumis aux conditions fixées au nouvel article L. 130-1 du code de la sécurité sociale**, créé dans le projet de loi Pacte¹, qui reprend l'ensemble des règles de décompte des salariés dans l'entreprise et prévoit les conditions de franchissement d'un seuil : « *le franchissement à la hausse d'un seuil d'effectif salarié est pris en compte lorsque ce seuil a été atteint ou dépassé pendant cinq années civiles consécutives* » ;

- *exonérer du forfait social les entreprises entre 50 et 249 salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement*. Les entreprises de plus de 50 salariés étaient tenues de mettre en place un accord de participation aux résultats de l'entreprise, il semble légitime de ne pas inclure dans le périmètre de l'exonération les versements effectués au titre de la participation ;

- *créer un nouveau taux dérogatoire de forfait social fixé à 10 % pour les versements des entreprises* sur les fonds d'actionnariat salarié, lorsque ces derniers proposent des actions ou des certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par le groupe d'entreprise auquel elle appartient. Cette dérogation s'appliquera à l'ensemble des entreprises et correspond à un engagement du Premier ministre².

III - La position de la commission

Le présent article s'inscrit dans une tradition de forte instabilité du forfait social. Il confirme l'orientation prise à la suite de la loi « Macron » de faire du forfait social un instrument de politique économique en plus d'être un outil de financement de la sécurité sociale. **Cette évolution est dommageable car elle fait perdre au dispositif sa lisibilité et conduit à le rendre de plus en plus complexe.**

Votre rapporteur regrette également **l'ambiguïté du Gouvernement au sujet de la compensation des pertes de recettes pour la sécurité sociale qu'entraîne la limitation du forfait social**. Si le texte de l'article 11 *ter* reste muet à ce sujet, l'article 8 *bis* initial prévoyait une dérogation au principe de compensation. Il n'est malheureusement pas possible d'en déduire que les modifications du forfait social au présent article entraîneront la compensation du budget de l'État à la Cnav, le Gouvernement ayant, sans toutefois encore l'écrire explicitement, affirmé le contraire.

¹ Art. 6 du projet de loi.

² « Pour diffuser [l'actionnariat salarié] plus largement, nous allons dans le cadre du projet de loi Pacte, diviser par deux le taux de forfait social qui s'applique aux versements de l'employeur dans les plans d'actionnariat salariés [...]. Parce que c'est juste. Parce que c'est sain. Et que je ne connais pas d'actionnaires plus stables, plus fidèles et plus soucieux du long terme, que celui qui travaille dans l'entreprise », Édouard Philippe, cité dans Les Échos du 25 mai 2018.

L'ensemble des documents annexés à ce projet de loi attestent que les 500 à 600 millions d'euros de perte pour la branche vieillesse ont bien été intégrés dans les tableaux d'équilibre pour l'année 2019. Le Président et le directeur général de la Cnav l'ont d'ailleurs confirmé lors de leur audition devant votre commission¹.

Votre rapporteur appelle donc le Gouvernement à clairement assumer cette absence de compensation en complétant l'article 11 *ter* lors de la discussion de ce PLFSS en séance publique au Sénat, pour prévoir explicitement l'absence de compensation prévue à l'article L. 131-7 du cod de la sécurité sociale.

Enfin, il convient de rappeler les termes de l'avis du Conseil d'État, rendu sur le projet de loi Pacte, concernant plus particulièrement l'instauration d'une exonération pour les versements employeurs au titre de l'intéressement dans les entreprises entre 50 salariés et moins de 250 salariés afin de les inciter à négocier des accords d'intéressement : « *Si elle poursuit également un objectif d'intérêt général, le Conseil d'État estime qu'une exonération totale du forfait social présente, dans ce cas, un risque juridique sérieux au regard du principe d'égalité, notamment en raison de la situation des entreprises dont les effectifs sont supérieurs à 250 salariés et dont le taux de couverture par un accord d'intéressement n'est pas considérablement plus élevé. Il recommande de ne pas prévoir, pour ces entreprises, une exonération totale du forfait social afin de réduire le risque d'inconstitutionnalité.* »²

Ce risque doit être pris au sérieux tant l'addition de dispositifs dérogatoires menace désormais l'égalité de traitement des entreprises face au forfait social. **Votre rapporteur estime qu'il aurait été plus judicieux d'évaluer l'impact réel de cette contribution sur le choix des entreprises de négocier des accords d'intéressement ou d'actionnariat salarié particulièrement dans les PME.**

Au-delà du taux de forfait social applicable aux versements employeurs, d'autres raisons semblent en effet plus dirimantes à la conclusion d'un accord d'intéressement ou de participation pour ces entreprises :

- la complexité juridique et technique de négocier un accord disposant des garanties de sécurité juridique ;

- l'intérêt d'envisager désormais des dispositifs de participation financière soumise à un forfait social alors que les salaires font actuellement l'objet d'exonération de cotisations sociales de plus en plus importantes.

Le moment semble venu de mener une réflexion globale sur le forfait social en envisageant la convergence de l'ensemble des taux dérogatoires vers un taux normal, sans doute inférieur à 20 %. Le projet de loi Pacte, repris par ce PLFSS, représente une occasion manquée.

¹ Voir le compte-rendu annexé au présent rapport.

² Avis du 14 juin 2018, § 37.

Dans l'impossibilité de mener à bien une telle réforme, votre commission a adopté un **amendement n° 58** de simplification rédactionnelle du dispositif proposé à l'article 11 *ter* :

- il intègre les dispositions de l'article 8 *bis*, supprimé par votre commission, au sein du présent article afin de disposer d'une vision consolidée des modifications apportées au forfait social dans ce projet de loi ;

- il déplace ensuite, sans les modifier sur le fond, les dispositions relatives aux deux nouvelles exonérations du forfait social de l'article L. 137-16 à l'article L. 137-15. Ce dernier concerne l'assiette du forfait social et prévoit déjà des dispositifs d'exonération, tandis que l'article L. 137-16 fixe le taux normal et les taux dérogatoires. Il semble plus logique d'inscrire ces dérogations dans le premier.

Il propose également, à des fins de simplification, d'aligner le nouveau taux dérogatoire, prévu pour les versements au titre de l'actionnariat salarial, fixé à 10 % sur le taux dérogatoire déjà existant le plus proche à savoir 8 %. Il convient de simplifier au maximum ce dispositif en évitant d'ajouter de nouveaux taux dérogatoires.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 12

(art. L. 242-2 et L. 862-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations

Objet : Cet article crée une contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des modes de rémunération forfaitaire des médecins, se substituant à la participation transitoire prorogée annuellement depuis 2014.

I - Le dispositif proposé

• La convention médicale signée le 25 août 2016¹ a prévu, comme l'avenant n° 8 à celle de 2011 conclu en octobre 2012, une **contribution** des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) **au financement des modes de rémunération alternatifs à l'acte des médecins traitants**. Il s'agit, depuis le 1^{er} janvier 2018, du « forfait patientèle »².

¹ Cette convention nationale a été approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et publiée au Journal Officiel en date du 23 octobre 2016.

² Ce forfait qui se substitue à plusieurs forfaits préexistants est indexé sur la patientèle, en fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge, de pathologies et de précarité.

À cette fin, un dispositif temporaire et transitoire, non codifié, a été reconduit depuis 2014 par les lois de financement de la sécurité sociale successives¹, sous la forme d'une « taxe » due par chaque organisme complémentaire et affectée à la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), égale au produit d'un forfait annuel (porté de 5 à 8,10 euros pour 2018) par le nombre d'assurés de chaque organisme - hors ceux bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire - ayant consulté au moins une fois leur médecin traitant au cours de l'année.

• Cet article **transforme la participation ainsi reconduite chaque année en une contribution pérenne**, afin de « sécuriser » - d'après l'exposé des motifs - la participation financière des Ocam au forfait patientèle.

Le **II** insère à cet effet au sein du code de la sécurité sociale un **nouvel article L. 862-4-1 instituant ladite contribution** à la prise en charge des modes de rémunération des médecins autres que le paiement à l'acte. Due par les Ocam en activité au 31 décembre de l'année, son produit serait comme à l'heure actuelle affecté à la Cnam.

Comme la taxe de solidarité additionnelle (TSA) à laquelle elle viendrait s'ajouter (au taux réduit de 13,27 %), elle serait **assise sur l'ensemble des cotisations versées à ces organismes** au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire, avec un **taux fixé à 0,8 %**.

Il est prévu son recouvrement en même temps et dans les mêmes conditions que la TSA, sous réserve d'aménagements éventuels prévus par décret en Conseil d'État.

Cette évolution d'assiette par rapport à la participation transitoire vise à améliorer la lisibilité et la stabilité de cette contribution, en simplifiant son mode de calcul. Le taux fixé devrait permettre d'assurer en 2019 un **rendement de 300 millions d'euros**, conforme aux engagements financiers prévus par la convention médicale de 2016, soit 50 millions d'euros de plus que le rendement de la participation transitoire au titre de l'année 2018. Cela représente **40 % du coût total du forfait patientèle** médecin traitant.

Le **I** mentionne par **coordination** cette contribution dans la liste des recettes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, énumérées à l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale. Cette contribution est considérée par le Gouvernement comme venant en réduction des dépenses de l'Ondam, le différentiel de son montant d'une année sur l'autre étant cité, cette année comme les précédentes, au titre des « économies » permettant le respect de cet objectif compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses de santé. Il s'agit en fait d'une **recette de l'assurance maladie** - comme en témoigne sa présence en troisième partie de la loi de financement - **et non d'une économie de dépenses**. Ce raisonnement est donc discutable.

Le **III** fixe une entrée en vigueur le **1^{er} janvier 2019**.

¹ Art. 4 de la LFSS pour 2014 puis article 36 de la LFSS pour 2016, article 31 de la LFSS pour 2017 et article 21 de la LFSS pour 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre une modification rédactionnelle, un **amendement** présenté par son rapporteur général pour préciser que **la contribution instituée est due jusqu'à la caducité de la convention médicale** signée le 25 août 2016, afin de respecter l'esprit des négociations conventionnelles.

III - La position de la commission

Le dispositif temporaire prorogé depuis 2014, critiqué pour sa complexité, devait céder la place à un « schéma cible » de versement de la contribution des organismes complémentaires aux médecins, *via* un tiers de confiance. Toutefois, les discussions engagées à ce sujet n'ont pas abouti, d'après l'étude d'impact, en raison de « difficultés techniques et juridiques ».

Dans un avis en date du 3 octobre 2018, l'Union des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) a exprimé son désaccord avec la contribution instituée par le présent article, en ce qu'elle pérennise des engagements par principe circonscrits à la durée de la convention médicale de 2016, et demandé la poursuite des travaux sur des modalités de rémunération « *qui soient traçables et visibles pour leurs bénéficiaires* ».

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale répond partiellement à cette attente.

Il serait par ailleurs souhaitable que les discussions se poursuivent avec les organismes complémentaires pour réfléchir aux modalités de leur participation, y compris au-delà de la validité de la convention en cours.

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

*Article additionnel après l'article 12
(art. L. 862-4 du code de la sécurité sociale)*

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie

Objet : *Le présent article a pour objet d'instaurer, pour la seule année 2019, une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, au travers d'une augmentation provisoire de la taxe de solidarité additionnelle.*

Comme cela a été développé au sein du tome I du présent rapport, l'année 2019 doit être celle du retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, après une petite vingtaine d'années de déficit consécutives.

Or, cet équilibre financier, symboliquement important, est fragile au vu du faible montant de l'excédent prévisionnel : + 0,4 milliard d'euros sur le périmètre des régimes obligatoires de sécurité sociale (ROBSS) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). **Il pourrait être remis en cause tant par une dégradation de la conjoncture économique que par les décisions que le Parlement prendra au cours de la navette.** À cet égard, bien que le Gouvernement n'en ait tenu aucun compte dans les tableaux récapitulatifs (cf. commentaires des articles 22 et 23), il apparaît que **la première lecture à l'Assemblée nationale a dégradé les soldes du régime général et des ROBSS d'au moins 200 millions d'euros.**

Pour ce qui concerne le Sénat, **le quasi-gel des prestations sociales, dont les pensions de retraite, prévu à l'article 44 de ce PLFSS n'est pas acceptable.** Et, bien qu'il se fonde sur des mesures destinées à garantir l'équilibre de long terme de la branche vieillesse, le dispositif proposé par votre commission pour y remédier (cf. commentaires de l'article additionnel avant l'article 44 et de l'article 44 lui-même) aura, provisoirement, un coût.

Pour l'ensemble de ces raisons, il convient de **sécuriser l'excédent prévisionnel affiché dans ce PLFSS au travers de la perception, par la sécurité sociale, d'une ressource exceptionnelle en 2019.**

À cette fin, le présent article propose d'**augmenter, pour la seule année 2019, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, définie à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, en passant son taux de 13,27 % à 18,02 %. Dès le 1^{er} janvier 2020, le taux de la TSA serait ramené à 13,27 %.**

Du fait du caractère exceptionnel de cette contribution qui interviendra, de surcroît, lors d'une année pendant laquelle les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) bénéficieront à la fois d'une annuité de crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et des allègements de cotisations et contributions sociales qui le remplaceront, **il est peu probable que les OCAM en répercutent le coût sur le prix de leurs contrats.** Une telle démarche ne serait, en tout état de cause, guère légitime. En effet, la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, a mis en lumière que **la souscription d'une couverture santé complémentaire engendre pour les ménages un surcoût pouvant être estimé (en 2014) à 7 milliards d'euros** au moins par rapport au montant des dépenses de santé couvertes par ces contrats. Selon la Cour, **ce surcoût est lié essentiellement aux frais de gestion des organismes complémentaires (pour 6,4 milliards d'euros).** Dans un tel contexte, il reviendra à ce secteur de faire preuve de solidarité en assumant la charge de la contribution exceptionnelle à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, dont le rendement est estimé à un milliard d'euros.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 59).

Article 13

(art. L. 133-5-6, L. 133-5-10, L. 243-16 [nouveau], L. 244-2, L. 613-5 du code de la sécurité sociale ; art. L. 712-2, L. 712-3, L. 724-7-2 [nouveau], L. 725-3 et L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime ; art. 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ; art. 14 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018)

**Poursuivre la simplification de la déclaration
et du recouvrement des cotisations**

Objet : Cet article étend les dispositifs de titre emploi service à toutes les entreprises et associations et renforce les obligations de dématérialisation des démarches pour les particuliers employeurs et les travailleurs indépendants ainsi que dans le cadre des relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants. Il procède enfin à des adaptations concernant le rescrit social pour les cotisants au régime agricole.

I - Le dispositif proposé

A. Extension des dispositifs de titre emploi service à toutes les entreprises et associations quelle que soit leur taille

1. Le droit en vigueur

Aux termes de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale, certains employeurs peuvent utiliser **un dispositif simplifié pour la déclaration et le recouvrement des cotisations et contributions sociales de leurs employés** auprès de l'Urssaf.

S'il choisit de recourir à ce dispositif, **l'employeur doit l'utiliser pour l'ensemble de ses salariés**. Les employeurs concernés sont les suivants :

- les **entreprises qui emploient moins de vingt salariés** et qui ne sont ni des entreprises du spectacle vivant, ni des entreprises dont les salariés relèvent de régime agricole (1°) ;

- les **associations et fondations à but non lucratif qui emploient moins de vingt salariés**, à l'exception des associations relevant du régime social agricole (2°) ;

- les **employeurs agricoles qui emploient moins de vingt salariés en contrat à durée indéterminée** ou qui, quel que soit leur effectif, emploient, dans la limite de cent dix-neuf jours, des salariés occupés dans certaines activités ou établissements (5°) ;

- les **particuliers qui emploient des salariés exerçant des services à la personne** ou assurant une activité de garde d'enfants (3° et 4°) ou qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (6°) ;
- les **particuliers accueillis par des accueillants familiaux**¹ (7°).

Les dispositifs simplifiés auxquels peuvent recourir ces employeurs sont les suivants :

- le **titre emploi service entreprise**² (TESE), proposé aux très petites et moyennes entreprises installées en métropole ;
- le **chèque emploi associatif**³ (CEA) pour les associations et fondations employeurs ;
- le **titre emploi simplifié agricole**⁴ (TESA) pour les employeurs agricoles installés en métropole souhaitant embaucher un salarié agricole en contrat à durée déterminée (CDD) ;
- le **chèque emploi service universel**⁵ (Cesu) pour les particuliers employeurs ;
- Le dispositif **Pajemploi**⁶ pour les parents employant des assistants maternels pour la garde de leur enfant.

Ces dispositifs permettent à l'employeur de leur déléguer la déclaration auprès de l'Urssaf, le versement des cotisations sociales, l'établissement du contrat de travail et des bulletins de salaire.

2. Les modifications apportées par la loi de finances pour 2017 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁷ a modifié l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale qui encadre ces dispositifs simplifiés. Ces modifications, qui doivent entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019, **élargissent, d'une part, le champ des employeurs qui pourront recourir aux dispositifs simplifiés.** Seront ainsi concernés :

- les particuliers employant des salariés à domicile, et plus seulement ceux employant des salariés pour des services à la personne (3°) ;
- les particuliers faisant appel de manière ponctuelle à d'autres particuliers pour des services de conseil ou de formation (8°) ;

¹ Aux termes de l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles, les accueillants familiaux sont des personnes accueillant à leur domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à leur famille jusqu'au quatrième degré inclus.

² Art. L. 1273-3 à L. 1273-6 du code du travail et art. D. 133-5 à D. 133-8 du code de la sécurité sociale.

³ Art L. 1272-4 du code du travail et art. D. 133-12 à D. 133-13-12 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Art. L. 1271-1 à L. 1771-17 du code du travail et art. L. 133-8-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Art. L. 531-8 du code de la sécurité sociale.

⁷ Art. 14 de la loi 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

- les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial, un accueillant familial ou un autre particulier pour des services de conseil ou de formation, lorsque ces personnes sont mandatées par ce particulier pour effectuer ces démarches (9°).

D'autre part, le principe selon lequel **l'employeur qui utilise un dispositif simplifié doit le faire pour tous ses employés sera limité aux entreprises, associations et employeurs agricoles.**

En outre, la **loi de finances pour 2017¹ a également modifié l'article L. 133-5-6** afin que ces dispositifs simplifiés puissent procéder, à compter du 1^{er} janvier 2019, au **prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu** qui sera régi par l'article 204 A du code général des impôts².

3. Les mesures proposées

Dans le prolongement des modifications apportées par la LFSS pour 2018, **le présent article propose d'élargir une nouvelle fois les bénéficiaires de ces dispositifs simplifiés, en supprimant le seuil de vingt salariés limitant actuellement le recours aux TESE, CEA et TESA pour les entreprises, les associations et les employeurs agricoles.**

L'objectif du Gouvernement est de simplifier la gestion du prélèvement de l'impôt à la source pour les entreprises et les associations qui ne disposent pas d'un logiciel de paie ou n'ont pas recours à un expert-comptable.

Le 1° du I du présent article modifie **l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale** afin de supprimer le seuil limitant l'utilisation de ces dispositifs simplifiés aux entreprises et associations de moins de vingt salariés.

Les 1° et 2° du II modifient le **code rural et de la pêche maritime** afin d'élargir le recours au TESA. **L'article L. 712-2 est modifié et l'article L. 712-3 est abrogé** afin de supprimer les conditions d'effectifs et d'emploi temporaire pour utiliser le TESA. Il est précisé, à l'article L. 712-2, que le TESA ne pourra être utilisé qu'en France métropolitaine.

En outre, le 1° du IV modifie **l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018** afin que les employeurs agricoles ne soient plus concernés par le principe selon lequel l'employeur qui utilise un dispositif simplifié doit le faire pour tous ses employés.

Enfin, l'article **L. 133-5-10 du code la sécurité sociale** est modifié par le 2° du I du présent article **afin que plusieurs organismes, au lieu d'un, puissent être désignés par arrêté ministériel pour prélever et contrôler les cotisations et contributions sociales ainsi que la retenue de l'impôt à la source.**

¹ Art. 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

² Pour les particuliers employeurs, la retenue de l'impôt à la source sera mise en œuvre à compter de 2020.

Cette modification est proposée en raison de l'extension du champ des bénéficiaires des dispositifs simplifiés envisagée par le présent article, en particulier dans le cadre de la mise en place de la retenue de l'impôt à la source. Elle permettra de désigner plusieurs centres habilités sur le territoire.

B. Renforcement de la dématérialisation des démarches pour les particuliers employeurs et les employeurs agricoles

L'article L. 133-5-8 du code de la sécurité sociale pose le principe de la dématérialisation des procédures pour les employeurs utilisant les dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Ainsi, tout employeur utilisant un dispositif simplifié doit procéder à son adhésion, à l'identification de son salarié, à la déclaration des rémunérations dues et au paiement des cotisations et contributions dues au titre de l'emploi du salarié par voie dématérialisée.

L'employeur et son salarié reçoivent par ailleurs, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations, une attestation fiscale et le bulletin de paie du salarié ou son équivalent.

Toutefois, une **dérogation** au principe d'utilisation de la voie dématérialisée est prévue **pour les personnes qui « ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée »**. Elles peuvent alors procéder à ces démarches sur des **supports papier**. Cette dérogation est **admise pour les particuliers employeurs (Cesu) et les employeurs agricoles (TESA)**.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, 350 000 particuliers employeurs utilisent encore le support papier pour effectuer leurs démarches auprès du Cesu. Les employeurs agricoles utilisant les TESA ont en revanche très majoritairement recours à la voie dématérialisée¹.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018² a modifié cet article L. 133-5-8 du code de la sécurité sociale pour que ce principe de recours à la voie dématérialisée s'applique à « toute personne » utilisant un dispositif simplifié afin de couvrir l'ensemble des utilisateurs de ces dispositifs dont le champ des bénéficiaires a été élargi.

• Les 2°, 3° et 4° du IV du présent article modifient, par l'intermédiaire de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale, l'article L. 133-5-8 afin de **limiter les dérogations au principe d'utilisation de la voie dématérialisée et de prévoir une sanction en cas de non-respect de ce principe**.

L'utilisation, par dérogation, du support papier sera **limitée aux seuls particuliers employeurs qui ne sont pas tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration de leurs revenus et bénéfices pour l'établissement de l'impôt sur le revenu**.

¹ PLFSS, annexe 9, p. 97

² Art. 14 de la loi 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

En effet, aux termes de **l'article 1649 quater B quinquies du code général des impôts**, la déclaration de revenus et ses annexes « sont souscrites par voie électronique par les contribuables dont la résidence principale est équipée d'un accès à internet. » Toutefois les contribuables qui déclarent à l'administration ne pas être en mesure de souscrire cette déclaration par voie électronique sont dispensés de cette procédure.

En outre, **la dérogation au principe d'utilisation de la voie dématérialisée prévue pour les employeurs agricoles est supprimée.**

Le non-respect de l'obligation d'effectuer les démarches de déclaration et de recouvrement par voie dématérialisée entraînera l'application d'une sanction. Celle-ci correspondra à la pénalité prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative, fixée à 1 % du plafond mensuel de sécurité sociale par salarié ou assimilé.¹

- Par ailleurs, le 3° du III prévoit **une sanction en cas de défaut de paiement du particulier employeur qui délèguerait au Cesu ou à Pajemploi le versement du salaire de son employé.** À cette fin, il modifie **l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale**, dans sa rédaction issue de **l'article 42 de la LFSS pour 2017²**, pour prévoir qu'en cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes dues à ces organismes au titre de la rémunération du salarié, **l'employeur sera exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif**, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas, les créances seront transférées à l'Urssaf qui sera chargée de recouvrer les sommes dues dans le cadre des procédures de droit commun.

Ce dispositif s'inscrit dans **la future mise en œuvre d'une offre « tout-en-un »** par les dispositifs de titre emploi service. Ils pourront **réaliser le versement des cotisations et contributions sociales, la retenue de l'impôt à la source et la rémunération nette du salarié pour le compte de l'employeur.** Ce mécanisme nécessitera dès lors le paiement régulier des sommes dues par les employeurs afin que les gestionnaires des dispositifs simplifiés ne souffrent pas d'écarts significatifs de trésorerie.

- Enfin, le III procède à **deux modifications rédactionnelles.** Le 1° apporte une modification à **l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale**, dans sa rédaction issue de **l'article 42 de la LFSS pour 2017**, afin de préciser que le gestionnaire des dispositifs simplifiés « verse », au lieu de « reverse », la rémunération au salarié. Le 3° modifie **l'article L. 531-8-1** afin de changer la référence à l'alinéa de l'article L. 531-8 relatif au complément de mode de garde (CMG) pour son imputation aux sommes dues par l'employeur recourant à Pajemploi en tiers payant.

¹ Art. L. 133-5-4 et R. 133-14 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

C. Généralisation de la dématérialisation des déclarations sociales des travailleurs indépendants

L'article **L. 613-5 du code de la sécurité sociale** prévoit que les travailleurs indépendants doivent effectuer les déclarations et le versement de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée lorsque leurs derniers revenus d'activité, chiffre d'affaires ou recettes sont égaux ou supérieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 3 973 euros en 2018¹.

En cas de **non-respect de cette obligation**, les travailleurs indépendants se voient appliquer des **majorations de cotisations sociales de 0,2 %** du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée².

En matière fiscale, toutes les entreprises soumises à un régime réel d'imposition procèdent déjà à la déclaration et au paiement des principaux impôts sur les entreprises par voie dématérialisée, quel que soit leur chiffre d'affaires. Aux termes de l'article 1649 *quater B quater* du code général des impôts, les déclarations d'impôt sur les sociétés, les déclarations de bénéficiaires industriels et commerciaux, de bénéficiaires non commerciaux et de bénéficiaires agricoles, les déclarations de taxe sur la valeur ajoutée, les déclarations de taxes assimilées aux taxes sur le chiffre d'affaires sont obligatoirement souscrites par voie électronique.

Le 5° du I du présent article **réécrit l'article L. 613-5 du code de la sécurité sociale** afin de soumettre à l'obligation de déclaration et de versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée **l'ensemble des travailleurs indépendants**, quels que soient leurs revenus d'activité. Le non-respect de cette obligation entraînera la même majoration que celle prévue actuellement.

D. Renforcement de la dématérialisation des documents utilisés dans les relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants

1. Dématérialisation de la transmission des mises en demeure pour non-respect de la législation de la sécurité sociale

Le **non-respect de la législation de la sécurité sociale** par un cotisant peut donner lieu à **des poursuites devant le tribunal de police**.³ Ces poursuites peuvent être requises par le ministère public, demandée par le ministre chargé de la sécurité sociale, par tout organisme de sécurité sociale ou toute autre partie intéressée.

¹ Art. D. 133-17 du code de la sécurité sociale.

² Art. L. 133-5-5, D. 133-11 et D. 133-17-1 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 244-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque la poursuite est requise par le ministère public, elle est précédée de **l'envoi d'un avertissement par lettre recommandée** de l'autorité compétente de l'État invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans un délai d'un mois.

Lorsque la poursuite est demandée par une autre personne, **une mise en demeure est adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant**¹.

Cet avertissement ou cette mise en demeure doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes qui sont réclamées et les majorations et pénalités applicables².

Le 4° du I du présent article modifie **l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale** afin que la **mise en demeure** puisse être transmise par lettre recommandée ou « **par tout moyen donnant date certaine à leur réception** par l'employeur ou le travailleur indépendant ».

Le 4° du II modifie **l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime** afin de rendre applicable cette dématérialisation de la transmission de la mise en demeure aux cotisants du **régime agricole**.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, **les moyens dématérialisés qui pourront être utilisés sont le courriel, la messagerie intégrée au compte en ligne du cotisant ou la lettre recommandée électronique**. La mise en demeure sera dans ce cas transmise sous la forme d'un document non modifiable.

De façon plus générale, **les organismes de protection sociale ont déjà largement engagé la dématérialisation de leurs échanges avec les usagers**, en particulier les entreprises.

Selon le rapport du Haut Conseil de financement de la protection sociale (HCFiPS) sur *les relations des entreprises avec les organismes de protection sociale*, publié en juillet 2017, **le taux de dématérialisation des déclarations et paiements atteignait 96,1 % à l'Acoss fin 2015**. A la MSA, cette proportion était de 92 % pour les déclarations trimestrielles de salaire et 85 % pour les bordereaux de versement mensuel.

Le rapport du HCFiPS souligne également que la dématérialisation des échanges va au-delà des déclarations et des paiements et qu'un grand nombre de services dématérialisés ont été développés, notamment à l'Urssaf où le cotisant peut effectuer des procédures en ligne telles que l'accès à la synthèse de son compte, au relevé de dettes, aux soldes créditeurs, aux notifications contentieuses, ou encore à l'historique de ses opérations. Le HCFiPS pointe toutefois que les courriers sur support papier représentent une part encore importante des échanges entre les entreprises et les organismes de recouvrement.

¹ Art. L. 244-2 du code de la sécurité sociale.

² Art. R. 244-1 du code de la sécurité sociale.

Ces organismes s'engagent cependant dans un mouvement de dématérialisation accrue des échanges avec les cotisants. Ainsi, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et l'Acoss pour les années 2018-2022, **la branche recouvrement souhaite proposer une offre « 100 % dématérialisée et personnalisée »** en enrichissant notamment son site internet et les services accessibles sur le compte en ligne du cotisant ainsi qu'en développant l'accessibilité de ces services sur tablettes et smartphones.

2. Délai de conservation et numérisation des pièces justificatives requises pour l'établissement de l'assiette ou pour le contrôle des cotisations sociales

Le présent article prévoit **d'inscrire dans la loi un délai de conservation d'au moins six ans des pièces requises pour le contrôle des cotisations sociales et autorise leur conservation sous format dématérialisé.**

Concernant le délai de conservation de six ans proposé par le présent article, il permet de couvrir la période pouvant faire l'objet d'un contrôle par l'Urssaf qui est de cinq années au maximum. En effet, aux termes de l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, « les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues ». Ainsi, un contrôle réalisé en 2018 peut porter sur les années 2015, 2016 et 2017. En outre, en cas de constatation d'une infraction de travail illégal, le délai de prescription est de cinq ans¹.

Concernant la valeur juridique des documents sous format électronique, l'article 1366 du code civil prévoit déjà que « l'écrit électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité. ». S'agissant des **copies de documents conservées sous format électronique**, les conditions posées par le code civil sont relativement contraignantes. En effet, l'article 1379 dispose que **la copie fiable a la même force probante que l'original, dès lors qu'elle répond à certains critères** précisés par décret en Conseil d'État², parmi lesquels figurent la traçabilité des modifications ultérieures par un horodatage qualifié, un cachet électronique qualifié ou une signature électronique qualifiée.

En matière fiscale, l'article L. 102 B du livre des procédures fiscales dispose que « les livres, registres, documents ou pièces sur lesquels peuvent s'exercer les droits de communication, d'enquête et de contrôle de l'administration doivent être conservés pendant un **délai de six ans** ».

¹ Art. L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale.

² Décret n° 2016-1673 du 5 décembre 2016 relatif à la fiabilité des copies et pris pour l'application de l'article 1379 du code civil.

Il prévoit également que « lorsque les documents et pièces sont établis ou reçus sur support papier, **ils peuvent être conservés sur support informatique** ou sur support papier ». Il est précisé, aux termes de l'article A 102 B-1 que le transfert de ces documents sous format numérique « est réalisé **dans des conditions garantissant leur reproduction à l'identique**. Le résultat de cette numérisation est la copie conforme à l'original en image et en contenu. Les couleurs sont reproduites à l'identique, notamment en cas de mise en place d'un code couleur. Le document ainsi numérisé est conservé sous format PDF (Portable Document Format) assorti d'une signature électronique. »

Au sein du chapitre 3 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale, intitulé « Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle », le 3° du I du présent article **crée une section 7** qui sera intitulée « **Conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales** ».

Cette section comprendra un article unique, l'article L. 243-16, qui comporte deux dispositions.

D'une part, il prévoit que **les documents nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle des cotisations ou contributions sociales** devront être **conservés pendant une durée d'au moins six ans** à compter de leur établissement ou de leur réception.

D'autre part, il prévoit que **les documents établis ou reçus sur support papier pourront être numérisés afin d'être conservés sur support informatique**, dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Par conséquent, **le dispositif proposé s'aligne sur les dispositions existantes en matière fiscale** s'agissant du délai de conservation et de la numérisation des documents pouvant être requis dans le cadre d'un contrôle fiscal.

Le 3° du II créé un article L. 724-7-2 **dans le code rural et de la pêche maritime** afin de **rendre applicables** les dispositions de ce nouvel article L. 243-16 du code de la sécurité sociale **au régime agricole**.

E. Adaptation des dispositions relatives au rescrit social agricole

L'article L. 725-24 **du code rural et de la pêche maritime** rend **applicables au régime agricole** les procédures de **rescrit social** prévues dans le régime général.

La **suppression du régime social des indépendants (Rsi)** par la LFSS pour 2018 a conduit à **aligner les procédures de rescrit social pour les travailleurs indépendants sur celles prévues par l'Urssaf**. Les règles applicables en matière de rescrit social par le Rsi et par l'Urssaf étant similaires, le régime du rescrit social n'a pas été profondément modifié pour les indépendants. Toutefois cet article L. 725-4 n'a pas été modifié afin de tirer les conséquences de cette suppression pour le régime agricole.

Ainsi, les *a* et *b* du 5° du présent article modifient l'article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime afin de :

- **supprimer le II de cet article** qui rendait applicable au régime agricole les dispositions de l'article L. 133-6-9 du code de la sécurité sociale régissant le **rescrit social pour les indépendants** et qui ont été abrogées¹ ;
- **modifier le I** pour tirer les conséquences de cette suppression et **reprendre les règles relatives au rescrit social opéré par l'Urssaf pour le régime agricole.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **un amendement rédactionnel**, sur proposition du rapporteur général, visant à indiquer que les moyens utilisés pour transmettre la mise en demeure devront donner date certaine à « sa » réception et non à « leur » réception par l'employeur ou le travailleur indépendant.

III - La position de la commission

L'extension des TESE et des CEA à toutes les entreprises et associations quelle que soit leur taille constitue une mesure de simplification utile dans la perspective du prélèvement de l'impôt à la source, dont la mise en œuvre pourra s'avérer complexe pour des petites structures employeur. Le présent article maintient toutefois pour les entreprises et les associations la règle selon laquelle le recours à ces titres simplifiés doit être utilisé pour tous les salariés. Si les TESE et les CEA continueront donc à concerner de fait les entreprises et associations de petite taille, la suppression du seuil de vingt salariés offrira plus de souplesse aux employeurs dans la gestion de leur personnel.

Concernant la **dématérialisation des procédures associées au Cesu**, il apparaît assez logique d'appliquer un parallélisme entre la capacité à effectuer ses démarches fiscales par la voie dématérialisée et la capacité à en faire de même pour les démarches relatives à l'emploi d'un salarié. Votre rapporteur général est donc favorable à la poursuite des obligations de dématérialisation dans la mesure où la loi prévoit des dérogations pour les personnes qui ne peuvent pas s'y soumettre. Votre rapporteur général souligne également l'importance des mesures d'accompagnement pour l'utilisation des plateformes numériques qui sont annoncées dans l'étude d'impact et qui devront permettre de faciliter l'accès pour les particuliers employeurs à ces outils dématérialisés.

¹ Elles ont été abrogées par l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Il apparaît en outre souhaitable que les obligations de dématérialisation incombant aux entreprises soient étendues **aux travailleurs indépendants**, comme le propose le présent article.

Concernant la dématérialisation des démarches dans le cadre des relations entre les organismes de sécurité sociale et les cotisants, votre rapporteur général soutient **l'envoi de mises en demeure par voie dématérialisée**. Outre la simplification des démarches et l'économie de papier qu'elle engendrera, la mesure proposée permettra à l'Acoss d'économiser 7 millions d'euros en 2019 selon l'étude d'impact¹. Par ailleurs la **possibilité de conserver les documents reçus sur support papier sous format numérisé** est une faculté offerte aux cotisants dans la gestion de leurs archives que votre rapporteur général accueille favorablement.

Enfin, les dispositions relatives au **rescrit social agricole**, qui procèdent à des mesures d'adaptation, ne présentent pas de difficultés particulières selon votre rapporteur général.

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

Article 14

(art. 1635 bis AE du code général des impôts)

Modification du régime des droits d'enregistrement exigibles pour les demandes d'AMM déposées auprès de l'ANSM

Objet : Cet article tend à supprimer l'obligation de paiement d'un droit d'enregistrement pour les demandes de modification mineure d'AMM, et à relever en conséquence le plafond des droits exigibles pour les autres demandes déposées auprès de l'ANSM.

I - Le dispositif proposé

A. Suppression de l'obligation de paiement d'un droit d'enregistrement pour les demandes de modifications mineures d'AMM

• Le **1° du paragraphe I** du présent article tend tout d'abord à modifier le premier paragraphe de l'article 1635 bis AE du code général des impôts, qui prévoit que **les demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM), les demandes de renouvellement d'AMM et les demandes ou notifications de modification d'AMM déposées auprès de l'ANSM sont soumises au paiement d'un droit**, qui est perçu au profit de la Cnam.

¹ PLFSS, annexe 9, p. 100.

L'étude d'impact indique que cette règle **induit une lourdeur procédurale importante** au cours de la vie des spécialités pharmaceutiques, chaque nouvelle demande déposée auprès de l'ANSM n'étant recevable qu'à la condition de comporter une quittance de la DGFIP attestant du paiement de ce droit. Les entreprises doivent donc successivement s'adresser à la DGFIP et à l'ANSM à chaque fois qu'ils doivent ou souhaitent faire procéder à une mise à jour de l'AMM pour un de leurs produits, ce qui, selon l'étude d'impact, peut avoir lieu plusieurs fois chaque année.

Or, **certaines demandes de modifications de faible portée des AMM ne nécessitent pas d'investissement particulier de la part des autorités publiques**, en ce qu'elles ne demandent pas d'évaluation scientifique ni n'induisent de charge de travail significative pour l'ANSM. C'est notamment le cas, selon l'exposé des motifs, pour les demandes de modifications portant sur des informations purement administratives ou encore sur un emballage qui n'est pas placé au contact du produit.

Un engagement a été pris sur ce point dans le cadre du Csis, dont l'une des « autres mesures » prévoit une « simplification de la structure de redevance de l'ANSM, en supprimant l'obligation de paiement d'un droit lors de l'examen par l'ANSM de certaines modifications mineures de type IA des autorisations de mise sur le marché de médicaments ».

• Il est en conséquence proposé de compléter le 3° du paragraphe I de l'article 1635 *bis* AE par **un nouvel alinéa précisant que le droit n'est pas dû lorsque sont en jeu des modifications mineures d'AMM**.

Ces modifications mineures sont définies par référence aux « modifications mineures de type 1A » mentionnées par le règlement (CE) n° 1234/2008¹, dont le 2) de l'article 2 indique qu'il s'agit de « toute modification dont les répercussions sur la qualité, la sécurité ou l'efficacité du médicament concerné sont minimales ou nulles ». Il est précisé que ces modifications doivent répondre à deux conditions : elles doivent porter sur des informations de nature administrative et technique et ne pas rendre nécessaire la conduite d'une expertise scientifique.

La rédaction proposée ne porte que sur « certaines » des modifications de ce type, la fixation de leur liste étant renvoyée à un décret en Conseil d'État.

¹ Règlement (CE) n° 1234/2008 de la Commission du 24 novembre 2008 concernant l'examen des modifications des termes d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain et de médicaments vétérinaires.

B. Augmentation corrélative de la limite financière maximale du droit exigible pour les autres modifications d'AMM

- Afin d'assurer la neutralité financière de ce dispositif, la perte de recettes qui découlera de ces dispositions pour la Cnam sera compensée par un alourdissement des droits pesant sur les demandes d'AMM, de renouvellement ou de modification majeure d'AMM, ainsi que sur les procédures d'importation parallèle et de reconnaissance d'une AMM par un autre État membre de l'UE.

Le montant de ces droits est, en application du paragraphe II de l'article 1635 *bis* AE, fixé par décret dans la limite maximale du plafond fixé par cet article. Le 2° du paragraphe I du présent article 14 propose de relever ce plafond de 50 000 à 60 000 euros.

- Le paragraphe II précise que l'ensemble de ces évolutions seront applicables aux demandes déposées à compter du 1^{er} janvier 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement cet article, qui opère une simplification bienvenue des procédures attachées aux demandes de modifications mineures d'AMM, et dont les dispositions apparaissent conformes à l'esprit des engagements pris dans le cadre du Csis.

Elle se montrera cependant attentive à la teneur des dispositions qui seront prises par voie réglementaire pour la fixation du montant des droits d'enregistrement pour les autres demandes déposées auprès de l'ANSM : l'engagement pris par le Gouvernement est en effet celui d'une réforme à rendement constant.

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

Article 15

(art. L. 138-10 à L. 138-15 du code de la sécurité sociale)

**Refonte du mécanisme de sauvegarde
applicable aux dépenses de médicaments**

Objet : Cet article procède à une refonte du dispositif de la clause de sauvegarde en modifiant la rédaction des modalités de son déclenchement, en élargissant son assiette à l'ensemble des sommes effectivement portées à la charge de l'assurance maladie, et en prévoyant que la contribution à la charge des entreprises porte uniquement sur leur chiffre d'affaires. Il fixe également le mode de calcul du montant M pour l'année 2019.

I - Le dispositif proposé

A. La clause de sauvegarde, un mécanisme de régulation de la dépense de médicaments fortement et fréquemment modifié dans le cadre des dernières LFSS

• La contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables, dite « clause de sauvegarde de l'Ondam » ou « taux L » (précédemment « taux K ») depuis 2015, est un **mécanisme de taxation incitatif visant à faire participer les laboratoires pharmaceutiques à la régulation des dépenses d'assurance maladie.**

Les conclusions du 8^{ème} Csis présentent la philosophie du dispositif en ces termes : « *Tout au long de l'année, de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, les prix des médicaments plus anciens sont renégociés, et des actions sont menées pour renforcer la pertinence des prescriptions. Mais toutes ces actions ne peuvent pas suffire à assurer, qu'à la fin de l'année, les remboursements de médicaments restent soutenables pour l'assurance maladie. C'est pour cela qu'il existe une clause de sauvegarde sur les dépenses : basée sur le chiffre d'affaires des industriels, cette clause permet de leur demander de verser une contribution à l'assurance maladie en fin d'année lorsque celui-ci évolue trop rapidement. Il s'agit d'un mécanisme protégeant l'assurance maladie contre un choc de dépense trop important.* ».

Mis en place par l'article 31 de la LFSS pour 1999 et codifié aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, il consiste en une **contribution due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques dès lors que leur chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre de certains médicaments dépasse un certain seuil, déterminé par l'application au chiffre d'affaires de l'année précédente d'un taux L déterminé par la loi.** Le déclenchement de ce mécanisme est donc collectif.

Il est cependant possible aux entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (Ceps) de se voir exonérées du paiement de cette contribution dès lors qu'elles s'acquittent en contrepartie du paiement de remises conventionnelles équivalentes.

- Dans son format originel, le mécanisme de la clause de sauvegarde était **essentiellement incitatif**, en ce qu'il visait à encourager les entreprises à faire évoluer leurs pratiques dans le cadre d'une négociation bilatérale avec le Ceps.

La quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques potentiellement assujettis ont en effet conclu une convention en application de laquelle ils s'acquittent de remises conventionnelles dont le montant est calculé en fonction du taux L.

En pratique, le déclenchement de la clause de sauvegarde est resté largement théorique entre 2008 et 2015, d'autant que le marché du médicament connaissait une certaine stabilisation résultant à la fois du faible nombre d'innovations thérapeutiques majeures et de l'accroissement de la régulation des prix.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015¹, en son article 14, a procédé à **une importante réforme de la clause de sauvegarde, alors devenue « taux L »**, qui l'a davantage rapprochée d'un dispositif de **rendement**.

Plusieurs aménagements ont ensuite été opérés dans le cadre de la LFSS pour 2016, à partir des enseignements tirés de la première mise en œuvre du nouveau dispositif – s'agissant notamment des modalités de prise en compte des médicaments orphelins ou des génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité, des conditions de régularisation de la contribution, ou encore de la date limite de son versement.

- L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017² a ensuite scindé le mécanisme du taux L en **deux dispositifs de régulation distincts pour la ville et l'hôpital, reposant respectivement sur un taux Lv et un taux Lh**. Chacune de ces deux clauses de sauvegarde est mise en place selon les mêmes modalités techniques que le taux L, mais en application d'un taux de déclenchement individualisé. Il s'agissait ainsi d'aboutir à une régulation plus fine du marché du médicament en fonction du secteur de commercialisation, le retour de l'innovation médicamenteuse étant plus marquée sur les produits distribués à l'hôpital.

¹ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

² Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Le régime de la clause de sauvegarde, dite « taux L »

Articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale

La contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables porte sur le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé au titre des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers, des produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus), ainsi que des médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre de leur autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou pendant la période qui couvre de la fin de l'ATU à la décision de remboursement (période dite « post-ATU »).

Sont en revanche exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30 millions d'euros, ainsi que les médicaments génériques.

Les entreprises ont la possibilité de s'acquitter de la contribution dans le cadre conventionnel : elles peuvent ainsi conclure avec le Ceps une convention prévoyant le versement aux Urssaf de tout ou partie de la contribution due sous forme de remises. Le mécanisme est incitatif, dans la mesure où une décote de 20 % est prévue dès lors que le montant des remises ainsi consenties dépasse 80 % du montant dû au titre de la contribution.

L'assiette de la contribution, telle que définie par l'article L. 138-11, est la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables de l'ensemble des entreprises du secteur, dès lors que celle-ci dépasse le seuil déterminé par l'application d'un taux Lv (pour les médicaments commercialisés en ville) ou Lh (pour les médicaments distribués à l'hôpital), tous deux déterminés chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Il est à noter que cette part du chiffre d'affaires s'entend déduction faite des remises et contributions versées par les laboratoires à l'assurance maladie au titre du mécanisme L en année n-1. Selon les administrations centrales, il s'agit ainsi de garantir que seul le chiffre d'affaires ayant eu un réel effet sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est pris en compte.

Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 (c'est-à-dire les remises conventionnelles négociées avec le Ceps pour l'acquittement du mécanisme L) ainsi que les éventuelles contributions résultant du déclenchement des mécanismes Lv et Lh s'imputent ainsi respectivement sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Dans le cas où un même médicament pourrait être concerné à la fois par Lv et par Lh, les remises venant en minoration de l'assiette associée sont réparties au prorata des montants remboursés pour ce médicament par l'assurance maladie obligatoire.

S'agissant des modalités d'établissement du montant total de la contribution, les dispositions de l'article L. 138-12 définissent un taux progressif par tranche, qui augmente avec le niveau de dépassement du taux L par le taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises assujetties pour les médicaments concernés, dit taux T. Ce taux est appliqué à la part du chiffre d'affaires en dépassement du taux L.

	Taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution (en % de la part de CA concernée)
<i>1^{ère} tranche</i>	T compris entre L et L + 0,5 point	50 %
<i>2^{ème} tranche</i>	T compris entre L + 0,5 et L + 1 point	60 %
<i>3^{ème} tranche</i>	T supérieur à L + 1 point	70 %

La LFSS pour 2018 enfin, sans revenir sur la structure même du mécanisme mis en place en 2017, y a apporté quelques ajustements de nature technique, visant notamment à prendre en compte le changement de circuit de distribution d'un médicament de la ville vers l'hôpital, ou inversement.

B. Les évolutions proposées par le présent article : du taux L au montant M

Le présent article propose **une profonde évolution** du mécanisme de la clause de sauvegarde. Ces mesures ont été pour partie actées dans le cadre du Csis, dont la mesure n° 13 prévoit de « *simplifier et rendre lisible* » la régulation des médicaments. Le présent article vise à traduire ces engagements par une modification des articles L. 138-10 à L. 138-15 du code de la sécurité sociale.

1. Un déclenchement reposant sur un montant M de chiffre d'affaires, et non plus sur un taux L d'évolution du CA par rapport à l'année précédente

- Il est tout d'abord procédé à **une modification rédactionnelle d'importance**, qui, sans remettre en cause le mode de déclenchement de la clause de sauvegarde, allège la rédaction de l'article L.138-10 et vient modifier la dénomination usuelle de la clause de sauvegarde (aujourd'hui dénommée « taux L », celle-ci devrait couramment devenir le « montant M »).

Le A 1° b) du **paragraphe I** propose ainsi de définir le mode de déclenchement de la clause de sauvegarde non par application d'un taux d'évolution L fixé en LFSS au chiffre d'affaires réalisé par les entreprises pharmaceutiques en année n-1, mais **par référence à un montant M également défini en PLFSS, et qui constitue un chiffre d'affaires maximal pour l'année n.**

C'est donc la formulation de la cible dont le dépassement entraîne un déclenchement du dispositif qui est modifiée. Ne sont en revanche remis en cause ni le principe du déclenchement par la progression du chiffre d'affaires du médicament remboursable d'une année sur l'autre, ni celui du déclenchement collectif en fonction du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises du secteur, ni celui d'un alourdissement de la contribution avec l'importance du dépassement de la cible fixée.

Cette modification cosmétique est répercutée à l'article L. 138-12, qui comporte un tableau précisant le mode de calcul de la contribution, par le 3° du B du paragraphe I.

	<i>Rédaction actuelle</i>	<i>Rédaction proposée</i>	
	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (CA)	Taux de la contribution (exprimé en % de la part du CA concerné)
<i>1^{ère} tranche</i>	T compris entre L et L + 0,5 point	CA supérieur à M et inférieur à M multiplié par 1,005	50 %
<i>2^{ème} tranche</i>	T compris entre L + 0,5 et L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,005 et M multiplié par 1,01	60 %
<i>3^{ème} tranche</i>	T supérieur à L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,01	70 %

- Le montant M pour l'année 2019 est ensuite fixé par le **paragraphe II** du présent article : il sera obtenu en multipliant le CAHT réalisé en 2018 par 1,005, ce qui correspond à **une progression de chiffre d'affaires de 0,5 % entre 2018 et 2019**.

2. Une évolution de l'assiette du mécanisme, qui portera désormais sur l'ensemble de la dépense de médicaments remboursables

La mesure n° 13 du Csis précitée prévoit que les dépenses de médicaments remboursables, aujourd'hui régulées par un dispositif complexe, différencié entre la ville et l'hôpital et comprenant de nombreuses exemptions, **sera à partir de 2019 régulé sur l'ensemble de la dépense**. Cet engagement se traduit selon trois directions.

L'exposé des motifs indique qu'il s'agit ainsi de rendre l'assiette de la clause de sauvegarde plus cohérente avec son objectif, qui est de permettre à la sécurité sociale de faire face à l'évolution des dépenses de médicaments. Il s'agit donc de **prendre en compte l'ensemble des montants ayant effectivement contribué à l'accroissement des dépenses de médicaments à la charge de l'assurance maladie**.

a) Une extension de l'assiette du taux M à l'ensemble des médicaments remboursables, y compris les médicaments génériques et orphelins

Le d) du **A** du **paragraphe I** **supprime l'exclusion des médicaments génériques et orphelins de l'assiette de la clause de sauvegarde**. Celle-ci sera donc désormais constituée du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables.

L'étude d'impact indique que leur intégration dans la régulation opérée par la clause de sauvegarde se justifie par le fort dynamisme de la dépense associée aux médicaments génériques et orphelins.

b) Une régulation unique d'ensemble portant à la fois sur la ville et sur l'hôpital

Le présent article prévoit par ailleurs **l'unicité de l'assiette de la clause de sauvegarde entre la ville et l'hôpital**, la distinction entre les mécanismes dits Lv et Lh étant supprimée « *au profit d'une régulation unique d'ensemble* ».

Plusieurs des dispositions de son **paragraphe I** visent ainsi à supprimer la distinction faite dans le code de la sécurité sociale entre la régulation portant sur médicaments distribués en ville et celle relative aux produits distribués à l'hôpital, qu'il s'agisse de suppressions de la mention des taux (Lv) et (Lh) ou de nouvelles rédactions ou numérotations consécutives à ces modifications.

Ces évolutions sont opérées :

- par les 1° a), c) et d), le 2° a), b) et c) ainsi que le 3° du A, qui porte sur l'article L. 138-10 ;

- par les 1° et 2° du B, qui concerne l'article L. 138-11 ;

- pour l'article L. 138-12, par les 1° et 2° du C ;

- par les D et E pour les articles L. 138-13 à L. 138-15.

c) Une assiette nette de remises

La troisième modification opérée sur l'assiette réside dans **la prise en compte de l'ensemble des remises consenties par les laboratoires pharmaceutiques** au Ceps : celles-ci viendront minorer le montant du chiffre d'affaires pour la détermination de l'assiette de la clause de sauvegarde.

• Ces modifications sont opérées, à l'article L. 138-10, par le **A 1° b)** du **paragraphe I**, et, à l'article L. 138-11, par le **3° du B** du même paragraphe.

Ces remises sont celles prévues dans le code de la sécurité sociale aux articles :

- L. 162-16-5-1 (qui porte sur les remises versées au titre du différentiel de prix des ATU avec le tarif ultérieurement fixé par le Ceps) ;

- L. 162-17-5 (qui prévoit la possibilité pour les laboratoires de s'acquitter sous forme de remises de la perte de chiffre d'affaires résultant de la baisse du prix ou du tarif de responsabilité de spécialités pharmaceutiques décidées par le Ceps lorsque le montant des dépenses d'assurance maladie pour ces produits dépasse un certain montant) et L. 162-22-7-1 (qui prévoit spécifiquement l'application de ce mécanisme aux médicaments relevant de la liste *en sus*) ;

- L. 162-18 (qui encadre le régime des remises conventionnelles versées par les laboratoires).

La **prise en compte des remises versées au titre du mécanisme de sauvegarde, prévues par l'article L. 138-13**, ne figure pas dans les dispositions codifiées dans le code de la sécurité sociale. Le **paragraphe II**, qui fixe le mode de calcul du montant M pour l'année 2019, précise néanmoins que la multiplication par 1,005 porte sur le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises pharmaceutiques en année n-1 net de toutes remises, y compris celles versées au titre de l'article L. 138-13.

- Pour rappel, **la question de la prise en compte ou non des remises a fait l'objet de plusieurs volte-faces dans le cadre des dernières LFSS** : tandis que l'assiette de l'ancien taux K était brute de remises, celles-ci ont à nouveau été prises en compte à compter de la mise en place du taux L en 2015. La LFSS pour 2017 a ensuite opéré un retour à une assiette brute de remises, à l'exception de celles versées dans le cadre du mécanisme de sauvegarde, prévues par l'article L. 168-13.

- Le 4° du **B** du **paragraphe I** précise par ailleurs le mode d'établissement des remises venant minorer l'assiette de la contribution : leur montant sera transmis par le Ceps à l'Acoss, dans des conditions qui seront définies par décret.

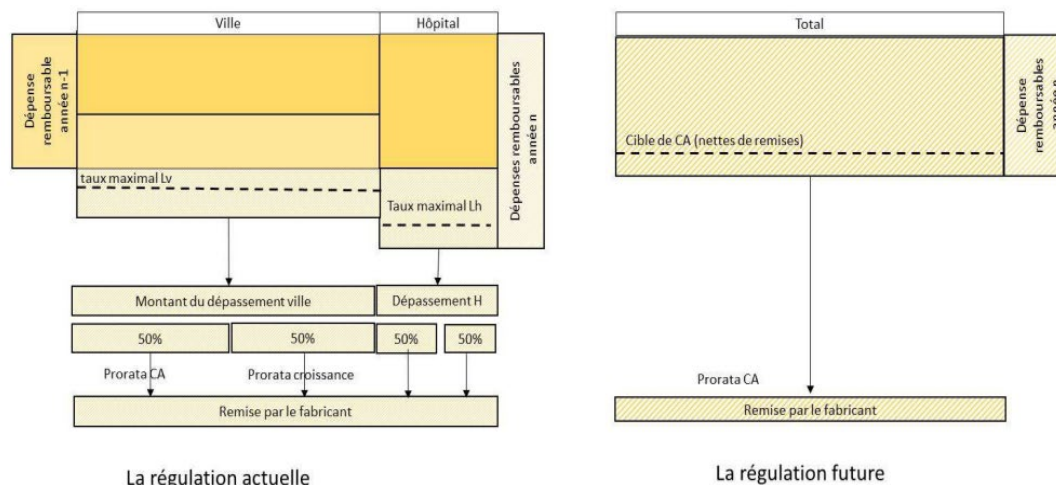
3. Une taxation au prorata du chiffre d'affaires individuel

Le présent article propose par ailleurs de **faire porter la totalité de la contribution résultant du déclenchement de la clause de sauvegarde sur le seul montant du chiffre d'affaires** réalisé par les entreprises redevables, et non plus en partie sur sa progression.

Cette modification est portée par le 4° du **C** du **paragraphe I**, qui modifie l'article L. 138-12. L'étude d'impact indique que ce nouveau régime devrait être tout à la fois « plus équitable » et « plus lisible ».

Les évolutions prévues de la clause de sauvegarde dans le cadre du 8^{ème} Csis

Simplification de la régulation du marché des médicaments



Source : Schéma figurant dans les conclusions du Csis

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel de son rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté à cet article **un amendement du Gouvernement visant à préciser les modalités de calcul du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde au titre de l'année 2019.**

Les entreprises du médicament avaient émis, lors de leur audition par votre rapporteure, des inquiétudes quant aux modalités de constitution de la base de départ pour le déclenchement de la nouvelle clause de sauvegarde au titre de sa première année d'entrée en application. Craignant qu'un « rebasage » pour 2018 conduise à une distorsion entre les assiettes prises en compte pour 2018 et 2019, et ainsi à une réduction artificielle du taux d'évolution de 0,5 % proposé par l'article, elles ont insisté sur la **nécessité de prendre en compte la même assiette pour les années 2018 et 2019.**

La rédaction adoptée par l'Assemblée nationale donne satisfaction à cette requête, en prévoyant que **le montant M pour 2019 sera calculé en prenant en compte non pas les remises dues au titre de la clause de sauvegarde dans son régime actuel, mais un montant S spécifiquement défini pour l'année 2018.** Ce montant S sera « égal à la contribution qui aurait été due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques en application des dispositions de l'article L. 138-10, telles qu'issues de la loi [...] du décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, au titre de l'année 2018 ».

III - La position de la commission

Votre commission des affaires sociales, qui avait appelé au cours des dernières années à une simplification et à une clarification de mécanismes de sauvegarde devenus extrêmement complexes, **observe avec satisfaction la méthode** ayant procédé aux aménagements opérés par le présent article.

Quoique cette nouvelle évolution d'ampleur de la clause de sauvegarde – la troisième depuis 2015 – soit un nouveau symptôme d'une instabilité législative et réglementaire récurrente particulièrement dommageable pour l'attractivité de notre territoire, les évolutions proposées constituent **une simplification réelle** du dispositif prévu par les articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, dont ne pourront que bénéficier les acteurs du médicaments comme le pilotage financier de l'assurance maladie.

La finalité du dispositif se trouve par ailleurs clarifiée : il s'agit de réguler l'évolution de l'ensemble des dépenses de médicaments effectivement portées à la charge de l'assurance maladie.

Ces évolutions **correspondent en grande partie aux engagements pris dans le cadre du Csis**. Des désaccords marqués ont été constatés, lors de l'examen des derniers PLFSS, entre les administrations de la sécurité sociale, les industriels du médicament et votre commission des affaires sociales, s'agissant notamment de la prise en compte ou non des remises dans l'assiette de la contribution et de l'exclusion des médicaments biosimilaires du périmètre de la clause de sauvegarde. Sans revenir sur les arguments de fond qui ont pu être avancés dans le cadre de ces débats, dont certains restent toujours d'actualité, votre commission des affaires sociales considère que **l'équilibre trouvé dans le cadre des discussions conventionnelles ou consensuelles doit être privilégié en ce qu'il constitue un gage d'efficacité**.

Votre commission se montrera cependant très attentive à ce que **l'engagement de prévisibilité pris par le Gouvernement soit tenu en pratique** : la mesure n° 13 précise en effet que « *pour améliorer encore la prévisibilité et la stabilité de la régulation, les paramètres tels qu'ils sont anticipés de la clause de sauvegarde seront annoncés sur plusieurs années à l'avance* ».

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

Article 16

(art. L. 131-6 et L. 136-3 du code de la sécurité sociale ;
art. 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017
de financement de la sécurité sociale pour 2018)

**Clarification des modalités de calcul
des cotisations sociales des travailleurs indépendants**

Objet : Cet article vise d'une part, à clarifier le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants et prolonge d'autre part, jusqu'au 31 décembre 2019, l'expérimentation de « l'auto-liquidation » de ces mêmes cotisations prévue dans la LFSS pour 2018.

I - Le dispositif proposé

A. La clarification souhaitée dans le calcul de l'assiette des cotisations sociales des travailleurs indépendants

1. Des modalités de calcul « circulaires » et difficilement compréhensibles des travailleurs indépendants

a) La définition de l'assiette sociale des travailleurs indépendants

Contrairement aux salariés dont les cotisations sociales sont calculées sur la rémunération brute, les travailleurs indépendants sont assujettis à des cotisations sociales assises sur leur rémunération nette.

L'assiette des cotisations sociales des travailleurs indépendants¹, dite **assiette nette**, est constituée de leurs revenus d'activité² desquels est déduit le montant de leurs cotisations sociales.

Le principe de « l'assiette nette » résulte d'une lecture combinée des articles L. 131-6 du code de la sécurité sociale et de l'article 154 *bis* du code général des impôts (*voir encadré ci-après*).

L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale dispose que **l'assiette des cotisations** sociales des travailleurs indépendants³ est constituée, sous certaines réserves, **des revenus de l'activité indépendante à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu**.

L'article 154 *bis* du code général des impôts définit **l'assiette de l'impôt sur le revenu** des travailleurs indépendants et prévoit que les cotisations sociales des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, en sont exclues.

¹ Lorsqu'ils ne sont pas micro-entrepreneurs. Dans ce cas, l'assiette de cotisations est fondée sur le chiffre d'affaires.

² Les bénéfices industriels et commerciaux (BIC) pour les artisans et commerçants et les bénéfices non commerciaux (BNC) pour les autres indépendants en particulier les professionnels libéraux.

³ Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales, d'assurance invalidité-décès et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants.

L'assiette des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Le principe d'identité de l'assiette fiscale et de l'assiette sociale (art. L. 131-6 CSS) : l'assiette des cotisations sociales est constituée des revenus d'activité indépendante retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

L'assiette de l'impôt sur le revenu (art. 154 bis CGI) : les bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou les bénéficiaires non commerciaux (BNC) desquels sont déduits les cotisations sociales à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires ainsi que les primes versées à des régimes facultatifs d'assurance vieillesse.

L'assiette des cotisations sociales (art. L. 131-6 CSS) : l'assiette de l'impôt sur le revenu sous réserve :

- de sommes déduites pour le calcul de l'impôt sur le revenu mais réintégrées dans l'assiette sociale (1° du II de l'article L. 131-6) : les exonérations fiscales, les moins-values professionnelles à long-terme, les reports déficitaires, les déductions à effectuer du chef des frais professionnels (dont l'abattement fiscal de 10 %), les frais, droits et intérêt d'emprunt, les cotisations versées aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire facultatifs (contrats Madelin, régimes facultatifs mis en place par les caisses des professions indépendantes non agricoles...);

- de sommes intégrées dans l'assiette sociale indépendamment de leur traitement fiscal (2° à 4° du II de l'article L. 131-6) : les revenus tirés de la location d'un établissement professionnel, lorsque le travailleur indépendant y exerce également. Pour les non salariés dont l'activité est soumise à l'impôt sur les sociétés¹, sont intégrés à l'assiette sociale : les dividendes perçus pour la fraction supérieure à 10 % du capital sociale, les primes d'émission et les sommes versées en compte courant détenus par le travailleur indépendant²³;

- de sommes intégrées dans l'assiette de l'impôt sur le revenu mais exclues de l'assiette sociale (III de l'article L. 131-6) : le montant des plus-values professionnelles à long terme et la majoration de 25 % du bénéfice, appliquée au montant du bénéfice lorsque le travailleur indépendant ne recourt pas à des experts comptables ou associations de gestion agréée.

Si elle est favorable aux travailleurs indépendants, l'assiette nette, et en conséquence le montant des cotisations sociales qui en découlent, est toutefois très complexe à calculer. La détermination de l'assiette suppose en effet de connaître *a priori* le montant des cotisations sociales alors qu'elle doit servir à en déterminer le montant... **Ce phénomène de « circularité » constitue un obstacle majeur à la bonne compréhension par les travailleurs indépendants des prélèvements sociaux qui leur sont demandés.**

¹ Gérant majoritaire de SARL, associé unique d'EURL, associé de société en nom collectif ayant opté pour l'IS.

² C'est également le cas pour les entrepreneurs individuels à responsabilité limitée (EIRL) qui ont opté pour l'impôt sur les sociétés et qui doivent intégrer dans leur assiette sociale la part des dividendes qui excède 10 % de la valeur du patrimoine ou 10 % du montant du bénéfice net si celui-ci est supérieur.

³ Pour la présentation des dispositions spécifiques aux non-salariés travaillant dans des sociétés soumises à l'IS, votre rapporteur s'est référé à la présentation faite dans le rapport du Haut conseil sur le financement de la protection sociale sur La protection sociale des non salariés et son financement, octobre 2016.

Il s'avère **difficilement surmontable chaque année au moment de la déclaration des revenus du travailleur indépendant.**

b) La nécessité pour le travailleur indépendant de pré-calculer le montant de ses cotisations sociales

Lors de la déclaration de revenus des travailleurs indépendants, il est demandé à ces derniers de déclarer non seulement leurs revenus mais également le montant des cotisations sociales à déduire.

Le travailleur indépendant est tenu de remplir deux déclarations de revenus : l'une au titre de l'impôt sur le revenu (déclaration annuelle de revenus) et l'autre au titre des prélèvements sociaux (déclaration sociale de l'indépendant- DSI).

Ces deux déclarations requièrent du travailleur indépendant qu'il déclare également le montant de ses cotisations sociales pour deux raisons différentes.

Au titre de l'impôt sur le revenu, l'administration fiscale ne connaissant pas les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux s'appliquant au travailleur indépendant (exonérations, assiettes minimales, progressivité des taux...), ce dernier est tenu de déclarer le montant de ses cotisations de façon à le déduire du bénéfice imposable afin de calculer l'impôt.

Pour la déclaration sociale de l'indépendant adressée à l'Urssaf, chargée du calcul des cotisations et des contributions sociales, le montant des cotisations sociales est également demandé pour le calcul de l'assiette de la CSG et de la CRDS.

En effet, aux termes de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale, la CSG est assise sur les revenus pris en compte dans l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 131-6 auxquels il faut ajouter, d'une part, les cotisations sociales déduites du bénéfice imposable tel que le prévoit l'article 154 *bis* du code général des impôts et d'autre part, les sommes attribuées au titre de l'intéressement et de la participation.

Bien que l'Urssaf soit en mesure de calculer le montant de ces cotisations sociales sur la base du revenu définitif déclaré par le travailleur indépendant, il est tout de même demandé aux assurés de déclarer ce montant afin « *d'assurer la concordance exacte entre les cotisations sociales obligatoires, effectivement déduites pour établir le revenu d'activité imposable et les cotisations sociales réintégréées en vue de calculer la CSG et la CRDS* »¹.

¹ *Étude d'impact du PLFSS pour 2019, p. 124.*

Comme il a été expliqué à votre rapporteur, pour déterminer l'assiette de la CSG-CRDS, la rédaction actuelle de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale fait référence aux cotisations sociales mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts, c'est-à-dire au montant déclaré des cotisations au titre de l'impôt sur le revenu et non celui pouvant être calculé *a posteriori* par l'Urssaf.

La régularisation du montant des cotisations se fait d'ailleurs sur le fondement de la déclaration du travailleur indépendant, l'Urssaf ne procédant que rarement à un contrôle de l'assiette.

Au stade de la déclaration sociale de l'indépendant, il est donc impératif de demander à l'assuré le montant de ses cotisations sociales.

Reconnaissant que « *ce montant de cotisations pourrait toutefois être déduit du montant du revenu, ainsi que le travailleur indépendant l'a fait lui-même* », l'étude d'impact concède que « *cette sollicitation n'est (...) pas comprise des assurés, qui ont, de manière général, des difficultés à reconstituer le montant de leurs cotisations sociales* ».

c) La difficulté du pré-calcul des cotisations se pose principalement pour les travailleurs indépendants ayant une comptabilité d'exercice

Les travailleurs indépendants sont donc contraints de pré-calculer leurs cotisations sociales afin de les déclarer simultanément à leurs revenus.

La difficulté du pré-calcul du montant des cotisations sociales diffère sensiblement selon que le travailleur indépendant dispose d'une comptabilité d'exercice- dite aussi comptabilité d'engagement, ou d'une comptabilité de caisse-dite aussi de trésorerie (*voir encadré*).

Deux types de comptabilité

La comptabilité de caisse ou de trésorerie : le travailleur indépendant enregistre au titre d'une année chaque opération (vente ou achat) effectivement exécutée (encaissement ou décaissement), quel que soit le moment du fait générateur. De manière générale, une grande partie des professionnels libéraux recourent à cette comptabilité. Un droit d'option est possible pour les artisans et commerçants, de même qu'à l'ensemble des travailleurs indépendants choisissant le régime de comptabilité super simplifié.

La comptabilité d'engagements ou d'exercice : le travailleur indépendant retient la date du fait générateur (naissance de la dette ou de la créance) comme critère de rattachement comptable. Il enregistre au titre de l'année comptable la dépense ou la vente même si l'encaissement ou le décaissement n'interviendra que l'année suivante par exemple. Traditionnellement, les artisans et commerçants sont soumis à cette comptabilité.

Pour le travailleur indépendant recourant à une comptabilité de caisse, la déclaration des revenus de l'année N-1 réalisée au printemps de l'année N¹ est *relativement* facile à compléter : il lui suffit d'additionner l'ensemble de ses bénéficiaires encaissés et de déduire la somme des cotisations sociales effectivement payées (décaissées) au cours de l'année N-1 pour obtenir son montant de cotisations sociales. Le calcul du montant définitif de cotisations sociales par l'Urssaf, après l'envoi de la DSI, ne diffère normalement pas sensiblement de la déclaration du travailleur indépendant².

L'opération est autrement plus complexe pour le travailleur indépendant soumis à une comptabilité d'exercice. Au moment de sa déclaration de revenus de l'année N-1, au printemps de l'année N, il doit pré-calculer le montant de ses cotisations sociales en évaluant au regard des revenus déclarés le montant qu'il devra acquitter au titre de l'année N-1. Or, ce n'est qu'après l'envoi de la DSI avec les revenus définitifs de l'année N-1 à l'Urssaf que cette dernière pourra procéder au calcul définitif du montant des cotisations sociales et le cas échéant à la régularisation de leur paiement.

Ces travailleurs indépendants se trouvent donc dans l'obligation de pré-calculer leurs cotisations et ce alors même qu'« aucune règle n'a été définie de manière claire afin de déterminer les conditions de réalisation de ce calcul de l'assiette, ce qui est une source fréquente de questions, de difficultés de compréhension ainsi que d'erreurs dans les opérations de recouvrement »³.

d) Dans la pratique, un calcul impossible à réaliser avec certitude

N'ayant pas eu de réponse de la direction de la sécurité sociale au moment de la rédaction de ce commentaire, votre rapporteur général reprendra une partie des explications formulées par notre collègue rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale Olivier Véran, s'agissant du calcul itératif à réaliser pour obtenir le montant des cotisations sociales d'un indépendant (*voir encadré ci-contre*).

Il partage pleinement le constat sévère, formulé par notre collègue, que si la « logique de l'assiette nette permet d'asseoir les cotisations au plus près du revenu d'activité réel, c'est au prix d'une complexité intrinsèque rendue quasi-insondable par des dispositions législatives byzantines »...

¹ La campagne de déclaration sociale des indépendants est prévue chaque année entre avril et juin, de façon contemporaine à la déclaration de revenus pour l'impôt sur le revenu.

² Après avoir complété leur déclaration sociale des indépendants (pour l'année N-1), les assurés reçoivent de l'Urssaf chaque année un courrier dit « 3 en 1 ». Il comprend en premier lieu, sur la base des revenus définitifs déclarés de l'année N-1, un calcul du montant des cotisations sociales et le cas échéant d'une régularisation de leur prélèvement pour l'année N-1. En deuxième lieu, il contient une réévaluation des cotisations provisionnelles pour l'année N, en cours, sur la base des revenus N-1 ou des revenus estimés de l'année N. Enfin, il communique au travailleur indépendant un nouvel échéancier pour les 12 prochains mois.

³ Étude d'impact, p. 124.

Dans la pratique les travailleurs indépendants soumis à une comptabilité d'exercice peuvent avoir recours au conseil d'un expert-comptable¹ qui procède, avec les incertitudes liées à la difficulté de l'exercice, à l'estimation de leur montant de cotisations sociales.

« Le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants sur une assiette nette desdites cotisations est facteur d'une grande complexité »²

Le mode de calcul circulaire des cotisations sociales *« nécessite de procéder par itérations afin de connaître l'assiette des cotisations ; le taux de cotisations doit in fine être appliqué à un revenu qui, une fois ajouté à ce montant de cotisations, est égal au revenu brut »*.

Prenant l'exemple d'un travailleur indépendant au revenu brut de 1 000 et dont la somme des taux de ses cotisations sociales est de 20 %, notre collègue propose un tableau permettant d'illustrer, *« si toutefois cela est possible »*, le mode de calcul à opérer :

**CALCUL DES COTISATIONS À DÉDUIRE DU REVENU BRUT
POUR OBTENIR L'ASSIETTE NETTE**

Itérations	Calcul des cotisations à déduire	Montant des cotisations à déduire
1	1000 X 0,2	200
2	(1000-200) X 0,2	160
3	(1000-160) X 0,2	168
4	(1000-168) X 0,2	166,4
5	(1000-166,4) X 0,2	166,72
6	(1000-166,72) X 0,2	166,66
7	(1000-166,66) X 0,2	166,66
8	(1000-166,66) X 0,2	166,66*

* Ce montant est le bon car lorsqu'on le soustrait du revenu brut (1 000), il est égal à 20 % du revenu net (1 000 – 166,66 = 833,34, et 20 % de 833,34 = 166,66).

Source : direction de la sécurité sociale.

Lorsqu'ils ne disposent pas de conseil, les travailleurs indépendants additionnent *a minima* les cotisations prévisionnelles qui leur ont été demandées au titre de l'année passée et évaluent, autant que faire se peut, le montant de la régularisation qui interviendra à l'issue de la DSI, au regard de l'évolution de leur revenu.

¹ « Si le recours à un professionnel est quasiment généralisé parmi les professions commerciales, 95 % ont un expert-comptable, c'est moins fréquemment le cas pour les artisans. L'intervention d'un expert-comptable ne peut donc être considérée comme systématique ». *Rapport du Sénat n° 597 (2013-2014) sur le régime social des indépendants, juin 2014.*

² *Extraits du rapport n° 1336 sur le PLFSS pour 2019, tome 2, pp. 138-139*

Votre commission s'est émue depuis longtemps¹ de cette complexité, qui outre des problèmes de déclarations fiscales et sociales, posait problème également pour la gestion de trésorerie des travailleurs indépendants qui avaient du mal, jusqu'à la mise en place du dispositif « 3 en 1 », à provisionner les montants nécessaires de cotisations sociales relevant de revenus perçus deux ans auparavant.

L'intention du Gouvernement de « clarifier les modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants afin d'éviter des disparités dans les méthodes de calcul » est donc louable.

2. L'introduction d'une formule explicite de calcul des cotisations sociales dans la loi

a) La réécriture de l'article L. 131-6

Le I du présent article réécrit l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale et procède à son « autonomisation » par rapport à l'article 154 *bis* du code général des impôts.

Le 1^o remplace le premier paragraphe de l'article L. 131-6 qui définit l'assiette sociale des indépendants. La nouvelle rédaction reprend le principe de l'assiette nette des cotisations sociales et mentionne explicitement le terme.

L'« assiette nette » est :

1) **constituée** des revenus à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu sous réserve des dispositions des II à IV de l'article L. 131-6.

Les 2^o à 6^o du présent article procèdent à une renumérotation, au sein des II à IV, des dispositions actuelles de l'article L. 131-6 sans changement de fond afin de rendre plus claire la lecture de l'article.

Le 6^o précise en particulier que l'ensemble des cotisations sociales de base et complémentaire, obligatoires et facultatives, déduites de l'assiette de l'impôt sur le revenu, sont réintégrées dans l'assiette sociale. Cet ajout permet de simplifier la rédaction de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale concernant l'assiette de la CSG (*voir b*). Bien évidemment, l'exclusion des cotisations sociales aux régimes obligatoires de l'assiette sociale est prévue dans le I de l'article L. 131-6 ;

¹ Rapport sur le régime social des indépendants, *op. cit.*

2) **diminuée** du montant des cotisations calculé selon les modalités fixées au V nouveau de l'article L. 131-6, créé par le 7° du présent article.

Le I de l'article L. 131-6 précise donc désormais explicitement l'exclusion du montant des cotisations sociales obligatoires de l'assiette « nette » sociale des travailleurs indépendants, sans qu'il soit besoin de le déduire de la lecture de l'article 154 bis du code général des impôts. Il prévoit également la formule de calcul des cotisations sociales.

Le 7° complète en conséquence l'article L. 131-6 d'un V qui a deux objets :

- son premier paragraphe précise les modalités de réalisation du calcul des cotisations sociales¹ et est ainsi rédigé : « *le montant de cotisations mentionné au I [de l'article L. 131-6] est égal au **produit du montant des revenus** établi en application des II à IV et de la somme des taux de cotisations en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues, **applicables pour l'assiette nette mentionnée au I, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un** » ;*

- son second paragraphe précise qu'« *en vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants* », les Urssaf ou, dans les outre-mer concernées, les caisses de gestion de la sécurité sociale, « *communiquent à l'issue de la déclaration des revenus (...) le montant de cotisations calculé selon les modalités fixées à l'alinéa précédent. Ces organismes mettent en place un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul* ».

D'un point de vue juridique, la nouvelle rédaction de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale autonomise bien ce dernier de l'article 154 bis en prévoyant lui-même le principe d'exclusion des cotisations sociales de l'assiette nette (1°) et en donnant la formule de calcul des cotisations sociales permettant de les calculer directement sans connaître en amont l'assiette sociale. Le travers de la « circularité » semble enrayé... et pourtant !

D'un point de vue **pratique**, votre rapporteur n'a pas été spontanément convaincu par l'intelligibilité de la formule de calcul. N'ayant pu, là encore, obtenir de réponses de la direction de la sécurité sociale, il a utilement pris connaissance du rapport de notre collègue Olivier Véran.

Ce dernier s'est en effet vu communiquer la formule de calcul dans sa présentation « mathématique » :

Montant de cotisations à déduire = (somme des taux X revenu brut) / (1+taux).

Pour être bien comprise, cette formule mérite d'être explicitée (voir encadré ci-contre), ce que l'étude d'impact, dans une légèreté condamnable, ne s'emploie absolument pas à faire.

¹ Dont l'étude d'impact admet qu'il est aujourd'hui « laissé dans l'ombre de la loi »

À ce stade de l'analyse, **votre rapporteur donne acte de la bonne volonté du Gouvernement de rendre plus lisible les modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants.**

Cette bonne volonté, si elle n'aboutissait pas en réalité à une formule inopérante (voir III. *Position de la commission*), devrait toutefois **être tempérée au regard du principe constitutionnel d'intelligibilité du droit qui ne trouve pas spontanément à s'appliquer dans ce paragraphe.**

Le second paragraphe du V s'avère d'une lecture plus simple et, pour les travailleurs indépendants, peut-être plus enthousiasmante.

Il propose en effet deux solutions concrètes aux assurés :

- l'assurance d'une communication, dès la déclaration de revenus, du montant des cotisations sociales par l'Urssaf au travailleur indépendant ;
- la mise en place d'un téléservice permettant à tout moment de procéder au calcul.

Votre rapporteur se félicite de la démarche semblant être entreprise par le Gouvernement pour mettre à disposition des travailleurs indépendants les outils leur facilitant le calcul des cotisations sociales.

Comment arrive-t-on à la formule de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants prévue dans le projet de loi ?

Le calcul théorique des cotisations sociales des travailleurs indépendants répond aujourd'hui à la formule suivante : la somme des taux de cotisations sociales de l'assuré, appliquée à son assiette nette (soit le revenu brut moins le montant des cotisations sociales). Si l'on reprend l'exemple d'un travailleur indépendant soumis à une somme de taux de cotisation de 20 %, cela donne la formule mathématique suivante :

$$x = 20 \% (RB - x)$$

Où : RB correspond au revenu brut et x au montant des cotisations sociales.

Si du point de vue de l'assuré, cette formule est bien circulaire (on a besoin du montant des cotisations sociales pour calculer l'assiette de cotisations qui permet de calculer le montant des cotisations), elle ne l'est plus lorsque l'on résout l'équation présentée ci-dessus :

$20 \% (RB - x) = x$
$20 \% RB - 20 \% x = x$
$20 \% RB = x + 20 \% x$
$= x (1 + 20 \%)$
↓
$x = \frac{20 \% RB}{1 + 20 \%}$

La solution de l'équation correspond bien à la formule mathématique présentée dans le rapport de notre collègue traduisant la formulation littéraire (?) du projet de loi.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Il s'interroge toutefois sur la portée de la première disposition relative à la communication du montant des cotisations dès la DSI. Au-delà de l'évolution sur le calcul de la CSG-CRDS (voir *infra b*)), cela signifie-t-il que les travailleurs indépendants pourraient disposer du montant définitif de cotisations sociales au moment de leur déclaration fiscale ?

De même, si la mise en place d'un téléservice de calcul des cotisations constitue une réelle avancée, il n'en demeure pas moins qu'il ne change rien à la difficulté intrinsèque de ce calcul, que le travailleur indépendant ne manquera pas de faire pour vérifier le montant proposé par le téléservice.

Le lien de confiance entre le travailleur indépendant et sa sécurité sociale étant durablement affecté après la crise du régime social des indépendants, la mise en place d'un téléservice ne pourra à lui seul le réparer et la simplification en soi des modalités de calcul de l'assiette de cotisations serait souhaitable.

b) La simplification du calcul de l'assiette de CSG et CRDS

Le II du présent article modifie l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale qui définit l'assiette de calcul de la CSG, dont procède celle de la CRDS.

Il supprime la référence problématique à l'article 154 *bis* du code général des impôts afin de faire dépendre l'assiette de la CSG des travailleurs indépendants du seul article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Désormais, la CSG est assise sur les revenus déterminés en application des II et IV de l'article L. 131-6 qui incluent bien l'ensemble des cotisations sociales, obligatoires et facultatives, déduites de l'assiette d'impôt sur le revenu.

B. La prolongation de six mois de l'expérimentation de l'auto-liquidation des cotisations sociales des travailleurs indépendants

L'article 15 de la LFSS pour 2018¹ supprime le régime social des indépendants et transfère la gestion de leur sécurité sociale au régime général.

Le XVII de cet article autorise les Urssaf à mener, auprès des travailleurs indépendants, une expérimentation visant à leur proposer d'acquitter leurs cotisations sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établies à partir des informations communiquées par ces assurés en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. Cette expérimentation, reposant sur une démarche volontaire des travailleurs indépendants, prend fin au 30 juin 2019.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

À son issue, le texte, modifié par un amendement sénatorial adopté par votre commission l'année dernière, prévoit que l'Acoss propose au Gouvernement les pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants.

En outre, un rapport du Gouvernement doit être transmis au Parlement au terme de cette expérimentation pour préciser les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Cette expérimentation de « l'auto-liquidation » rejoint une préoccupation ancienne de votre commission. L'enjeu pour le travailleur indépendant est de réduire encore plus, que ne le permet le dispositif du « 3 en 1 », le délai entre la perception d'un revenu et le prélèvement des cotisations sociales afférentes. **La contemporanéité des prélèvements sociaux à la perception d'un revenu permet également de mieux faire face à la variation de ces derniers.**

Le présent article reporte de six mois l'échéance de l'expérimentation pour la fixer au **31 décembre 2019**. L'étude d'impact précise que le téléservice sera mis en place le 1^{er} janvier 2019 dans deux régions. Il permettra aux travailleurs indépendants de déclarer leurs revenus au rythme qu'ils souhaitent afin de recalculer, sur le fondement de ce revenu estimé, l'échéancier de prélèvement des cotisations sociales. Il offrira également la possibilité pour l'assuré de payer par carte bancaire ses cotisations. En réponse à votre rapporteur lors de son audition devant votre commission le 24 octobre dernier¹, le directeur de l'Acoss ne considère pas que ce report soit lié à un retard mais justifie le calendrier d'un projet ambitieux élaboré en partenariat avec les travailleurs indépendants :

« Nous avons coconstruit ce projet, en 2018, avec les travailleurs indépendants. Durant le premier semestre, nous avons organisé des ateliers avec un panel indépendant pour identifier les besoins et les fonctionnalités attendues. Depuis juin, nous travaillons à des prototypes, à définir l'interface. Nous sommes désormais en phase de développement pour pouvoir lancer l'expérimentation à partir de janvier 2019. Les premiers retours des panels sont positifs, ils apprécient la simplicité du modèle. L'expérimentation, en 2019, ne concernera que les artisans et les commerçants, hors départements d'outre-mer, qui payent de manière mensuelle. Si le résultat est positif, nous proposerons, en 2020, ce service aux professions libérales, à ceux qui payent de manière trimestrielle et aux outre-mer. Ce service permet d'assurer la contemporanéité entre le revenu et la cotisation. Le système repose sur la confiance à l'égard des travailleurs indépendants. Si un écart important de revenu apparaît entre les déclarations mensuelles et la régularisation finale, il n'y aura pas de pénalités. À chacun de savoir estimer son revenu. L'intérêt des indépendants n'est pas de sous-estimer leur revenu mensuel et de créer une dette qu'ils devront solder à la fin ».

¹ Voir le compte-rendu annexé au présent rapport.

L'étude d'impact précise que l'interruption de l'expérimentation au 30 juin 2019 « obligerait les travailleurs indépendants volontaires à effectuer en cours d'année un paiement de leurs cotisations provisionnelles sur la base d'un échéancier transmis par les Urssaf. À titre de simplification, il est proposé de prolonger cette expérimentation de six mois »¹.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Au risque de la répétition, votre rapporteur salue une nouvelle fois l'intention du Gouvernement de vouloir simplifier le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, tant par la définition de règles explicites de calcul que par la mise en place de services à destination des assurés.

Elle rejoint la position de votre commission l'année dernière, lors de la suppression du RSI, qui avait estimé qu'un simple « changement de marque » ne pouvait à lui seul répondre aux attentes des travailleurs indépendants et qu'une simplification radicale du calcul de leurs cotisations sociales était nécessaire.

Pour autant, la solution proposée par cet article n'est pas aboutie et semble, à ce stade, poser plus de problèmes qu'elle n'en résout.

C'est particulièrement le cas s'agissant de la **formule de calcul des cotisations sociales** qui soulève trois difficultés :

- il s'agit tout d'abord d'une **formule purement théorique** qui ne prend pas en compte les règles d'assiettes minimales, d'exonération ou de progressivité des taux de cotisations en fonction des revenus d'activité qui s'appliquent actuellement aux travailleurs indépendants.

Pour ne prendre qu'un seul exemple, la progressivité des taux de cotisation d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants² n'est pas soluble dans cette formule. Cette dernière, censée s'appliquer à tous les travailleurs indépendants, est donc **inopérante dans la majorité des cas** et ne pourra servir à calculer plus facilement le montant des cotisations ;

- de plus, comme cela a été vu, les travailleurs indépendants soumis à une comptabilité de caisse déduisent de leur assiette fiscale le montant des cotisations effectivement payées l'année précédente et non pas celui calculé sur le revenu brut afférent à cette année.

¹ p. 125.

² Pour la retraite de base : 17,75 % pour les revenus sous 1 PASS et 0,60 % pour les revenus au-delà de ce seuil. Pour la retraite complémentaire : 7 % pour les revenus sous 37 846 euros et 8 % pour les revenus entre 37 846 et 158 928 euros (4 PASS). Il est impossible d'additionner ces taux car ils ne s'appliquent pas à la même assiette de revenus...

Par conséquent, **le principe même de comptabilité de caisse apparaît en contradiction avec la formule ainsi rédigée**. Alors qu'elle est censée ne rien changer sur le fond aux modalités actuelles de calcul des cotisations, cette formule pourrait soulever de nouvelles incompréhensions pour les travailleurs indépendants en comptabilité de caisse en particulier les professionnels libéraux ;

- enfin, la rédaction de cette formule ne répond pas à l'exigence d'intelligibilité de la loi alors même qu'elle trouve son origine dans la volonté de clarifier des règles dont tout a été dit de la complexité.

Sans nier la difficulté de l'exercice, votre rapporteur reprendra les termes d'une décision ancienne du Conseil constitutionnel selon laquelle, « *les destinataires des dispositions en cause ne sont pas seulement l'administration fiscale [ou en l'espèce les administrations de sécurité sociale], mais aussi les contribuables, appelés à calculer par avance le montant de leur impôt [ou cotisations sociales] afin [d'en] évaluer l'incidence sur leurs choix* »¹. **Le chantier de la simplification des modalités de calcul des cotisations sociales des indépendants doit améliorer la lisibilité des textes s'appliquant aux assurés.**

S'agissant du **téléservice** mis en place par les Urssaf pour le calcul des cotisations sociales, votre rapporteur formule deux réserves :

- en ne visant que les Urssaf et les CGSS comme institutions chargées de mettre en place ce service, le présent article semble oublier que les cotisations d'assurance vieillesse (base et complémentaire) des professionnels libéraux sont calculées et appelées soit par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnelles libéraux et ses dix sections professionnelles, soit par la caisse nationale du barreau français pour les avocats. La mise en place du téléservice, qui permettra d'évaluer le montant provisionnel des cotisations sociales, doit s'adresser également aux professionnels libéraux en leur donnant une information consolidée. **Leurs caisses de retraite doivent participer à la construction de ce téléservice ;**

- de plus, l'article ne prévoyant pas de date d'entrée en vigueur particulière, il sera applicable dès l'entrée en vigueur du présent projet de loi. Or, d'après les informations recueillies, le téléservice n'est absolument pas prêt.

L'avant-PLFSS transmis au Conseil d'État prévoyait une entrée en vigueur de l'article au 1^{er} janvier 2020. Au regard du chantier que constitue tant la création de ce téléservice que la compréhension de la formule de calcul proposée, ce délai n'apparaissait pas déraisonnable...

¹ Décision n° 2005-530 DC du 29 décembre 2005 sur la loi de finances pour 2006.

S'agissant enfin de la modification apportée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale sur la définition de l'assiette de CSG-CRDS d'une part, et du recul de six mois de la fin de l'expérimentation de l'auto-liquidation qui ne pourra débiter qu'au 1^{er} janvier 2019 d'autre part, votre rapporteur n'a pas de commentaires supplémentaires.

Pour toutes ces raisons, votre commission a adopté un **amendement n° 60 modifiant substantiellement l'article 16.**

Cet amendement a trois objets :

- il réécrit intégralement le **I du présent article** pour supprimer la formule de calcul des cotisations sociales tout en maintenant le principe du téléservice.

Votre rapporteur a lu avec intérêt la proposition formulée par le Gouvernement dans l'étude d'impact selon laquelle « *dans un second temps, et à moyen terme, il pourra être envisagé de prévoir que, à niveau de cotisations inchangé, le calcul de l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale soit réalisé sur la base d'une assiette dont le niveau ne dépendrait pas du montant de ces mêmes cotisations* »¹. Par la suppression de cette formule qui n'apporte rien au droit existant et crée au contraire encore plus de confusion, **votre rapporteur invite le Gouvernement à passer directement à cette seconde étape.** C'est l'objet du III de l'amendement de votre commission.

Le I maintient toutefois le principe de la création du téléservice d'aide au calcul des cotisations. Il reprend une partie du V de l'article L. 131-6 qui aurait résulté du I du présent article afin d'insérer dans la rédaction actuelle de l'article L. 131-6 l'existence de ce téléservice.

Afin d'assurer un service pleinement effectif à l'ensemble des travailleurs indépendants et en particulier des professionnels libéraux, l'amendement élargit la liste des institutions chargées de le mettre en place aux caisses de retraite des professionnels libéraux (caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et caisse nationale du barreau français). L'amendement précise que cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (IV de l'amendement).

- en cohérence avec la réécriture du I, l'amendement supprime le II du présent article. La **simplification proposée de l'article L. 136-3 n'était pas sans intérêt** mais elle doit s'inscrire dans **une refonte plus large de la définition des cotisations sociales qui s'inscrira à la fois dans le code général des impôts et dans le code de la sécurité sociale ;**

- le **III de l'amendement propose d'engager cette refonte**, qui avait déjà été évoquée l'année dernière lors de la mise en place de l'expérimentation de l'auto-liquidation.

¹ p. 126.

Il complète le II du présent article afin de préciser la commande passée au Gouvernement, dans l'article 15 de la LFSS pour 2018, d'un rapport à remettre au Parlement pour présenter les propositions retenues, à l'issue de l'expérimentation, en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des indépendants.

L'étude d'impact mentionne la piste d'une évolution de l'assiette « nette » des cotisations sociales des travailleurs indépendants vers une assiette brute, qui est actuellement celle de la CSG-CRDS et également celle applicable aux cotisations des salariés.

« Afin d'éviter que ce changement d'assiette conduise à une hausse des cotisations payées », l'étude précise qu'il conviendrait « alors d'adapter les taux de cotisations sociales, ainsi que les assiettes minimales, les plafonds et les règles d'exonération actuellement applicables aux travailleurs indépendants pour assurer la neutralité du niveau des prélèvements par rapport à la situation actuelle ».

Votre rapporteur s'étonne que cette solution, qui avait été explicitement écartée dans un rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales de 2016¹, **soit de nouveau avancée par le Gouvernement.**

Dans son audition devant votre commission, le directeur de l'Acosse a pointé également la difficulté d'une telle mesure :

« En effet, dès lors que le rapport entre le revenu brut et net n'est pas le même pour tous les indépendants, il semble extrêmement difficile de réaliser un changement de ce type sans faire des perdants et des gagnants. Cela rendrait aussi encore plus difficile les comparaisons des niveaux de prélèvements entre les différents groupes professionnels ».

L'amendement demande au Gouvernement d'étudier la piste d'une évolution conjointe du code général des impôts et du code de la sécurité sociale afin de définir sans ambiguïté les cotisations sociales déductibles de l'impôt sur le revenu et de l'assiette de ces mêmes cotisations.

En particulier, votre rapporteur s'interroge sur l'opportunité de rapprocher la définition des cotisations sociales à déduire pour l'ensemble des travailleurs indépendants sur celle retenue en pratique pour les travailleurs indépendants en comptabilité de caisse. La loi pourrait-elle prévoir que les cotisations sociales à déduire et à déclarer au cours de l'année N en même temps que les revenus de l'année N-1, soient les cotisations sociales effectivement payées au cours de l'année N-1 ?

¹ Évolutions de l'assiette et des modalités de calcul et de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants, rapport IGF/Igas, juin 2016. Le rapport avait d'ailleurs présenté un tableau très éclairant sur la comparaison des assiettes de cotisations des salariés, artisans et commerçants et professions libérales pour un même revenu net, reproduit dans l'encadré ci-après.

Cette piste a peut-être des incidences financières importantes pour la sécurité sociale mais mérite d'être examinée. Tel est le sens du III de l'amendement.

L'expérimentation de l'auto-liquidation des cotisations au cours de l'année 2019, qui récemment encore était une solution inenvisageable, doit être l'occasion de mener une réflexion globale sur le calcul et les modalités de prélèvement des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

Le temps n'est plus à l'instauration de demi-mesures qui ne répondent pas au défi de la simplification attendue des travailleurs indépendants.

**Comparaisons des assiettes de cotisations des salariés,
des artisans et commerçants et des professions libérales
(cas types DSS pour un revenu net équivalent en euros)**

	Salariés (RG)	Travailleurs indépendants (artisans et commerçants)	Travailleurs indépendants (CIPAV)	Travailleurs indépendants (avocats)
Revenu super-brut (coût du travail) : (incluant les cotisations salariales et patronales)	62 975	50 204	45 461	44 137
Revenu Brut (incluant les cotisations salariales)	43 999	NP		
Revenu Net (hors cotisations et contributions sociales)	34 294 ¹⁵ (2,5 SMIC)			
Total des prélèvements sociaux	28 681*	15 914	12 488	9 854
Part salariale	9 705	NP		
Part patronale	18 976	NP		
Part des prélèvements sociaux sur le revenu super-brut (en %)	45,5%	31,7%	24,6%	22,3%
Part des cotisations salariales sur le revenu brut (en %)	22,1%	NP		
Part des prélèvements sociaux sur le revenu brut (en %)	65,2%	NP		
Part des prélèvements sociaux sur le revenu net (en %)	83,6%	46,4%	32,6%	28,7%

Source : DSS. Retraitements mission.

* Dont 2 926 euros au titre des risques chômage et AT-MP. NP : non pertinent.

¹⁵ La mission a retenu la référence de 34 294 euros (2,5 Smic) car elle est proche du revenu moyen des travailleurs indépendants qui s'élève à 35 071 euros en 2014.

Source : Rapport IGF/Igas, juin 2016

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 17

(art. L. 133-4-2 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale)

Modulation des sanctions

Objet : cet article vise à ce que les sanctions applicables en cas de travail dissimulé puissent être modulées en fonction de la gravité de l'infraction constatée.

I - Le dispositif proposé

Le travail dissimulé est défini aux articles L. 8221-3 à L. 8221-6-1 du code du travail. Ces articles déterminent comment est constituée cette infraction, soit par dissimulation d'activité soit par dissimulation d'emploi salarié.

En cas de constatation d'une telle infraction, les employeurs concernés encourent :

- des sanctions pénales, en application des articles L. 8224-1 à L. 8224-6 du code du travail ;
- et des sanctions administratives.

Parmi ces dernières, certaines ont pour objet d'assurer que l'employeur s'acquitte de ses obligations (taxation et redressement forfaitaires, etc.). **D'autres visent à ce que le bénéfice des exonérations et des allègements de sécurité sociale ne profitent pas à ce même employeur.** Il s'agit, en particulier :

- de la non-application des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales sur les rémunérations faisant l'objet d'un redressement, mais aussi de **l'annulation des avantages obtenus par l'employeur pendant toute la durée de l'infraction, dans la limite de cinq ans** (article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale) ;

- et d'une **majoration automatique du redressement de 25 %**, portée à 40 % en cas de transmission du procès-verbal au procureur de la République si la dissimulation concerne plusieurs personnes, un mineur sous obligation scolaire, une personne vulnérable ou dépendante, ou si elle est commise en bande organisée (article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale).

Ces différents dispositifs ont évidemment leur légitimité et il va de soi que le travail illégal doit être combattu. Pour autant, leur caractère systématique peut entraîner des difficultés.

Ainsi, actuellement, **aucune distinction n'est faite par la loi pour tenir compte de la gravité du manquement constaté**. Selon les textes, une seule infraction, concernant un seul salarié¹, est susceptible d'entraîner la remise en cause de l'ensemble des allègements dont bénéficie l'employeur, ce qui peut se traduire par d'évidentes difficultés économiques. Ces conséquences peuvent apparaître, dans certains cas, disproportionnées au regard de l'infraction elle-même. Elles peuvent d'ailleurs parfois conduire le contrôleur à ne pas établir de procès-verbal, ce qui n'est guère satisfaisant.

De même, **le caractère automatique de l'application des majorations n'est guère incitatif pour une régularisation spontanée** de sa situation par un employeur de bonne foi.

A. La modulation des annulations d'allègements de cotisations ou de contributions sociales en fonction de la gravité de l'infraction

Le 1° du I du présent article propose une réécriture complète de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, qui régit les conditions dans lesquelles l'employeur qui aurait dissimulé le travail d'un ou plusieurs salariés voit remises en cause les exonérations et réductions de cotisations et de contributions patronales dont il a bénéficié au cours de la période de l'infraction, dans une limite de cinq ans.

Les I et II de l'article L. 133-4-2 ainsi réécrit reprendraient les principes existants, tout en leur apportant des précisions et adaptations. Seraient ainsi conservés le principe de la suppression des réductions ou exonérations relatives aux salariés dont le travail a été dissimulé, ainsi que de l'annulation de ces avantages dont a bénéficié l'employeur pour l'ensemble de ses salariés au cours de la période de l'infraction, dans une limite de cinq ans.

Simplement, **le champ des avantages ainsi remis en cause concernerait désormais les cotisations et contributions entrant dans le champ des allègements généraux** – et non plus seulement, comme actuellement, les seules « cotisations de sécurité sociale ou contributions dues aux organismes de sécurité sociale ». Cette extension tire les conséquences de l'élargissement des allègements généraux aux contributions de retraites complémentaire et d'assurance chômage (*cf.* article 8 du présent PLFSS).

En outre, **le dispositif serait étendu à l'ensemble du travail illégal**. Outre le travail dissimulé comme actuellement, le marchandage, le prêt illicite de main d'œuvre et l'emploi d'étranger non autorisé à travailler seraient susceptibles d'entraîner l'annulation des exonérations et réductions entrant dans le champ des allègements généraux.

¹ Par exemple, la requalification en contrat de travail de la relation avec une personne qualifiée de sous-traitant.

Toutefois, l'article L. 133-4-2 comprendrait un III qui énumérerait des exceptions aux principes définis ci-dessus. Ainsi, à condition que l'infraction ne fasse pas partie des plus graves¹, la sanction serait uniquement partielle :

- lorsque la **dissimulation** d'activité ou de salarié résulte **uniquement de la dissimulation d'emploi salarié en travail indépendant** ;

- **ou si elle représente une « proportion limitée » de l'activité** de l'employeur, la définition de cette notion étant renvoyée à un décret en Conseil d'État (IV de l'article L. 133-4-2 dans sa nouvelle rédaction), sans que l'activité dissimulée puisse représenter plus de 10 % de l'activité totale.

Dans ce cas, la **proportion des réductions ou exonérations annulées** serait égale au **rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations** soumises à cotisations de sécurité sociale, **versées à l'ensemble du personnel par l'employeur**, sans que cette proportion puisse dépasser 100 % - afin que ce dispositif ne puisse être, paradoxalement, pire que le droit commun.

B. La possibilité de minorer les majorations

Le 2° du I présent article propose de modifier l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale, relatif aux majorations du montant des redressements des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement en cas de travail dissimulé.

Il s'agirait de permettre une **minoration de dix points de la majoration**² si l'une des deux conditions suivantes était respectée par l'employeur :

- **soit il règle intégralement les cotisations, pénalités et majorations** de retard **dans un délai de 30 jours** ;

- **soit il présente un plan d'échelonnement du paiement accepté** par le directeur de l'organisme de recouvrement.

La réduction serait notifiée par une décision du directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté.

A l'inverse, en cas de réitération de l'infraction dans les cinq ans suivant une première constatation de travail dissimulé ayant donné lieu à redressement, l'employeur subirait une majoration renforcée. Celle-ci serait de 45 % si son taux initial était de 25 %, ou de 60 % si son taux initial était de 40 %

¹ C'est-à-dire l'emploi d'un mineur sous obligation scolaire, de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur ou bien la commission de l'infraction en bande organisée.

² Le taux de la majoration passerait donc à 15 % au lieu de 25 % pour une majoration « normale » et à 30 % au lieu de 40 % en cas de travail dissimulé aggravé.

B. L'entrée en vigueur du dispositif proposé

Le II du présent article propose que ses dispositions s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2019.

Néanmoins, ses dispositions les plus favorables, qu'il s'agisse de la sanction partielle ou de la minoration de la majoration du montant des redressements, pourraient s'appliquer aux procédures en cours n'ayant pas fait l'objet d'une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article, simplement modifié par six amendements rédactionnels du rapporteur général.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit aux objectifs poursuivis par le présent article.

En effet, sur le principe, une meilleure gradation des sanctions en fonction de la gravité réelle du manquement constaté est effectivement souhaitable. En outre, la sévérité uniforme et donc parfois excessive du droit actuel conduit à des difficultés d'application.

Cet article dégage un meilleur équilibre de ce point de vue.

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

Article 18

(art. L. 114-6, L. 114-8-1 [nouveau], L. 114-9 à L. 114-22-1, L. 122-1 à L. 122-3, L. 122-7, L. 122-9, L. 123-1 à L. 123-3, L. 216-6, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-4, L. 217-5, L. 217-6, L. 221-1, L. 221-1, L. 222-1, L. 223-1, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 225-1-1, L. 225-1-4, L. 228-1, L. 281-2, L. 382-2, L. 641-3, L. 641-3-1 et L. 641-7 du code de la sécurité sociale ; art. 25-1 et 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018)

**Mesure d'efficience de la gestion financière
des organismes de sécurité sociale**

Objet : cet article porte diverses mesures visant à améliorer l'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

I - Le dispositif proposé

Le présent article regroupe des mesures de nature très diverses, ayant pour objet d'améliorer l'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale.

Celles-ci concernent :

- en premier lieu, les missions financières de l'Acoss vis-à-vis des organismes pour lesquelles elle travaille, qui pourraient être étendues ;
- en deuxième lieu, la rénovation des conditions d'exercice des activités comptables et financières ;
- et la période transitoire de suppression du régime social des indépendants.

A. L'extension des missions de l'Acoss

1. L'assouplissement de la possibilité d'étendre le champ de recouvrement de l'agence

L'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe certaines des missions de l'Acoss, lui assigne notamment pour rôle de recouvrer directement des cotisations et des contributions dans les cas prévus par la loi.

Le 7° du I du présent article propose d'**assouplir cette faculté d'étendre ce rôle de recouvrement des cotisations et des contributions**, qui resterait en principe dans le champ législatif, sauf **pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS)**, pour lesquels **une extension pourrait désormais se faire par décret**.

Selon l'étude d'impact, une telle extension pourrait concerner l'Établissement national des invalides de marine (ENIM), dont le recouvrement serait confié à l'URSSAF de Poitou-Charentes à compter du 1^{er} janvier 2020.

2. Le renforcement de la faculté de l'agence de consentir des avances financières

Le 8° du I du présent article propose de renforcer la capacité de l'Acoss de consentir des avances financières.

Actuellement, l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale permet à l'agence de :

- consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ;

- à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds rentrant dans le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

Cet article de code serait modifié sur plusieurs points.

En premier lieu, la faculté de consentir aux ROBSS autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds serait assoupli, au travers de la suppression du fait que ces opérations se déroulent « à titre exceptionnel » et « dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné » (c du 8 du I du présent article).

En second lieu, sans préjudice de ses autres missions, **l'Acoss pourrait consentir contre rémunération des avances de trésorerie aux organismes dont elle centralise les recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions.** La liste de ces organismes serait fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget (d du 8° du présent article).

B. La rénovation des conditions d'exercice des activités comptables et financières

1. La création de la fonction de directeur comptable et financier

Le présent article propose de **faire évoluer la fonction d'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale, qui deviendrait le « directeur comptable et financier »**, selon le nouvel intitulé proposé au sein du chapitre II du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (articles L. 122-1 à L. 122-5 de ce code, ainsi que l'intitulé dudit chapitre).

Le contenu de cette nouvelle fonction serait défini au sein de l'article L. 122-2 du même code (5° du I du présent article). **En plus de sa responsabilité personnelle et pécuniaire sur les opérations effectuées**, qui demeurerait inchangée par rapport à la responsabilité actuelle de l'agent comptable, le directeur comptable et financier devrait :

- **veiller à la cohérence des données issues de la comptabilité et des données d'exécution des budgets de gestion et de leur analyse** au regard des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale ;

- **et établir, sur la base des résultats des opérations de contrôle interne, la synthèse des risques financiers** majeurs auxquels l'organisme est exposé et des **conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés**.

Par coordination, le « directeur comptable et financier » remplacerait l'agent comptable dans l'ensemble du code de la sécurité sociale, ainsi qu'au sein de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'extension et à l'adaptation à la collectivité territoriale de Mayotte des dispositions législatives du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, au statut du personnel et au financement de l'établissement public de santé territorial de Mayotte ainsi qu'à la réforme du statut de la Caisse de prévoyance sociale de Mayotte (3°, 4°, 9°, 10°, 11° et 12° du I et 1° du II du présent article).

2. L'évolution des processus comptable et de contrôle interne

Il est proposé que les directeurs comptables et financiers des organismes de sécurité sociale soient chargés de l'essentiel de la production comptable de ces organismes.

Ainsi, le 1° du I du présent article propose de préciser au sein de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale que pour l'établissement des comptes combinés, le directeur comptable et financier de l'organisme national identifie et enregistre celles des écritures d'inventaire comptables afférentes aux opérations des organismes de base et établies à partir d'estimations, ayant vocation à être retracées dans les comptes de l'organisme national. Le directeur comptable et financier d'un organisme national, tête de réseau, pourrait donc enregistrer des écritures d'inventaire, fondées sur des estimations, directement dans ses propres comptes sans les faire apparaître dans les comptes des organismes de base, ce qui simplifierait l'établissement des comptes combinés de son régime. Des dispositions de pure cohérence seraient insérés au sein des articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du même code (6° du I du présent article).

De plus, le 2° du I et, s'agissant de Mayotte, le 2° du II du présent article prévoient de faire¹ des directeurs comptables et financiers, conjointement avec les directeurs des organismes de sécurité sociale les concepteurs et les responsables de l'établissement d'un plan de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financier, inhérents aux missions confiées à cet organisme. Les mêmes responsables auraient également la charge d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes.

C. La sécurisation de la période transitoire de suppression du régime social des indépendants

Enfin, le III du présent article propose d'avancer d'un an, du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} janvier 2019, le transfert de l'actif et le passif des régimes complémentaires invalidité-décès et vieillesse des travailleurs indépendants au Conseil social de protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), qui sera créé à cette date.

Le b du 4 du XVI de l'article 15 de la loi de financement pour 2018 serait modifié à cette fin.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

¹ Au sein d'un nouvel article L. 114-8-1 du code de la sécurité sociale.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 19

(art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-3, L. 136-6-1, L. 136-8,
L. 138-21, L. 245-14 à L. 245-16 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;
art. 235 ter [nouveau] et art. 1600-0 F bis et 1600-0-S du code général des impôts ;
art. L. 731-2 et L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime ; art. 28
de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017 ;
art. 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
art. 9 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018)

Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

Objet : Le présent article a pour objet d'organiser les flux financiers entre la sécurité sociale et l'État ainsi qu'entre les différents régimes de sécurité sociale afin de tirer les conséquences pour leur financement des différentes mesures fiscales et sociales qui entreront en vigueur en 2019.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, auquel, pour une parfaite compréhension de l'ensemble de la « mécanique », doit être associé l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019, comporte de nombreuses dispositions qui répondent à plusieurs logiques.

Il vise ainsi à réorganiser les flux financiers, au sein de la sphère des administrations de sécurité sociale afin :

- d'une part, de tenir compte des différentes pertes de recettes que subiront ces administrations en 2019 et qui seront compensées par l'État, conformément au principe défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ;

- d'autre part, de répartir entre les caisses la charge résultant de la non-compensation par l'État d'autres pertes de recettes, par exception à ce même principe.

De ce point de vue, il propose même d'organiser ces flux financiers selon cette même logique au-delà de 2019, jusqu'à l'année 2022. Il s'agirait de prendre en compte à la fois la nécessité d'affecter à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des recettes pour lui permettre de financer un nouveau transfert de dette sociale¹, et la diminution progressive des montants de TVA affectée par l'État à la sécurité sociale, que propose l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.

Par ailleurs, le présent article propose de modifier la structure et l'affectation des prélèvements sociaux sur le patrimoine, hors CSG et CRDS. Ces différents prélèvements seraient ainsi fusionnés dans un prélèvement unique au bénéfice de l'État.

Il contient enfin quelques dispositions de nature diverse et de moindre portée financière.

A. La réorganisation des flux financiers entre les administrations de sécurité sociale

L'année 2019 sera celle de la mise en place de réformes très importantes en matière de financement des administrations de sécurité sociale, au-delà même du périmètre traditionnel (et, *stricto sensu*, organique) des lois de financement de la sécurité sociale.

Cela concerne, en particulier, la mise en place des dispositions pérennes de compensation de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage ainsi que les différentes mesures d'allègements de cotisations et contributions patronales établies pour se substituer au crédit d'impôt compétitivité emploi.

Quant aux mesures nouvelles, issues du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, du projet de loi de finances pour 2019 ou du projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises (Pacte), elles ne seront, en général, pas compensées.

Les développements suivants retracent les flux liés à ces différentes opérations.

1. Les pertes de recettes compensées au moyen d'affectations de ressources

a) La compensation à l'Unedic de la disparition des cotisations salariales d'assurance chômage

Aux termes de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) a « pris en charge » en 2018, les contributions salariales d'assurance chômage, à hauteur de :

- 1,45 point au titre des contributions dues au titre des périodes courant entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre ;

- et 2,40 points, c'est-à-dire en totalité, au titre des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre.

¹ Cf. article 20 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'Acoss verse donc depuis le début de l'année l'équivalent des contributions dues à l'Unedic et reçoit, en compensation, une fraction égale à 5,59 % du produit de TVA. Les branches du régime général de la sécurité sociale peuvent être appelées, si besoin, à assurer l'équilibre financier de l'Acoss au titre de cette mission.

Néanmoins, ces contributions salariales étaient toujours censées exister. Toutefois, depuis lors, l'article 54 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a purement et simplement supprimé l'existence de ces contributions dans le droit positif, à partir du 1^{er} janvier 2019.

Le présent article prend en compte cet état de fait, en passant du principe de la prise en charge par l'Acoss au principe de la **compensation directe et pérenne de la perte de recettes correspondante à l'Unedic**, laquelle s'élève à **14 milliards d'euros**¹.

Cette compensation prendra la forme de **l'attribution à l'Unedic d'une part de 1,45 point de CSG jusqu'alors attribuée à l'assurance maladie, celle-ci recevant le produit équivalent sous forme de TVA**². Bien entendu, l'Acoss ne percevra plus la TVA correspondante.

b) La compensation de la réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie

L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a principalement organisé la compensation de l'extinction du CICE au 31 décembre 2018 par la mise en place, dès le 1^{er} janvier 2019, d'une **réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 Smic**³.

La perte correspondante pour la branche maladie du régime général est estimée à **22,6 milliards d'euros en brut**, et à **17,6 milliards d'euros en net**, ce « bandeau » de 6 points étant imputé préalablement au calcul des allègements généraux. Dès lors, la part des cotisations maladie au sein des allègements généraux sera ainsi minorée par cette imputation.

Cette perte de recettes sera **intégralement prise en charge par l'État au travers du transfert de TVA** prévu à l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.⁴

¹ Le surcoût pour les finances publiques prises dans leur ensemble par rapport à l'année 2018, pendant laquelle les contributions salariales ont été successivement réduites de 1,45 point de janvier à septembre puis supprimées à partir d'octobre, est évalué à 4,1 milliards d'euros.

² En vertu de l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.

³ Ces dispositions seront codifiées à l'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Toutefois, ce principe ne s'appliquera pas à la réduction de 6 points équivalente de certains employeurs dont les employés bénéficient d'un régime spécial (cf. infra).

c) La compensation de l'approfondissement des allègements généraux

En outre, les allègements généraux de cotisations et contributions patronales de sécurité sociale pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,6 Smic seront approfondis, là aussi en contrepartie de l'extinction du CICE. Il s'agit de compenser « l'effet retour » de la réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie sur les allègements généraux et sur l'impôt sur les sociétés. Ainsi, les allègements généraux intégreront :

- dès le 1^{er} janvier 2019, les contributions dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale ;

- puis, à compter du 1^{er} octobre 2019, à titre de renforcement de la compétitivité des entreprises, les contributions patronales d'assurance chômage.

De plus, comme cela a été décrit dans le cadre du commentaire de l'article 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, certains dispositifs spécifiques d'exonération de cotisations et contributions, devenus souvent moins avantageux que les allègements généraux, seront supprimés au profit de ce dernier.

Sur le principe, **le renforcement des allègements généraux ainsi que les conséquences financières pour les organismes de sécurité sociale du basculement de nouvelles catégories d'employeurs au sein des allègements généraux leur seront compensés**. La seule **exception** concernera le **basculement d'employeurs bénéficiant d'un dispositif spécifique jusqu'alors non compensé**, y compris si ce basculement se traduit par un surcoût. Cela concerne les contrats uniques d'insertions – contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), pour un **surcoût évalué à 100 millions d'euros**, qui ne sera donc pas compensé.

Les différents organismes concernés seront compensés selon les modalités suivantes.

Comme ce fut déjà le cas pour l'Unedic en 2018 pour les cotisations salariales d'assurance chômage, **c'est l'Acoss qui sera chargée de prendre en charge les contributions patronales bénéficiant des allègements généraux** : auprès de l'Agirc-Arrco dès le 1^{er} janvier 2019 pour ce qui concerne les contributions de retraite complémentaire (5,1 milliards d'euros), puis auprès de l'Unedic pour les contributions d'assurance chômage à partir du 1^{er} octobre 2019 (0,9 milliard d'euros pour ce seul trimestre).

L'Acoss bénéficiera :

- **pour financer l'allègement de contributions à la retraite complémentaire, de l'affectation d'une fraction spécifique de TVA de 2,87 points**, selon les dispositions de l'article 36 du projet de loi de finances. En cas d'insuffisance de cette ressource, la seule branche vieillesse du régime général serait appelée à assurer l'équilibre financier de l'agence ;

- pour financer l'allègement de contributions à l'assurance chômage, de l'affectation d'une fraction de 10,78 % de taxe sur les salaires. En cas d'insuffisance de cette ressource, les différentes branches du régime général seraient appelées à assurer l'équilibre financier de l'agence selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels des branches.

Quant aux caisses du régime général, le coût supplémentaire des allègements généraux leur sera compensé au travers de l'augmentation de la part de TVA qui leur est affectée.

d) La compensation de l'affectation à l'État des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Le présent article fusionne et attribue à l'État les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, en dehors de la CSG et de la CRDS, et allège de 0,7 point la CSG sur ces mêmes revenus (*cf.* partie B du présent commentaire d'article).

Pour ce qui concerne les organismes inclus dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale, cette réforme affecte :

- la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA), affectataire de l'actuel prélèvement social à hauteur de 1,8 milliard d'euros et de la contribution solidarité autonomie (CSA) à hauteur de 0,4 milliard d'euros ;

- et le **Fonds de solidarité vieillesse** (FSV), affectataire du prélèvement social à hauteur de 4,1 milliards d'euros et de la CSG sur les revenus du capital à hauteur de 12,2 milliards d'euros¹.

Ces deux organismes seront compensés au travers de la réaffectation en leur faveur d'une fraction de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement.

En se plaçant au niveau des finances publiques, la fraction de TVA affectée aux organismes de sécurité sociale sera augmentée à due concurrence par l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.

2. Les pertes de recettes non compensées aux organismes de sécurité sociale

En revanche, comme indiqué précédemment, d'autres pertes de recettes pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne seraient pas compensées par l'État. Les développements suivants en donnent le détail.

¹ La Cades, également affectataire de CSG sur ces revenus, verrait quant à elle sa part intégralement maintenue et n'est donc pas concernée par cette perte de recettes.

a) L'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires

L'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires, que l'article 7 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'instaurer, ne serait pas compensée par l'État.

Ledit article 7 prévoit d'ailleurs de modifier à cette fin l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale afin d'y ajouter cette exception au principe de compensation (1^o du I du présent article).

Le coût de ce dispositif pour les administrations de sécurité sociale, en tout premier lieu la caisse nationale d'assurance vieillesse, est évalué à 630 millions d'euros en 2019¹, son entrée en vigueur devant intervenir au 1^{er} septembre, et à 1,9 milliard d'euros dès 2020.

b) L'atténuation des conséquences du franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal de CSG sur les pensions

Le coût de l'assouplissement des conditions d'éligibilité des retraités et des bénéficiaires d'autres revenus de remplacement au taux réduit de CSG de 3,8 %, prévu à l'article 11 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, est évalué à **350 millions d'euros**.

Là encore, cette mesure ne serait pas compensée. Il n'est, en l'occurrence, pas nécessaire de modifier l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale à cette fin, s'agissant d'une modification des modalités de calcul de la CSG.

c) La suppression du forfait social sur certains revenus

L'article 57 du projet de loi Pacte, en cours d'examen par le Parlement, prévoit :

- de **supprimer le forfait social pour les entreprises de moins de 50 salariés** sur les versements issus des primes d'intéressement et de participation ainsi que sur les abondements des employeurs ;

- de **supprimer également le forfait social pour les entreprises de 50 à 250 salariés qui disposent ou concluent un accord d'intéressement** ;

- et de **diminuer de moitié le forfait social (en le passant de 20 % à 10 %) sur l'abondement employeur sur les fonds d'actionnariat salarié**.

Le coût de ces mesures pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse, affectataire du forfait social, est évalué à **600 millions d'euros**. **Selon l'annexe B, ce coût ne serait pas compensé**, alors même qu'aucune modification en ce sens de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, pourtant indispensable en l'espèce, ne figure dans le présent texte.

L'insertion de ce dispositif par l'Assemblée nationale au sein du présent PLFSS (article 11 *ter*) n'a pas remédié à cette incohérence.

¹ 650 millions d'euros en incluant le coût du dispositif pour l'État au titre de la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

d) La suppression de la taxe sur les farines

L'article 9 du projet de loi de finances pour 2019 propose de supprimer la taxe sur les farines dont bénéficie le **régime complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles**. Le Sénat avait d'ailleurs déjà adopté cette suppression à deux reprises : en 2015, dans le cadre du projet de lois de finances rectificative, et en 2017, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le produit de cette taxe s'élève à **60 millions d'euros**.

Le régime complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles bénéficiera néanmoins, en compensation, d'une **réaffectation de 2,69 points du droit de consommation sur les alcools**, qui diminuera d'autant les ressources du régime de base de ces mêmes non-salariés agricoles.

In fine, le **régime général**, auquel est financièrement intégré le régime de base des non-salariés agricoles, compensera ce régime et **subira la perte de recettes correspondante, non compensée par l'État**.

e) Les pertes de recettes de certains régimes spéciaux du fait de l'éligibilité des employeurs concernés à la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie et à la réduction de cotisation famille de droit commun

Enfin, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale de la SNCF, de la RATP, des entreprises des industries électriques et gazières (IEG), de la Banque de la France, de la Comédie française et de l'Opéra de Paris subiront (*cf.* commentaire de l'article 8) :

- pour l'ensemble de ces régimes, l'application de la réduction du taux de cotisation d'allocation familiale de droit commun au lieu du régime spécifique (moins favorable) actuellement applicable. Néanmoins, la hausse programmée des cotisations d'assurance maladie devrait représenter, pour ces régimes, une augmentation de ressources qui compensera à peu près cette hausse ;

- pour les régimes de la SNCF, de la RATP et des IEG, l'application de la **réduction de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 Smic**.

Au total, le **coût de l'ensemble de ces dispositions pour les régimes spéciaux concernés est estimé à 393 millions d'euros** par l'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. **Il ne leur sera pas compensé par l'État**.

Le tableau ci-après dresse le bilan global de ces choix de compensation et de non-compensation en année pleine.

**Pertes de recettes pour les administrations de sécurité sociale
compensées et non compensées dans le PLFSS 2019 (en année pleine)**

(en milliards d'euros)

Mesure	Perte de recettes pour les ASSO compensée par l'État	Perte de recettes pour les ASSO non compensée par l'État
Suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage	14	
Réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic	17,6*	
Éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic		0,4
Renforcement des allègements généraux	8,7**	
Basculement vers les allègements généraux de dispositifs jusqu'à présent compensés par l'État (hors surcoût, intégré dans la ligne précédente)	1,2***	
Basculement vers les allègements généraux de dispositifs jusqu'à présent non compensés par l'État (surcoût pour les ASSO)		0,1
Exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires		1,9
Assouplissement des conditions d'éligibilité des retraités au taux réduit de CSG		0,35
Suppression des prélèvements sociaux + baisse de la CSG sur les revenus du patrimoine et de placement	7,3	
Suppression de la taxe sur les farines		0,06
Suppression du forfait social sur certains revenus		0,6
Total	48,8	3,4

* Coût net, compte tenu de l'impact de cette mesure sur le calcul des allègements généraux

** Dont 5,1 milliards d'euros pour les contributions retraites complémentaires et 3,6 milliards d'euros pour les contributions d'assurance chômage

*** Le coût net pour l'Etat comme pour les ASSO est en fait nul, des crédits budgétaires étant simplement transformés en une fraction de TVA

Source : Commission des affaires sociales, d'après PLFSS 2019

Pour l'exercice 2019, le surcoût du renforcement des allègements généraux sera limité à 6 milliards d'euros, du fait de l'entrée en vigueur au 1^{er} octobre des exonérations relatives aux contributions d'assurance chômage. Quant au surcoût de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage par rapport à 2018, année d'entrée en vigueur progressive de ces dispositions, il s'élèvera à 4,1 milliards d'euros.

Du côté des mesures non compensées, le coût des exonérations sur les heures supplémentaires, qui s'appliqueront à compter du 1^{er} septembre, s'élèvera à 650 millions d'euros.

Au total, pour l'année à venir, **le surcroît de transfert de TVA de l'État vers la sécurité sociale** proposé par l'article 36 du projet de loi de finances **afin de tenir compte de l'effet de l'ensemble de mesures compensées s'élèvera donc à 36,3 milliards d'euros**. Quant aux **mesures non compensées**, elles coûteront **2,1 milliards d'euros supplémentaires aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale**.

3. Le dispositif juridique proposé

Afin de traduire les principes précédemment exposés, et afin de répartir entre les différentes branches les pertes de recettes qui résulteront de la non-compensation des mesures décrites *supra*, le présent article propose une large réaffectation des produits de la CSG et de la taxe sur les salaires ainsi que, plus marginalement, des droits sur les alcools.

Pour rappel, sauf disposition spécifique, l'affectation de TVA par l'État se fait à la Caisse nationale d'assurance maladie, ce qui justifie, là aussi, d'en tenir compte au moment de la répartition des recettes propres de la sécurité sociale.

Le 2^o du I du présent article propose une modification d'ampleur de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale afin :

- de **modifier**, au sein de son 1^o, les **taux de répartition de la taxe sur les salaires** entre les organismes de sécurité sociale. Il s'agit, en particulier, de **permettre l'affectation d'une part de 10,78 % de cette taxe en faveur de l'Acoss** en vue du financement de la prise en charge des allègements généraux applicables aux cotisations de retraite complémentaire, et **d'augmenter fortement la fraction revenant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse** (de 38,48 % à 46,34 %) afin de modérer l'effet des mesures de non-compensation qui la touchent au premier chef ;

- d'intégrer au sein cet article L.131-8 (dans des 3^o à 3^{o ter}) les nouveaux taux de répartition de la CSG. Il s'agit principalement **d'inclure parmi les bénéficiaires de la CSG d'activité et de remplacement, l'Unedic**, au titre de sa perte des cotisations salariales d'assurance chômage, **ainsi que le FSV et la CNSA** au titre de leur perte de recettes due à la réforme des prélèvements sociaux sur le patrimoine (*cf. supra et, infra*, B du présent commentaire).

Le nouveau 3° *bis* de l'article L. 131-8 ferait en effet supporter au seul FSV l'effet de la baisse du taux de CSG sur les revenus du capital, la fraction affectée à la Cades demeurant inchangée.

Les IV, IV *bis* et V de l'article 136-8 du code de la sécurité sociale, qui portent actuellement les taux de répartition de la CSG, seraient logiquement abrogés (*b* du 5° du I du présent article, avec une coordination au *c* de ce même 5°).

Par ailleurs, le IV du présent article propose de **modifier la répartition du produit du droit de consommation sur les alcools**, une fraction de 2,69 % de ce droit étant transférée du régime de base au **régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles afin de compenser à ce dernier la suppression de la taxe sur les farines qui lui était affectée**.

Les VIII et IX du présent article prévoient respectivement que l'Acoss prenne à sa charge :

- **la part des contributions patronales dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, donnant lieu aux allègements généraux**. Il est précisé que les montants correspondant à cette prise en charge sont versés aux régimes concernés après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement. Il reviendrait à la branche vieillesse du régime général d'assurer, le cas échéant, l'équilibre financier de l'Acoss au titre de cette mission ;

- **et la part des contributions patronales dues au titre de l'assurance chômage, donnant lieu également aux allègements généraux**. L'équilibre financier de l'Acoss serait assuré, si nécessaire, par l'ensemble des branches du régime général, selon une répartition arrêtée par les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, en fonction du solde prévisionnel des branches.

En conséquence, le X du présent article vise à abroger le III de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui avait prévu ces mêmes modalités, dans des termes d'ailleurs très voisins.

4. Le bilan financier de l'ensemble de ces mouvements pour l'année 2019

Au bout du compte **l'effort financier en recettes demandé aux différents organismes, qui s'élèvera à 2,1 milliards d'euros en 2019 sous forme de non-compensations** (ce montant sera porté à 3,4 milliards d'euros dès 2020, du fait du coût en année pleine des exonérations applicables aux heures supplémentaires), est réparti entre eux selon le tableau ci-après.

La répartition des impositions affectées à la sécurité sociale en 2019, une fois pris en compte les mouvements proposés par le présent article, est reproduite au sein du tome I de ce rapport.

5. La prolongation des réaffectations de recettes jusqu'en 2022

Les XIV à XVI du présent article **proposent dès à présent une modification de la répartition de la taxe sur les salaires et de la CSG, figurant au sein de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, pour les années 2020 à 2022.**

Il s'agit de prendre en compte, dans cette répartition :

- d'une part, la nécessité d'**affecter des ressources à la Cades afin de contribuer au financement du transfert à cette caisse de 15 milliards d'euros de dette sociale actuellement portée par l'Acoss** (*cf.* commentaire de l'article 20) ;

- d'autre part, **la trajectoire prévue pour l'affectation de TVA à la Caisse nationale d'assurance maladie à l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.** En effet, cet article propose de **réduire cette fraction de TVA d'un montant de 1,5 milliard d'euros en 2020, de 3,5 milliards d'euros en 2021 puis de 5 milliards d'euros à compter de 2022.** Dans ces conditions, la branche maladie ne saurait évidemment porter à elle seule l'ensemble de l'effort et la répartition des autres ressources devrait en tenir compte.

B. La refonte des prélèvements sociaux sur le patrimoine

1. Les prélèvements sociaux sur les revenus patrimoniaux et leur affectation

Les revenus du patrimoine et des produits de placement subissent actuellement les prélèvements suivants :

- la CSG, au taux majoré de 9,9 %, en vertu du 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale ;

- la CRDS, au taux de droit commun de 0,5 % ;

- le prélèvement social au taux de 4,5 %, aux termes, respectivement, des articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale ;

- une contribution additionnelle à ces prélèvements sociaux, dite contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), au taux de 0,3 %, du fait des dispositions du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ;

- et un prélèvement de solidarité, au taux de 2 % au bénéfice de l'État, instauré respectivement aux articles 1600-0 F *bis* et 1600-0 S du code général des impôts.

Le taux cumulé de l'ensemble de ces prélèvements s'élève donc à 17,2 %.

L'affectation d'une grande partie d'entre eux à des organismes de sécurité sociale est à l'origine de litiges que des personnes assujetties auxdits prélèvements sans relever de la sécurité sociale française ont portés devant la justice communautaire.

Et, dans un arrêt du 26 février 2015¹, la Cour de justice de l'Union européenne a jugé que **le fait d'assujettir une personne physique à des prélèvements sur les revenus du patrimoine finançant des organismes de sécurité sociale français**, alors même que l'intéressé, au demeurant résident fiscal en France, n'était **pas affilié à la sécurité sociale française mais à celle d'un autre État membre**, est **contraire au principe d'unicité de législation en matière d'affiliation à un régime de sécurité sociale** définie par le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté - **duquel découle notamment le fait que chacun ne doit contribuer qu'à un régime de sécurité sociale**.

La CJUE n'a, en particulier, pas retenu la distinction, pertinente en droit français, entre cotisations créatrices de droits sur les organismes de sécurité sociale, et impositions de toutes natures, non créatrices de tels droits, et ne se fonde que sur le critère de l'affectation du prélèvement à la sécurité sociale.

En revanche, la même juridiction a précisé depuis que **ces considérations ne valent qu'au sein d'un espace regroupant les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) et la Suisse**. Elle a ainsi débouté un Français établi en Chine et affilié à un régime chinois de sécurité sociale qui contestait, sur ce fondement, sa soumission aux prélèvements sociaux sur des revenus patrimoniaux d'origine française².

À la suite de l'arrêt du 26 février 2015, **l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a procédé à une vaste réaffectation de ces prélèvements**. Ceux-ci financent désormais la CNSA, la Cades, le FSV et l'État selon le schéma suivant.

¹ CJUE, 26 février 2015, affaire C-623/13, *Ministre de l'économie et des finances contre Gérard de Ruyter*.

² CJUE, 18 janvier 2018, affaire C-45/17, *Frédéric Jahin contre Ministre de l'économie et des finances et Ministre des affaires sociales et de la santé*.

**Affectation des prélèvements sociaux
sur les revenus patrimoniaux et les revenus de placement (en points)**

	CNSA	Cades	FSV	Etat	Total
CSG		0,6	9,3		9,9
CRDS		0,5			0,5
Prélèvement social	1,38		3,12		4,5
CSA	0,3				0,3
Prélèvement de solidarité				2,0	2,0
Total	1,68	1,1	12,42	2,0	17,2

Source : Commission des affaires sociales

Il s'agissait alors de cantonner les prélèvements frappant l'ensemble des revenus du capital soit vers l'État, soit vers des organismes « non assurantiels », qu'il s'agisse d'organismes de financement de prestations de solidarité (CNSA et FSV) ou d'une caisse dédiée au remboursement de la dette sociale (Cades).

Néanmoins, comme votre rapporteur général l'a souligné lors de l'examen de la LFSS pour 2016, **une telle construction reste fragile au regard du droit communautaire**. En effet, dans son arrêt précité, la CJUE dit expressément que le fait qu'un prélèvement soit en partie destiné à apurer une dette du régime de sécurité sociale occasionnée par le financement de prestations servies dans le passé ne saurait le soustraire au principe d'unicité de législation de sécurité sociale, ce qui semble exclure toute affectation à la Cades. Depuis lors, des juridictions françaises, en particulier la cour administrative d'appel de Nancy¹, sont allées dans le même sens en considérant que la soumission de personnes affiliées à la sécurité sociale d'un autre pays membre de l'Union européenne à des prélèvements destinés à financer le FSV et la Cades n'étaient pas conformes au droit communautaire. La même cour a sursis à statuer sur les prélèvements affectées à la CNSA, saisissant la CJUE à cet égard.

2. La fusion des prélèvements sociaux sur les revenus patrimoniaux au sein d'un prélèvement de solidarité au bénéfice de l'État et la diminution du taux de la CSG sur les revenus du capital

Le présent article propose, d'une part, de diminuer le taux de la CSG frappant les revenus du patrimoine et les revenus de placement et, d'autre part, de fusionner les prélèvements auxquels ces mêmes revenus sont assujettis, hors CSG et CRDS, au sein d'un nouveau prélèvement de solidarité établi au bénéfice de l'État.

¹ CAA Nancy, 31 mai 2018, requête n° 17NC022124.

À cette fin, le *a* du 5° du I du présent article propose une modification de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale afin de **ramener le taux de la CSG pour les revenus du patrimoine et les revenus de placement de 9,9 % à 9,2 %, soit le taux applicable aux revenus d'activité.**

Et le 1° du III du présent article propose de définir, au sein d'un nouvel article 235 *ter* du code général des impôts, des « **prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement** ».

Les prélèvements auraient respectivement la même assiette et seraient recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la CSG sur les revenus patrimoniaux (régie par l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale) et la CSG sur les revenus de placement (par renvoi à l'article L. 136-7 du même code).

Le taux de ces prélèvements serait établi à 7,5 %. Ainsi, la somme des taux des prélèvements subsistant resterait à 17,2 % (dont 9,7 points affectés à la sécurité sociale), ce qui rendrait la réforme neutre pour les contribuables.

De ce fait, les dispositions législatives régissant les prélèvements supprimés seraient logiquement abrogées. Tel est le cas :

- de la section 5 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, relative aux prélèvements sociaux de 4,5 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (7° du I du présent article) ;

- du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, relatif à la CSA (*a* du 1° du II du présent article) ;

- et des articles 1600-0 F bis et 1600-0 S du code général des impôts, relatifs aux actuels prélèvements de solidarité au taux de 2 %.

Le présent article propose également plusieurs dispositions de coordination visant soit à éliminer des références aux prélèvements supprimés, soit à leur substituer une référence au nouveau prélèvement de solidarité (4° et 6° du I, 2° du II, V et VI du présent article).

Au bout du compte, et en fonction des réaffectations de recettes proposées par le présent article (*cf. supra*), la nouvelle affectation des prélèvements subsistants est détaillée dans le tableau suivant.

**Nouvelle affectation des prélèvements « sociaux »
sur les revenus patrimoniaux et les revenus de placement (en points)**

	Cades	FSV	Etat	Total
CSG	0,6	8,6		9,2
CRDS	0,5			0,5
Prélèvement social			7,5	7,5
Total	1,1	8,6	7,5	17,2

Source : Commission des affaires sociales

C. Les mesures diverses

Le présent article propose enfin quelques mesures de nature plus diverse.

1. L'évolution des ressources et des missions de la CNSA

Le présent article propose de modifier la structure des produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Outre le produit de l'Ondam destiné au financement du soin apporté aux personnes handicapées et aux personnes âgées, la CNSA est, jusqu'à présent, également financée par la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) sur les revenus d'activité, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) sur les avantages retraite, une *fraction des prélèvements sociaux sur le capital et le patrimoine* à laquelle s'ajoute le *produit d'une contribution additionnelle sur ces mêmes prélèvements*.

Ces deux dernières recettes affectées seraient remplacées par une **fraction du produit de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement ainsi que sur les jeux, pour une part correspondant à un taux de 0,23 %** (b du 2° du I du présent article).

En conséquence, les sections de financement de la CNSA¹, abondées par les recettes affectées dans des proportions définies par la loi, subiraient une importante redéfinition. Les impacts financiers de cette redéfinition ont fait l'objet d'un examen spécifique à la partie du tome I relative à l'examen des crédits médico-sociaux.

Le II du présent article prévoit par ailleurs la possibilité pour les crédits des deux sections de financement de la CNSA qui ne sont pas affectées au financement des établissements et services médico-sociaux ou aux allocations individuelles de solidarité (AIS) de contribuer au financement du fonds d'intervention régional (FIR).

Enfin, il est prévu que la CNSA contribue pour l'année 2019, au financement de la **réforme des services d'aide à domicile (Saad)** pour un montant limité à 50 millions d'euros (VII du présent article). La pratique s'était installée, lors de l'examen des PLFSS précédents, d'introduire cette disposition par amendement gouvernemental et, surtout, de faire reposer ce financement sur les fonds propres de la CNSA. Il est proposé d'inscrire ce dispositif de façon plus pérenne au rang des missions de la Caisse, en mentionnant explicitement la section 4.

¹ Les sections impactées par la modification des recettes affectées à la CNSA financent les soins apportés en établissement ou service médico-social aux personnes âgées ou handicapées (section 1), l'allocation personnalisée pour l'autonomie (section 2), la prestation de compensation du handicap (section 3) et la promotion des actions innovantes ainsi que le soutien aux aidants (section 4).

2. La désaffectation du produit du prélèvement sur les appels surtaxés

Parmi les « petites taxes » dont l'article 9 du projet de loi de finances pour 2019 propose la suppression, figure le prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

Le produit de ce prélèvement, régi par l'article L. 137-19 du code de la sécurité sociale, est estimé à 3 millions d'euros. Il est actuellement versé à la Caisse nationale d'allocations familiales.

Le c du 2° du I du présent article propose donc de supprimer la mention de ce prélèvement parmi les ressources de la branche famille énumérées au 5° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

3. La création d'une possibilité de transfert d'une fraction de taxe spéciale sur les conventions d'assurance vers la société Action Logement Services

L'article 52 du projet de loi de finances prévoit d'affecter la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) qui frappera désormais les contrats d'assurance-décès souscrit en garantie du remboursement d'un prêt à la société Action Logement Services, dans la limite d'un plafond de 140 millions d'euros.

Le XI du présent article propose que, dans l'hypothèse où ce plafond ne serait pas atteint en 2019, 2020 ou 2021, cette affectation serait complétée, de manière à le saturer, par l'affectation d'une partie de la fraction de cette taxe affectée à la branche famille du régime général.

C. L'entrée en vigueur du présent article

Le XII du présent article propose que :

- par principe, les dispositions relatives aux cotisations et contributions sociales et à l'affectation de leur produit entrent en vigueur pour l'année 2019. Le 1° propose ainsi que, par principe, les dispositions des I à VI, VIII et IX s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019, sous réserve de ce qui suit ;

- par exception, les nouvelles règles définies au présent article s'appliquent aux prélèvements assis sur les revenus du patrimoine acquis en 2018, qui seront imposés en 2019 (2° du XII) ;

- par exception également, les nouvelles règles définies par le présent article s'appliquent, dès 2019, aux revenus de placement se trouvant dans le champ de l'acompte prévu à l'article L. 136-6-1 du code de la sécurité sociale (3° du XII) ;

- les nouvelles règles définies par le présent article s'appliquent, s'agissant des produits de placement soumis au régime dit des « taux historiques »¹, aux seuls produits acquis ou constatés à compter du 1^{er} janvier 2019 (4^o du XII).

En outre, le XIII du présent article propose que les plus-values d'apport-cession, placées en sursis d'imposition dans les conditions prévues à l'article 150-0 B ter, soient assujetties au moment de leur imposition aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur l'année de leur réalisation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre treize amendements ayant pour objet de procéder à des coordinations, à des corrections d'erreurs matérielles ou à des améliorations rédactionnelles, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en marche, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, un amendement ayant pour objet **d'exonérer de CSG et de CRDS sur les revenus du capital (revenus du patrimoine et produits de placement) les personnes qui ne sont pas à la charge du régime obligatoire français de sécurité sociale mais qui relèvent du régime obligatoire de sécurité sociale d'un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse.**

A cette fin, il introduit des 4 bis et 4 ter au sein du I du présent article qui inséreraient respectivement au sein des articles L. 136-6 et L. 136-7 du code de la sécurité sociale, relatifs à la CSG sur les revenus du capital, **un I ter qui créerait une exception à l'obligation d'acquitter cette CSG. Ainsi, ne seraient pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie de la législation d'un autre État et qui au cours de l'année ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.**

S'agissant des revenus patrimoniaux, l'amendement précise qu'en cas d'application par le contribuable des mécanismes de report du complément de prix sur contrat de cession de valeurs mobilières² ou de report de l'imposition de la plus-value réalisée, directement ou par personne interposée, dans le cadre d'un apport de valeurs mobilières, de droits sociaux, de titres ou de droits s'y rapportant³, la condition d'affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale s'apprécierait à la date de réalisation de ces gains ou plus-values.

¹ Cf. C et D du V de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

² Article 150-0 B bis du code général des impôts.

³ Article 150-0 B ter du code général des impôts.

S'agissant des revenus de placement, il précise que l'établissement payeur mentionné n'aurait pas à prélever la CSG dès lors que les personnes titulaires de ces revenus justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions d'exonération. En cas de prélèvement indu par l'établissement payeur, ce dernier pourrait restituer le trop-perçu à la personne concernée et régulariser l'opération sur sa déclaration ou la personne concernée pourrait solliciter auprès de l'administration fiscale la restitution de la contribution prélevée par l'établissement payeur.

Pour ce qui concerne les plus-values immobilières, la CSG ne serait pas due dès lors que les personnes titulaires de ces plus-values justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions d'éligibilité au dispositif d'exonération..

L'amendement a également inséré un IV *bis* au sein présent article qui modifie les articles 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative à la dette sociale afin que **les mêmes règles s'appliquent pour la CRDS relative aux revenus du capital.**

Cet amendement a enfin complété le présent article par un XVII aux termes duquel :

- d'une part, **les articles L. 136-6 et L. 136-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de cette réforme, s'appliqueraient aux gains et plus-values placés en report d'imposition à compter du 1^{er} janvier 2018.**

- d'autre part, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, **les exonérations définies ci-dessus ne donneraient pas lieu à compensation à la sécurité sociale.** Leur coût est estimé à **180 millions d'euros.**

III - La position de la commission

Ce traditionnel article de réglage de la « tuyauterie » entre l'État et la sécurité sociale pose cette année d'importantes questions de principe.

A. Sur l'évolution des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Votre commission approuve l'équilibre dégagé à l'Assemblée nationale. En effet, le dispositif proposé est celui qui, s'inscrivant en pleine conformité avec le droit communautaire tel que l'a énoncé la CJUE, est le plus protecteur pour les finances sociales.

De ce point de vue, le dispositif initial présentait de vraies faiblesses, tant il est clair que la CSG et la CRDS ne bénéficient d'aucun statut particulier du point de vue de la CJUE.

Par ailleurs, le critère de la résidence fiscale n'était pas davantage pertinent, la personne à l'origine du contentieux « De Ruyter » résidant d'ailleurs alors en France. Seule la non-dépendance de la sécurité sociale française couplée de l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale d'un autre pays de l'UE, de l'EEE, ou de Suisse importe, ce que prendrait en compte le nouveau système.

Ces dispositions pourraient donc être confirmées par le Sénat.

B. Sur la disparition en droit des contributions des salariés à l'assurance chômage

En revanche, **la disparition en droit des cotisations salariales chômage à compter du 1^{er} janvier 2019**, qu'acte le présent article, **pose un problème de principe** que ne soulevait pas de cette façon la « prise en charge » de ces contributions par l'Acoss en 2018.

En effet, alors que le Gouvernement a systématiquement focalisé le débat sur la seule question du pouvoir d'achat des salariés, certes importante, **la question des droits liés à ces contributions n'a été que trop peu abordée.**

Jusqu'à présent, **à un financement fiscal correspond, en matière d'assurance chômage, une prestation forfaitaire, souvent de niveau relativement modeste** – comme c'est le cas pour le dispositif propre aux indépendants issu de la récente loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. **Il importe donc de savoir si telle est l'évolution que porte en germe le fait que les salariés ne contribuent plus au financement de leur risque chômage.** Le cas échéant, le gain de pouvoir d'achat résultant de la réforme de l'année dernière mériterait d'être sérieusement relativisé.

Afin de poser ce débat en séance publique en termes clairs, votre commission vous propose **un amendement (amendement n° 61) tendant à rétablir en droit les contributions des salariés à l'assurance chômage** et à confier, pour l'année 2019, leur prise en charge à leurs employeurs. Ces derniers bénéficieraient d'une baisse équivalente de leurs cotisations d'allocations familiales, la CNAF percevant quant à elle la fraction de CSG qui était destinée à l'Unédic. Cette tuyauterie un peu complexe permettrait de ne pas modifier le niveau global des cotisations et des contributions dues par les salariés et les employeurs en 2019.

C. Sur l'avenir des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

Enfin, comme cela a été développé dans le tome I du présent rapport, **votre commission**, par ailleurs ouverte à l'idée que l'Etat doit aussi profiter du retour à meilleure fortune des comptes de la sécurité sociale, **n'approuve pas la trajectoire fixée par le présent article pour les années à venir en matière d'évolution de la TVA affectée aux organismes de sécurité sociale** prévue par l'article 36 du projet de loi de finances, et dont le présent article tire les conséquences en matière de répartition de recettes propres à la sécurité sociale.

En effet, cette trajectoire :

- ne correspond, dans son paramétrage, à aucun des principes définis dans le rapport sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, lequel n'engage d'ailleurs pas le Parlement ;

- et tend à compromettre la capacité de l'assurance maladie et du FSV à solder leur reliquat de dette portée par l'Acoss d'ici à 2022 (cf. commentaire de l'article 26).

Il importe donc que le Gouvernement et le Parlement commencent par définir les principes sur lesquels reposera l'équilibre financier à long terme de la sécurité sociale avant de tailler des excédents dont on ne sait même pas s'ils existeront. L'examen du projet de loi constitutionnelle et des dispositions organiques de révision de la LOLFSS fourniront le cadre adéquat pour définir ces principes.

C'est pourquoi, dans cette attente, **votre commission propose un amendement (amendement n° 62) supprimant la répartition de ressources proposée entre les organismes de sécurité sociale pour les années 2021 et 2022.**

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 20

(art. 4 et 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)

Reprise par la Cades des déficits portés en trésorerie par l'Acoss

Objet : Le présent article propose de faire reprendre par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits actuellement portés en trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), pour un montant maximal de 15 milliards d'euros.

I - Le dispositif proposé

A. L'amortissement de la dette sociale

1. Un bref rappel du rôle de la Cades

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. La caisse, qui est un établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale, a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 de cette ordonnance et d'effectuer les versements prévus par ce même article.

À l'origine, cet apurement devait être achevé en 2009.

Pour ce faire, une ressource spécifique a été créée en faveur de la Cades : la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Sans entrer dans le détail de l'ensemble des opérations de transferts de dette et de ressources à la Cades intervenues depuis lors¹, il convient de rappeler que :

- depuis 2005, **tout nouveau transfert de déficits à la Cades doit être accompagné d'une augmentation de ses recettes lui permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale**. Dans une réserve d'interprétation, le Conseil constitutionnel a considéré que « *les lois de financement de la sécurité sociale ne pourront pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d'amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'année à venir* »² ;

- qu'en vertu des dispositions organiques en vigueur, la Cades doit avoir achevé d'amortir l'ensemble de la dette qui lui a été transférée en 2025.

Conformément aux principes ainsi définis, la Cades s'est donc vu transférer de nouvelles recettes concomitamment aux transferts de déficits qui se sont succédé depuis 2005. Actuellement, elle dispose des ressources suivantes :

- la **CRDS**, sa ressource « historique », dont le montant devrait s'élever à **7,4 milliards d'euros en 2018** ;

- une fraction de 0,6 point de **CSG**, qui devrait représenter **7,4 milliards d'euros en 2018** ;

- un versement annuel de **2,1 milliards d'euros**, pour chacune des années 2011 à 2024, en provenance du **Fonds de réserve des retraites (FRR)**

En 2018, la Cades devrait amortir 15,4 milliards d'euros de dette.

À la fin de cette même année, **la caisse devrait avoir apuré 155,1 milliards d'euros sur les 260,5 milliards d'euros qui lui ont été transférés depuis l'origine**. En pratique, au vu du rythme d'amortissement prévisionnel de la dette restante, la Cades devrait achever la mission qui lui a été assignée dans le courant de l'année 2024.

2. Une partie de la dette sociale reste néanmoins portée par l'Acoss

Néanmoins, depuis le dernier transfert effectué à la Cades en 2016, **certaines branches du régime général et le FSV ont accumulé de nouveaux déficits**. Ceux-ci devraient représenter, à la fin de l'année 2018, la somme conséquente de **26,5 milliards d'euros**, selon la répartition ci-après.

¹ Cet historique détaillé se trouve à l'annexe 8 du présent PLFSS.

² Décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010.

Déficits non repris par la Cades à fin 2018 compte non tenu du présent article

(en milliards d'euros)

Année	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	FSV	Total
2011				0	0	0
2012	0		0	0	0	0
2013	0		0	0	0	0
2014	0		0	0	0	0
2015	- 4,6		- 1,5	0	0	- 6,1
2016	- 4,8		-1,0	*	- 3,6	- 9,4
2017	- 4,9		- 0,2	*	- 2,9	- 8,0
2018 (p)	- 0,9		*	*	- 2,1	- 3,0
Total	- 15,2	0	- 2,7	0	- 8,6	- 26,5

* Excédent

Source : ACOSS

Comme votre commission, et notamment, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), l'ont souligné à plusieurs reprises, **la persistance d'une telle dette de fait supportée par l'Acoss n'est pas acceptable**. D'une part sur le plan des principes, puisque le rôle de cette agence n'est pas d'amortir la dette mais simplement de gérer la trésorerie des différentes branches de la sécurité sociale. D'autre part, en termes de risques puisque l'Acoss, qui ne peut s'endetter à long terme, est tout particulièrement exposée à une éventuelle remontée des taux d'intérêts

B. Un nouveau transfert de dette sociale à la Cades pour un montant maximal de 15 milliards d'euros

Le 1° du présent article propose de compléter l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, qui définit la dette que la Cades a pour mission d'apurer, par un II septies aux termes duquel **de nouveaux déficits des différentes branches du régime général et du FSV, actuellement portés par l'Acoss, lui seraient transférés**.

Ces transferts concerneraient la couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 :

- de la branche maladie du régime général ;
- de la branche vieillesse du régime général ;
- de la branche famille du régime général ;
- et du Fonds de solidarité vieillesse.

Ce II *septies* préciserait que ce transfert s'effectuerait **dans la limite de 15 milliards d'euros**, et qu'au cas où le montant des déficits cumulés portés par l'Acoss dépasserait ce montant (ce qui est bien le cas, comme indiqué précédemment), les transferts seraient affectés par priorité :

- à la couverture des déficits les plus anciens ;
- et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa (c'est-à-dire maladie, puis vieillesse, puis famille et enfin le FSV).

Les tableaux ci-après récapitulent successivement, par branche, le niveau des déficits susceptibles d'être repris au travers du dispositif proposé et celui des déficits qui resteraient à chaque branche à l'issue de cette nouvelle opération.

Déficits susceptibles d'être repris par la Cades en application du présent article

(en milliards d'euros)

Année	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	FSV	Total
2014	- 4,6		- 1,5			- 6,1
2015	- 4,8		- 1,0		- 3,1	- 8,9
2016						0
2017						0
2018 (p)						0
Total	- 9,4	0	- 2,5	0	- 3,1	- 15,0

Source : ACOSS

Déficits non repris par la Cades à fin 2018 compte tenu du présent article

(en milliards d'euros)

Année	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	FSV	Total
2014	0		0	0	0	0
2015	0		0	0	0	0
2016	0		0	*	- 0,5	- 0,5
2017	- 4,9		- 0,2	*	- 2,9	- 8,0
2018 (p)	- 0,9		*	*	- 2,1	- 3,0
Total	- 5,8	0	- 0,2	0	- 5,5	- 11,5

* Excédent

Source : ACOSS

Le présent article est peu précis pour ce qui concerne les montants et les dates des versements correspondants, qui sont renvoyés à un décret.

Selon les informations transmises à votre rapporteur général, le schéma prévu serait **un transfert différé et en trois temps avec un premier transfert de 6 milliards d'euros en 2020, un autre transfert de 6 milliards d'euros en 2021 et un transfert du solde, soit 3 milliards d'euros, en 2022.**

S'agissant des **ressources octroyées à la Cades** afin de lui permettre d'apurer ce surcroît de dette tout en respectant l'échéance d'un amortissement totale de sa dette en 2024, conformément à l'article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, elles prendront la forme de **l'octroi d'une fraction supplémentaire de CSG**, auquel procède l'article 19 du présent PLFSS, à hauteur de :

- **1,5 milliard d'euros en 2020 ;**
- **3,5 milliards d'euros en 2021 ;**
- **et 5 milliards d'euros en 2022.**

Même si cela ne figure pas expressément dans le texte de ce projet de loi de financement, ce schéma suppose implicitement l'octroi d'un apport de CSG à la Cades de 5 milliards d'euros en 2023.

Le 2° du présent article une modification du 2° de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, de pure coordination avec une modification de référence à laquelle procède l'article 19 de ce PLFSS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur le principe, votre commission approuve la reprise de dette par la Cades que propose le présent article.

Néanmoins, elle s'interroge quant à certaines de ses modalités.

Tout d'abord, **le calendrier envisagé pour les transferts de dette**, en trois versements entre 2020 et 2022, **est surprenant** puisqu'il **laisse délibérément à l'Acoss l'ensemble de sa dette en 2019** et une fraction significative pour au moins trois ans. Singulièrement, le transfert de 3 milliards d'euros prévu en 2022 concernera une fraction de dette presque devenue du court terme, ce qui semble paradoxal. L'Acoss devra donc encore longtemps supporter le risque de remontée des taux évoqué *supra*, et assurer une mission qui n'est fondamentalement pas la sienne.

Ensuite et surtout, **le choix de ne transférer « que » 15 milliards d'euros laisse entière la question du financement des quelque 11,5 milliards de déficits cumulés** qui resteront logés à l'Acoss. À cet égard, comme cela sera détaillé dans le commentaire de l'article 26 de ce PLFSS, la trajectoire des soldes des différentes branches du régime général et du FSV prévue par le Gouvernement jusqu'en 2022 **ne permettra ni à la branche maladie ni au FSV de régler une dette** qui devrait même atteindre **14,5 milliards d'euros à fin 2022**. En effet, chaque branche de la sécurité sociale est responsable de ses déficits cumulés, l'argent des retraites ne pouvant, par exemple, pas être utilisé pour éponger la dette de l'assurance maladie.

À l'heure où le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale devrait enfin « couper le robinet » de l'accumulation des déficits, un ultime transfert de l'ensemble de la dette du régime général et du FSV aurait été préférable.

En tout état de cause, il convient de faire en sorte que les transferts concernent prioritairement les branches dont la trajectoire de solde entre 2019 et 2022, telle que prévue à l'annexe B du présent PLFSS, ne devrait pas leur permettre d'apurer leur dette par elles-mêmes. C'est pourquoi votre commission propose **un amendement n° 63 visant à ce que la branche maladie et le FSV soient prioritaires la dernière année de prise en charge des déficits par la Cades**, la branche famille devant dégager un excédent de 1,2 milliard d'euros en 2019.

De plus, votre commission propose **un amendement n° 64 définissant les produits dont bénéficiera la Cades pour amortir la totalité de la dette ainsi transférée**, c'est-à-dire une fraction supplémentaire de CSG d'un montant de 1,5 milliard d'euros en 2020, 3,5 milliards d'euros en 2021 et 5 milliards d'euros en 2022 et 2023. Il s'agit à la fois :

- d'assurer dès à présent que la Cades disposera bien de 15 milliards d'euros de ressources supplémentaires en face de ses 15 milliards d'euros de charges nouvelles ;

- et de tenir compte de la suppression par votre commission des dispositions régissant la répartition de la CSG entre ASSO en 2021 et 2022 -pour des raisons liées à l'évolution de la fraction de TVA affectée par l'État à la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 20 bis (nouveau)
(art. L. 421-21 et L. 757-1 du code de l'éducation)
**Maintien dans le régime spécial des marins
des élèves et étudiants des lycées professionnels maritimes
et de l'école nationale supérieure maritime**

Objet: Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, supprime, par coordination avec la suppression du régime de sécurité sociale applicable aux étudiants, les dispositions spécifiques à l'affiliation des élèves et étudiants de l'enseignement maritime.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un **amendement du Gouvernement**.

Il tend à **abroger (I)** à compter du **1^{er} septembre 2019 (II)** :

- l'article L. 421-21 du code de l'éducation (1^o du I), aux termes duquel les **élèves des lycées professionnels maritimes** relèvent, en cas d'accident, de maladie, de maternité et d'invalidité, du **régime spécial des marins**, qui est le régime obligatoire des marins du commerce, de la pêche et de la plaisance professionnelle, géré par l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) ;

- par coordination, le dernier alinéa de l'article L. 757-1 du même code (2^o du I) qui rend ces dispositions applicables aux **élèves de l'École nationale supérieure maritime**.

Il s'agit d'intégrer les élèves et étudiants de l'enseignement maritime dans le dispositif de droit commun résultant de l'article 11 de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, qui a mis fin, à compter du 1^{er} septembre 2019, au régime de sécurité sociale des étudiants. Ainsi, les intéressés demeureront affiliés au régime de leurs parents jusqu'à l'âge de 24 ans, puis à compter de cet âge, au régime général s'ils n'ont pas débuté d'activité professionnelle.

II - La position de la commission

L'évolution proposée s'inscrit dans le prolongement de la réforme adoptée en début d'année - avec l'approbation de votre commission¹ - qui a mis fin à la spécificité du régime de sécurité sociale étudiant.

Il s'agit donc d'une simplification pour les jeunes et leurs familles.

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

¹ Voir le rapport pour avis sur le projet de loi relatif à l'orientation et à la réussite des étudiants n° 233 (2017-2018) de Frédérique Gerbaud, 23 janvier 2018.

Article 20 ter (nouveau)

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

**Exception à l'affiliation au régime général de sécurité sociale
pour les experts désignés par le juge judiciaire pour accomplir
des expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'exclure les experts judiciaires des professionnels affiliés au régime général de la sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale énumère les catégories de professionnels devant être obligatoirement affiliés aux assurances sociales du régime général.

Parmi ces professionnels figurent, en vertu du 21° de cet article, les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel. Ce même 21° renvoie à un décret le soin de préciser les sommes, les activités et les employeurs entrant dans son champ d'application.

Ce décret, codifié à l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale, cite notamment, parmi les personnes contribuant de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 du même code (et devant donc être affiliées au régime général à ce titre), les « *médecins et les psychologues exerçant des activités d'expertises médicales, psychiatriques, psychologiques ou des examens médicaux, rémunérés en application des dispositions de l'article R. 91 du code de procédure pénale et qui ne sont pas affiliés à un régime de travailleurs non salariés* ».

Or le Conseil d'État, saisi d'une demande d'annulation de ce décret pour excès de pouvoir, a décidé que **l'article 1^{er} du décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 devait être annulé « en tant qu'il ne fait pas figurer les experts désignés par le juge judiciaire pour accomplir des expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques, autres que les médecins et psychologues exerçant des activités d'expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques rémunérés en application des dispositions de l'article R. 91 du code de procédure pénale et qui ne sont pas affiliés à un régime de travailleurs non salariés, sur la liste, fixée à l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale, des collaborateurs occasionnels du service public au sens du 21° de l'article L. 311-3 du même code »**¹. Le Conseil d'État a estimé que seul le législateur pouvait introduire un tel critère.

¹ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e chambres réunies, 17 mars 2017, n° 397362.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, propose de modifier le 21° l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale afin d'exclure de la liste des professionnels devant être affiliés au régime général de la sécurité sociale les « *experts requis, commis ou désignés par les juridictions de l'ordre judiciaire, ou par les personnes agissant sous leur contrôle, afin d'accomplir une mission d'expertise indépendante* ».

II - La position de la commission

Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'exposé des motifs lacunaire de l'amendement à l'origine du présent article ainsi que le court débat ayant précédé son adoption par l'Assemblée nationale, le présent article ne fait pas que reprendre la formule figurant dans les dispositions annulées par le Conseil d'État au motif qu'elles relevaient de la compétence du législateur. En effet, **seraient désormais exclues de l'affiliation au régime général pour leurs activités d'expertise** non seulement les professionnels affiliés à un régime de travailleurs non salariés, mais également **les médecins psychiatres exerçant une activité salariée**, par exemple dans des hôpitaux.

Aucune explication n'a été avancée par le Gouvernement pour justifier cette modification et aucune étude d'impact de la mesure proposée n'a été fournie au Parlement.

Or la mesure proposée inquiète manifestement plusieurs organisations représentatives de ces personnels, qui ont saisi votre rapporteur général.

C'est pourquoi votre commission propose **un amendement n° 65 limitant l'exclusion du régime général au titre de la rémunération de leurs expertises judiciaire aux seuls professionnels déjà affiliés à un régime de travailleurs non salariés.**

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 20 quater (nouveau)

**Ratification de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018
et de l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose la ratification de deux ordonnances.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, propose de ratifier :

- d'une part, en son I, l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants ;

- d'autre part, en son II, l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale.

Le III du présent article propose d'apporter une précision au sein de l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation, dans sa rédaction résultant de cette dernière ordonnance.

De même, le IV vise à corriger une erreur de référence introduite par cette même ordonnance au sein de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Votre commission regrette que le présent article proposant la ratification de deux ordonnances publiées le 12 juin 2018 n'ait pas été intégré au périmètre initial de ce projet de loi. Sa présence au sein de l'avant-projet transmis au Conseil d'État en septembre dernier aurait permis un examen plus approfondi des dispositions contenues dans ces ordonnances.

Bien que procédant, **à droit constant**, à un toilettage de nombreux articles du code de la sécurité sociale, ces deux ordonnances n'en réécrivent pas moins des articles fondamentaux comme par exemple les articles L. 136-1-1 et L. 242-1 qui définissent les assiettes de la contribution sociale généralisée et des cotisations sociales.

Il est donc difficile pour votre rapporteur, dans le temps imparti au Parlement pour l'examen de cet article, de formuler une analyse exhaustive des modifications apportées par ces deux ordonnances.

Elles semblent néanmoins à première vue respecter les principes définis par les deux articles d'habilitation¹ et ne pas soulever de difficultés particulières, non plus que les deux corrections proposées aux articles L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation et L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

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

Article 21

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5

Objet : Cet article a pour objet d'approuver le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose d'approuver **un montant de 5,6 milliards** d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au présent PLFSS.

Par rapport au montant de 6 milliards d'euros approuvé l'année dernière, la différence tient essentiellement à **l'intégration de plusieurs dispositifs spécifiques, faisant l'objet d'une telle compensation, au sein des allègements généraux** (cf. article 8).

Le montant global recouvre des exonérations, allègements et exemptions d'assiette de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

Mesures en millions d'euros	2014	2015	2016	2017	2018 (p)	2019 (p)
Allègements généraux	20 886	25 775	28 974	30 089	31 623	56 890
Exonérations compensées	3 694	3 479	4 076	6 615	6 147	6 181
Exonérations non-compensées	3 694	3 741	3 806	1 357	922	1 116
Exemptions d'assiette	6 746	8 407	7 480	7 900	8 000	7 590
Total	35 020	41 402	44 336	45 961	46 692	71 777

Source : Annexe 5 PLFSS

¹ XVIII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 précitée et II de l'article 13 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 pour l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 précitée.

La progression spectaculaire des allègements généraux prévue pour 2019 tient aux modalités de compensations de la fin du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE), décrites *supra* au sein du commentaire de l'article 8 du présent PLFSS.

Par ailleurs, comme cela a déjà été détaillé au sein du tome I et dans le commentaire de l'article 19, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale commence à mettre en application certains des principes décrits dans le rapport que le Gouvernement a remis au Parlement sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale¹.

De ce fait, conformément à la préconisation de ne plus compenser que les exonérations sectorielles, et non plus les mesures de caractère général, que l'État et la sécurité sociale auraient désormais à financer chacun dans leur sphère, les mesures suivantes :

- l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires ;
- la suppression du forfait social sur certains revenus ;
- l'assouplissement des conditions d'éligibilité des retraités au taux réduit de CSG ;
- l'éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic ;
- la suppression de la taxe sur les farines.

L'exonération de CSG et de CRDS sur les revenus patrimoniaux des personnes assujetties à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, ou partie à l'Espace économique européen, ou de Suisse, insérée par l'Assemblée nationale dans le présent PLFSS, s'ajoutera à ces mesures non compensées.

Au total, ces mesures devraient représenter un montant de 2,3 milliards d'euros en 2019 et 3,6 milliards d'euros en année pleine.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Comme cela a été développé dans le tome I du présent rapport, votre rapporteur général n'est pas opposé à ce qu'une sécurité sociale revenue à l'équilibre participe au redressement d'ensemble des finances publiques.

¹ Ainsi que le prévoyait l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

En l'espèce, les mesures non compensées pour 2019 correspondent à peu près aux surcompensations des allègements généraux que la Cour des comptes avait identifiées dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de l'année dernière.

Toutefois, pour l'avenir des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, des principes clairs et partagés devront être établis, par exemple à l'occasion de l'examen des projets de lois constitutionnelle et organique qui seront soumis au Parlement, un simple rapport du Gouvernement ne pouvant évidemment engager l'ensemble des pouvoirs publics.

En l'espèce, comme le montre les exonérations sectorielles, le principe de compensation est aussi un principe de responsabilité pour l'État, qui ne devrait pas être incité, à l'avenir, à minorer « gratuitement » les ressources de la sécurité sociale plutôt que de diminuer encore les siennes.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission n'est pas opposée à l'adoption du présent article.

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

Article 22

**Approbation des prévisions de recettes,
réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi,
et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes
obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV**

Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2019 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale*(extraits du C du I)*

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

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

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

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2019.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision d'excédent de 0,4 milliard d'euros en 2019, pour la première fois depuis vingt ans.

Comme l'indique le tableau ci-après, ce montant représente une amélioration du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de :

5,2 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2017 figurant à l'article 1er du présent projet de loi de financement ;

1,8 milliard d'euros par rapport aux prévisions pour 2018 figurant à l'article 5 du présent projet de loi de financement.

Évolution des soldes, par branche, des régimes obligatoires de base*(en milliards d'euros)*

	Constaté 2017	Prévisions 2018	Prévisions 2019
Maladie	- 4,9	- 0,9	- 0,5
Vieillesse	2,0	0,4	0,3
Famille	- 0,2	0,4	1,2
AT-MP	1,2	0,9	1,2
Total	- 1,9	0,7	2,2
FSV	- 2,9	- 2,1	- 1,8
Tous régimes + FSV	- 4,8	- 1,4	0,4

Selon cette précision, hormis la branche vieillesse, relativement stable, toutes les branches ainsi que le FSV devraient participer à l'amélioration des comptes. Seuls la branche maladie et le FSV resteraient en déficit.

**Dépenses et recettes de l'ensemble des régimes
obligatoires de base et du FSV en 2018 et 2019**

(en milliards d'euros)

	Recettes				Dépenses			
	2018	2019	écart	en %	2018	2019	écart	en %
Maladie	211,9	217,5	5,6	+ 2,6 %	212,8	218,0	5,2	+ 2,4 %
AT-MP	14,2	14,7	0,5	+ 3,5 %	13,3	13,5	0,2	+ 1,5 %
Vieillesse	236,9	241,4	4,5	+ 1,9 %	236,6	241,2	4,6	+ 1,9 %
Famille	50,5	51,5	1	+ 2,0 %	50,1	50,3	0,2	+ 0,4 %
Toutes branches	499,9	511,3	11,4	+ 2,3 %	499,2	509,1	9,9	+ 2,0 %
FSV	16,8	16,6	- 0,2	- 1,2 %	18,9	18,4	- 0,5	- 2,6 %
toutes branches avec FSV	498,2	509,9	11,7	+ 2,3 %	499,6	509,6	10,0	+ 2,0 %

Source : PLFSS 2019

En 2019, comme d'ailleurs ces dernières années, le solde se redresse grâce à une forte dynamique des recettes (+ 11,7 milliards d'euros et + 2,3 %), supérieure à la croissance des dépenses (+ 10 milliards d'euros et + 2 %).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article et l'annexe C sans modification.

Au demeurant, cet état de fait est anormal, aucune conséquence n'ayant été tirée des votes de l'Assemblée nationale au sein du tableau d'équilibre. Or les mesures adoptées à l'Assemblée nationale ont dégradé le solde des ROBSS de 210 millions d'euros¹, du fait :

- de l'exonération de CSG et de CRDS sur les revenus patrimoniaux des personnes assujetties à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, ou partie à l'Espace économique européen, ou de Suisse, insérée par l'Assemblée nationale dans le présent PLFSS (180 millions d'euros) ;

- de l'extension de la condition de double franchissement de seuil pour l'assujettissement à la CSA de 0,3 % (20 millions d'euros) ;

- et de la hausse de l'abattement sur les revenus du capital soumis à la cotisation subsidiaire d'assurance maladie pour les travailleurs indépendants et agriculteurs (10 millions d'euros).

¹ Pour l'ensemble des finances publiques, la dégradation du solde s'élève à 395 millions d'euros, en ajoutant 185 millions d'euros de mesures compensées à la sécurité sociale.

III - La position de la commission

Le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base tire les conséquences de l'ensemble des votes des assemblées.

Comme cela a été indiqué, le léger excédent qu'il affiche est encore le fait d'une forte progression des recettes, dont la structure est sensiblement modifiée, notamment par l'entrée en vigueur des mesures compensatrices de la fin du CICE.

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

Article 23

**Approbation des prévisions de recettes,
réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi,
et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV**

Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2019 du régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées à l'article 22 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2019.

À l'exception des branches vieillesse et AT-MP, ce tableau est désormais très semblable à celui des régimes obligatoires de base. Le solde de la branche vieillesse (0,7 milliard d'euros) illustre désormais la contribution négative des autres régimes obligatoires de base, le solde vieillesse des ROBSS étant de 0,3 milliard d'euros.

L'année 2019 devrait marquer, comme pour les ROBSS, le retour du régime général à une situation d'excédent. Celui-ci s'élèverait à 0,7 milliard d'euros.

Évolution des soldes, par branche, du régime général

(en milliards d'euros)

	Constaté 2017	Prévisions 2018	Prévisions 2019
Maladie	- 4,9	- 0,9	- 0,5
Vieillesse	1,8	0,8	0,7
Famille	- 0,2	0,4	1,2
AT-MP	1,1	0,8	1,1
Total	- 2,2	1,1	2,5
FSV	- 2,9	- 2,1	- 1,8
Toutes branches +FSV	- 5,1	- 1,0	0,7

La branche maladie connaîtrait encore une amélioration de son solde, moins forte toutefois qu'en 2018. Elle serait néanmoins la seule à rester en déficit, avec le FSV. La branche famille serait en net excédent, de 1,2 milliard d'euros, tandis que le solde des branches vieillesse et AT-MP resteraient relativement stables.

Dépenses et recettes de l'ensemble du régime général et du FSV en 2018 et 2019

(en millions d'euros)

	Recettes				Dépenses			
	2018	2019	écart	en %	2018	2019	écart	en %
Maladie	210,4	216,0	5,6	+ 2,7 %	211,3	216,4	5,1	+ 2,4 %
ATMP	12,8	13,3	0,5	+ 3,9 %	12,0	12,2	0,2	+ 1,7 %
Vieillesse	134,5	137,6	3,1	+ 2,3 %	133,7	136,9	3,2	+ 2,4 %
Famille	50,5	51,5	1,0	+ 2,0 %	50,1	50,3	0,2	+ 0,4 %
Toutes branch	395,2	405,2	10,0	+ 2,5 %	394,1	402,7	8,6	+ 2,2 %
FSV	16,8	16,6	- 0,2	- 1,2 %	18,9	18,4	- 0,5	- 2,6 %
toutes branch avec FSV	394,6	404,9	10,3	+ 2,6 %	395,7	404,2	8,5	+ 2,1 %

Source : PLFSS 2019

Les recettes progresseraient de 2,6 %, soit un rythme supérieur à celui de la hausse des recettes (+ 2,1 %), lesquelles augmenteraient de 8,5 milliards d'euros pour l'ensemble des branches.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Là encore, cela ne tient pas compte de la dégradation du solde de 200 millions d'euros résultant des votes de l'Assemblée nationale en première lecture (cf. commentaire de l'article 22).

III - La position de la commission

Le présent article tire les conséquences des mesures adoptées dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le fragile retour à l'équilibre constaté repose, d'une part, sur la progression des recettes liée à la prévision d'une conjoncture économique relativement solide et, d'autre part, à des mesures de raboutage des prestations des branches vieillesse et famille que votre commission ne saurait accepter en l'état (*cf.* commentaire de l'article 44).

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

Article 24

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du FRR et du FSV

Objet : Cet article détermine, pour l'année 2019, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que les prévisions de recettes du FRR et du FSV.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit (...)

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

Le I du présent article fixe l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir de la seule Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à 16 milliards d'euros.

Au 31 décembre 2019, l'amortissement cumulé représenterait ainsi 171 milliards d'euros, soit les deux tiers de la dette reprise depuis l'origine, compte non tenu des transferts prévu par l'article 20 de ce PLFSS.

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'étant plus affectataire d'aucune recette depuis la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le II du présent article propose logiquement de maintenir l'absence de recettes supplémentaires du fonds en 2019.

S'agissant du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le III reconduit également l'absence de recettes mises en réserve.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Article 25

Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Objet : Cet article habilite six organismes à recourir, en 2019, à des ressources non permanentes destinées à couvrir leurs besoins de trésorerie.

I - Le dispositif proposé

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

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale*(extraits du C du I)*

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

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

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

Comme l'indique le tableau présenté ci-après, le présent article autorise six organismes à recourir en 2019 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Évolution des plafonds d'avance de trésorerie demandés en 2018 et 2019*(en milliards d'euros)*

	Encours limite 2018	Encours limite demandé pour 2019
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)	38,0	38,0
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4,9	4,9
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (du 1 ^{er} au 31 janvier)	0,5	0,6
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (du 1 ^{er} février au 31 décembre)	0,2	0,33
Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines	0,45	0,47
Caisse nationale des industries électriques et gazières	0,44	0,42
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (du 1 ^{er} janvier au 31 juillet)	-	0,8
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (du 1 ^{er} août au 31 décembre)	-	1,2

L'Acoss assure une gestion de la trésorerie de plus en plus mutualisée entre les régimes, qui concerne le régime des mines, des industries électriques et gazières (CNIIEG) et celui des exploitants agricoles, pour lesquels un plafond spécifique permet cependant de tracer les opérations. À compter de 2019, elle couvrira également les besoins du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). La reconduction du plafond de l'année dernière, traduit l'absence de reprise de dette en 2019 malgré le dispositif prévu par l'article 20¹, le plafond de transfert fixé par la loi de financement pour 2011 ayant été atteint en 2016. Avec ce plafond, l'Acoss ne remplit donc pas seulement sa mission de financement de la seule trésorerie infra-annuelle des branches mais porte en trésorerie les déficits cumulés qui n'ont pu être repris par la Cades, lesquels devraient s'élever à 26,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018.

Une autorisation est également reconduite pour le régime d'entreprise de la SNCF. Pour ce régime, l'article fixe deux plafonds, le versement des pensions intervenant avant celui de la subvention de l'État dans les premiers jours de l'année. La CPRP SNCF est désormais la seule caisse finançant ses besoins de trésorerie via des financements bancaires.

Le plafond de découvert de la CCMSA est stable par rapport à 2018, à 4,9 milliards d'euros.

Celui de la Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines est légèrement augmenté, les besoins de cet organisme demeurant important au regard de la situation de sa branche vieillesse qui cumule des déficits importants (- 328 millions d'euros à fin 2018).

Celui de la CNIIEG est légèrement réduit par rapport à 2018 et passe à 420 millions d'euros pour tenir compte du dynamisme attendu des recettes, qui devrait réduire les besoins de financement de la caisse.

Enfin, la CNRACL devrait bénéficier d'une autorisation en 2019, ce qui n'était pas le cas l'année dernière. En effet, la situation financière du régime se dégrade, avec un déficit de 1,25 milliard d'euros prévu en 2019. Pour permettre à la caisse de faire face à la dégradation progressive de sa trésorerie, un double plafond de découvert est demandé : de 800 millions d'euros du 1^{er} janvier au 31 juillet, puis de 1,2 milliard d'euros du 1^{er} août à la fin de l'année.

¹ La reprise par la Cades de déficits cumulés actuellement portée par la Cades s'effectuera entre 2020 et 2022.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Article 26

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Objet: Cet article soumet à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale ainsi que de l'Ondam pour les années 2019 à 2022.

I - Le dispositif proposé

A. Des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des LFSS

Le présent article contient des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale tel que défini à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci dispose en effet que "*dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale (...) approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4*". Et, aux termes de ce dernier article, ce rapport doit décrire "*les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.*"

B. Le contenu du rapport qu'il est proposé d'approuver

Sur le fond, le rapport constituant l'annexe B de ce PLFSS détaille, pour les années 2019 à 2022, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général. Il présente également les recettes, les dépenses et les soldes du Fonds de solidarité vieillesse pour la même période.

La trajectoire présentée par l'annexe B repose sur un scénario de reprise modérée de la croissance. En cohérence avec la LFSS pour 2018, la prévision de croissance s'établit à 1,7 % sur l'ensemble de la période considérée, jusqu'en 2022.

L'inflation hors tabac progresserait de 1,6 % en 2018, avant de retomber à 1,3 % en 2019 puis de repartir dans une hausse modérée, à 1,4 % en 2020 puis 1,8 % en 2021 et 2022.

L'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé est révisée à la hausse par rapport à la LFSS pour 2018, à 3,5 % au lieu de 3,1 % pour l'année en cours. Ce mouvement serait même encore renforcé les années suivantes, avec une prévision de 3,7 % ou 3,8 % pour les années 2020 à 2022.

La revalorisation des pensions de retraite et des autres prestations resterait sur une tendance très maîtrisée en début de période, du fait de la limitation à 0,3 % en 2019 et 2020 de leur indexation, en période d'inflation relativement élevée.

Légèrement desserré à 2,5 % pour 2019, le taux d'évolution de l'Ondam rejoindrait ensuite une progression de 2,3 % pour toute la période, en cohérence avec la LFSS pour 2018 et la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Les principales hypothèses économiques fondant la prévision 2018-2022

PRINCIPALES HYPOTHÈSES RETENUES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume	1,2 %	2,2 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale privée	2,4 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %	3,7 %
Ondam	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Inflation	0,2 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %

Source : Annexe B du PLFSS 2019

Sur le fondement de ces hypothèses, globalement en ligne avec celles qui figuraient dans le rapport de l'année dernière, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et le Fonds de solidarité vieillesse resterait en léger excédent à compter de 2019 et sur l'ensemble de la période.

Néanmoins, dans le détail, la branche vieillesse retomberait légèrement dans le rouge à partir de 2021 tandis que le FSV ne retrouverait l'équilibre qu'en fin de période, en 2022.

Le tableau ci-après reprend, par branche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des ROBSS figurant dans le rapport annexé qu'il est proposé d'approuver.

**Prévisions de recettes, dépenses et soldes
de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV**

(en milliards d'euros)

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie	<i>Recettes</i>	191,3	195,9	201,3	211,9	217,5	222,6	227,3	232,2
	<i>Dépenses</i>	197,1	200,7	206,2	212,8	218,0	222,6	227,3	232,2
	<i>Solde</i>	- 5,8	- 4,7	- 4,9	- 0,9	- 0,5	0,0	0,0	0,0
AT-MP	<i>Recettes</i>	14,1	14,1	12,9	14,2	14,7	14,8	15,1	15,3
	<i>Dépenses</i>	13,3	13,3	11,7	13,3	13,5	13,6	13,8	14,0
	<i>Solde</i>	0,8	0,8	1,1	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3
Famille	<i>Recettes</i>	52,8	48,6	49,8	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
	<i>Dépenses</i>	54,3	49,6	50,0	50,1	50,3	50,4	51,0	51,9
	<i>Solde</i>	- 1,5	- 1	- 0,2	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse	<i>Recettes</i>	223,8	228,8	126,6	236,9	241,4	246,2	252,6	259,5
	<i>Dépenses</i>	223,6	227,2	224,8	236,6	241,2	245,7	252,8	260,9
	<i>Solde</i>	0,2	1,6	1,8	0,4	0,3	0,6	- 0,2	- 1,3
Total	<i>Recettes</i>	468,4	473,7	377,6	499,9	511,3	520,1	531,6	544,3
	<i>Dépenses</i>	474,7	477,1	379,8	499,2	509,1	518,3	530,6	544,4
	<i>Solde</i>	- 6,3	- 3,4	- 2,2	0,7	2,2	1,8	1,0	- 0,1
FSV	<i>Recettes</i>	338,4	365	16,6	16,8	16,6	17,1	17,7	18,3
	<i>Dépenses</i>	349,2	372,7	19,6	18,9	18,4	17,8	18,0	18,2
	<i>Solde</i>	- 3,9	- 3,6	- 2,9	- 2,1	- 1,8	- 0,7	- 0,3	0,1
Total avec FSV	<i>Recettes</i>	464,9	470,5	376,5	498,2	509,9	519,8	531,8	544,9
	<i>Dépenses</i>	475,1	477,5	381,6	499,6	509,6	518,7	531,1	544,9
	<i>Solde</i>	- 10,2	- 7	- 5,1	- 1,4	0,4	1,0	0,7	0,1

Source : Annexe B du PLFSS 2019

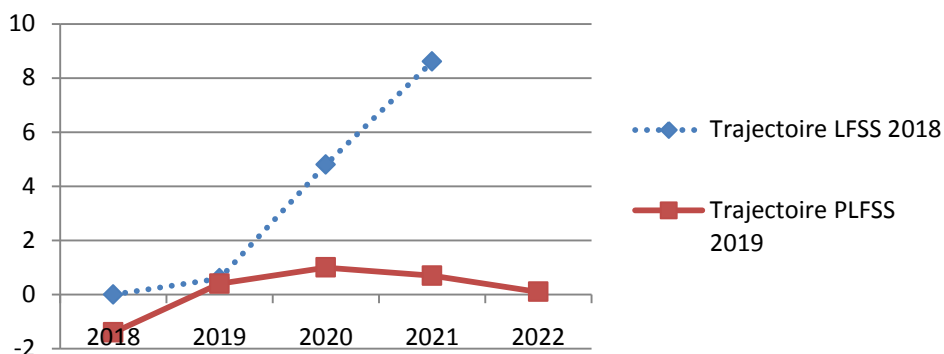
La trajectoire de solde se distingue très nettement de celle définie l'an dernier, comme le montrera le graphique suivant.

Cette différence ne tient pas aux dépenses, qui seraient même légèrement inférieures (de 0,7 milliard d'euros) en 2021 par rapport à la prévision figurant dans la LFSS pour 2018. Malgré la trajectoire ambitieuse prévue en matière d'évolution de la masse salariale, elle provient exclusivement de l'évolution des recettes, doublement diminuées de 10 milliards d'euros sur la fin de la période, selon le même rythme (- 1,5 milliard d'euros en 2020, - ,5 milliards d'euros en 2021 et - 5 milliards d'euros en 2022) :

- d'une part, du fait de l'attribution d'une fraction de CSG à la Cades afin de lui permettre d'amortir un transfert de dette de 15 milliards d'euros ;

- d'autre part, du fait de la diminution programmée de la part de TVA attribuée par l'État à la sécurité sociale.

L'évolution des prévisions de solde des ROBSS et du FSV



Source : Annexe B de la LFSS 2018 et du PLFSS 2019

Au niveau de l'ensemble constitué par le régime général et le FSV, seul impacté par les diminutions de recettes détaillées ci-dessus, la tendance serait la même, avec un solde global certes positif sur toute la période mais en net retrait par rapport à l'année dernière : après 0,7 milliard d'euros en 2019, l'excédent atteindrait 1,2 milliard d'euros en 2020 puis 1,3 milliard d'euros en 2021 et 2022 (au lieu de 10,3 milliards d'euros pour cette même date en LFSS pour 2018).

Hormis la branche AT-MP, qui conserverait un excédent compris entre 1,1 et 1,3 milliard d'euros sur toute la période 2019-2022, le solde de toutes les autres branches du régime général serait ramené à zéro en fin de période, seul le FSV étant alors censé connaître son premier excédent (0,1 milliard d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission n'a pas d'observation s'agissant des prévisions économiques retenues par le Gouvernement pour l'établissement du rapport constituant l'annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En revanche, comme cela a déjà été indiqué précédemment (cf. commentaire de l'article 19), le raboutage dès à présent de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, dans des proportions très significatives et sans un quelconque accord du Parlement sur les principes devant régir, à l'avenir, les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, est *a minima* prématurée.

En outre, la mise en regard des éléments fournis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) à votre rapporteur général et des hypothèses du rapport constituant l'annexe B de ce PLFSS montre que ce schéma ne permettra pas le remboursement de la dette sociale qui resterait portée par l'Acos d'ici à 2022, même après transfert de 15 milliards d'euros à la Cades. Le tableau suivant, partant du solde de dette à fin 2018 branche par branche compte tenu de la dette transférée à la Cades, et lui appliquant les soldes successifs prévus jusqu'en 2022 pour chaque branche montre une dette résiduelle de 14,5 milliards d'euros en 2022, qui pèsera sur la branche maladie et le FSV.

	2018	2019		2020		2021		2022	
	Dette résiduelle	Résultat	Dette résiduelle	Résultat	Dette résiduelle	Résultat	Dette résiduelle	Résultat	Dette résiduelle
CNAM	5,8	- 0,5	6,3	0	6,3	0	6,3	0	6,3
ATMP	0	1,1	0	1,2	0	1,3	0	1,3	0
CNAF	0,2	1,2	0	0	0	0	0	0	0
CNAV	0	0,7	0	0,8	0	0,4	0	0	0
FSV	5,5	- 1,8	7,3	- 0,7	8	- 0,3	8,3	0,1	8,2
Total	11,5	0,7	13,6	1,3	14,3	1,4	14,6	1,4	14,5

Source : Commission des affaires sociales, d'après Acoss et annexe B du PLFSS 2019

En effet, chaque branche de la sécurité sociale est parfaitement autonome. Comme le directeur de l'Acos lors de son audition par votre commission¹, de la même façon qu'un syndicat de copropriétaires ne saurait utiliser les excédents de copropriété en bonne santé financière pour éponger les déficits d'autres copropriétés, les crédits et les dettes des uns et des autres ne sont pas annulés parmi les branches de la sécurité sociale. Il s'agit d'ailleurs d'un principe sain, tant il serait anormal, par exemple, que des cotisations versées par les salariés pour leur retraite viennent éponger la dette de l'assurance maladie.

Dès lors, au-delà même de la question de principe, la trajectoire financière envisagée, qui n'est pourtant pas pessimiste, notamment en matière d'évolution de la masse salariale, n'apparaît donc pas adéquate au regard de l'objectif de résorber dans des délais rapides le reliquat de dette de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

C'est pourquoi, en cohérence avec la position déjà exprimée lors de l'examen de l'article 19, votre commission vous propose un amendement (amendement n° 98) visant à supprimer la mention, au sein de l'annexe B, de la diminution des moindres transferts de TVA vers la sécurité sociale en 2021 et 2022 et à corriger en conséquence les tableaux financiers figurant dans cette même annexe.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Compte rendu de la commission des affaires sociales, semaine du 22 octobre 2018, audition de M. Yann-Noël Amghar.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I^{ER}

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 27

(art. L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale)

Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

Objet : Cet article étend la portée de la dotation complémentaire à la qualité et à la sécurité des soins allouée aux établissements de santé, en prévoyant un mécanisme de pénalité financière en cas de non atteinte des résultats.

I - Le dispositif proposé

• L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale¹ a généralisé, à compter du 1^{er} janvier 2016, le **dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)** des établissements de santé, expérimenté dès 2012. Concernant d'abord les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO), y compris l'hospitalisation à domicile, le dispositif a été élargi en 2017 aux soins de suite et de réadaptation (SSR). La dotation est attribuée aux établissements qui « *satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année* ».

Les conditions d'application du dispositif ont été précisées par le décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015. Le montant de la dotation allouée à chaque établissement de santé dépend du niveau de sa certification par la Haute Autorité de santé (HAS), des résultats au regard d'indicateurs dont la liste est établie chaque année par arrêté², qui peuvent être pondérés, ainsi que de l'activité produite.

¹ Cet article a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 78).

² L'arrêté du 28 février 2018 a fixé la liste des indicateurs obligatoires pris en compte pour le calcul de la dotation IFAQ au titre de l'année 2018.

Concrètement, les résultats (en termes de niveau atteint et d'évolution) sont convertis en un score global ; la dotation est attribuée aux 20 % des établissements en tête de chaque classement réalisé au sein de groupes d'établissements comparables. Son montant par établissement oscille entre 15 000 euros (montant plancher) et 500 000 euros (montant plafond).

Les résultats de certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont mis à la disposition du public¹, sur le site Scope Santé.

**Exemples d'indicateurs aujourd'hui pris en compte
pour le calcul de la dotation complémentaire à la qualité et à la sécurité des soins**

(arrêté du 28 février 2018)

- consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains
- bon usage des antibiotiques (en MCO, SSR)
- satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO (e-Satis)
- qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO
- dépistage des troubles nutritionnels
- tenue du dossier d'anesthésie
- traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire avec une échelle en SSPI
- réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie
- chirurgie ambulatoire : évaluation de l'éligibilité à l'admission ; anticipation de la prise en charge de la douleur ; évaluation du patient pour la sortie de la structure
- coordination de la prise en charge en HAD
- indicateurs liés au programme hôpital numérique
- indicateurs de prérequis (identité/mouvement, fiabilité, confidentialité)
- indicateurs liés au dossier patient informatisé : taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation, etc...
- taux de séjours disposant de prescriptions informatisées

• Le **I** modifie et complète cet article, tandis que le **II** précise les délais d'entrée en vigueur des évolutions envisagées.

Il est ainsi proposé :

- d'étendre le dispositif aux établissements de santé exerçant des **activités de psychiatrie (b du 1^o du I)** à compter du **1^{er} janvier 2021** ;

¹ Comme le prévoit l'article L. 6144-1 du code de la santé publique.

- de reformuler les critères d'attribution de cette dotation complémentaire, attribuée aux établissements qui « *atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans* » (c du 1^o du I) ; cela n'emporte pas de modification de fond du dispositif, mais vise à souligner, d'après l'étude d'impact, « *une orientation plus forte vers des indicateurs de résultat* ». En outre, le Gouvernement envisage d'en retenir un nombre limité (soit **dix maximum** contre près de 50 aujourd'hui dans dix catégories). Un travail est en cours avec la HAS pour leur définition. D'après les indications transmises à votre rapporteur, les indicateurs pris en compte pour l'année 2019 devraient pour l'essentiel correspondre à des indicateurs préexistants (comme la qualité de la lettre de liaison ville-hôpital ou la prise en charge de la douleur) ;

- de prévoir un « *seuil minimal de résultats* » **requis pour certains indicateurs**, assorti d'un mécanisme de **pénalité financière** (2^o du I) qui s'appliquerait dans les conditions suivantes :

- la non atteinte du seuil fixé pour un indicateur une année donnée donne lieu à un **avertissement** de l'établissement de santé concerné ;
- si l'établissement n'atteint pas pour un indicateur et pendant **trois années consécutives**, le seuil fixé, il fait l'objet d'une **mise en demeure** ;
- l'établissement peut présenter des **observations** au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), qui peut estimer qu'il n'y a pas lieu à sanction « *au regard de circonstances particulières propres à l'établissement* » ;
- le montant de la pénalité globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des sanctions constatées, dans la **limite de 0,5 % des recettes annuelles** d'assurance maladie de l'établissement.

Cette possibilité de sanction s'appliquerait à **compter du 1^{er} janvier 2020** après trois années consécutives de non atteinte, pour un même indicateur, du seuil minimal requis ; les premières pénalités ne pourraient donc intervenir qu'à compter de 2023. Les **modalités de mise en œuvre** de ce mécanisme ainsi que les catégories d'indicateurs et les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats sont renvoyées à un décret en Conseil d'État. En outre, un **arrêté** publié avant le 31 décembre de chaque année fixerait, pour l'année suivante, la liste des indicateurs, les seuils minimaux de résultats et les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière (3^o du I).

D'après les indications transmises à votre rapporteur, les seuils de résultats fixés par indicateur seront établis en fonction de la distribution observée des scores des établissements de santé. Ce dispositif aurait d'abord vocation à être dissuasif afin qu'un établissement prenne, dès l'avertissement, toutes les mesures nécessaires pour éviter la sanction.

• Parallèlement, le Gouvernement prévoit de relever dès 2019 le montant alloué au titre de la dotation IFAQ, qui passerait **de 50 millions d’euros à 300 millions d’euros**, financés par « *redistribution des ressources actuelles* ». Ce montant serait réparti entre les activités de MCO, SSR et HAD proportionnellement à leur chiffre d’affaires.

La dotation IFAQ en 2016 et 2017

	2016	2017
Enveloppe globale	40 millions d’euros	50 millions d’euros
Nombre d’établissements bénéficiaires (en % des établissements éligibles)	516 (37 %)	793 (33 %)
Montant moyen de la dotation	77 000 euros	63 000 euros

Source : DGOS

II - Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

L’Assemblée nationale a adopté cet article en y apportant plusieurs modifications tendant à :

- **préciser que les indicateurs servant à l’allocation de la dotation IFAQ prennent en compte les résultats et expériences rapportés par les patients** (huit amendements identiques présentés par le rapporteur général et des députés issus de différents groupes politiques). Ce type d’indicateurs était envisagé d’après l’étude d’impact sur la base de l’indicateur *e-Satis*¹ suivi par la HAS pour les activités de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et explicitement visé par les travaux conduits dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé comme un outil de mesure de la qualité des soins. L’entrée en vigueur de cette disposition est toutefois repoussée à 2020 dans les secteurs de l’hospitalisation à domicile et des soins de suite et de réadaptation et à 2021 pour la psychiatrie, afin de tenir compte des délais de développement des instruments de mesure de l’expérience des patients adaptés à ces secteurs (sous-amendement du Gouvernement) ;

L’indicateur e-Satis : une mesure de la satisfaction des patients

Cet indicateur, développé et suivi par la Haute Autorité de santé, permet, depuis 2016, de recueillir l’expérience et la satisfaction des **patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine chirurgie ou obstétrique** (MCO) - et, depuis mai 2018, en chirurgie ambulatoire - à partir d’un questionnaire de près de 50 questions.

La démarche est ciblée autour de **quatre thèmes** : accueil, prise en charge (par les médecins et chirurgiens, par les infirmiers et aides-soignants), chambre et repas, organisation de la sortie.

¹ Cet indicateur permet de recueillir l’expérience et la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine chirurgie ou obstétrique (MCO) à partir d’un questionnaire ; la démarche est ciblée autour de quatre thèmes : accueil, prise en charge, chambre et repas, organisation de la sortie.

À partir des réponses, la HAS produit des scores de satisfaction pour chaque établissement diffusés sur le site Scope Santé.

Près de 95 % des établissements sont engagés ; le taux de recueil de l'adresse électronique des patients est d'environ 15 %. Le **taux de réponse** des patients est de 17 % avec un taux de participation globale d'environ 2,5 % (56 000 questionnaires complétés en 2016, 122 000 exploités en 2017).

Au niveau international, les indicateurs de résultats jugés par le patient sont de plusieurs ordres :

- PREMs ou PRIMs pour *Patient reported experience measures* ou *Patient reported safety incident measures* : mesure de l'expérience et des éléments objectifs ;

- PROMs pour *Patient reported outcomes measures* : mesure de la qualité de vie et des résultats de santé perçus.

En 2017, l'OCDE a lancé l'initiative PaRIS (*Patient reported indicator survey*) pour harmoniser les indicateurs de résultats et d'expérience rapportés par les patients et permettre des comparaisons à l'échelle internationale.

- prévoir que la pénalité s'accompagne d'un **plan d'amélioration de la qualité présenté par l'établissement concerné** (amendement présenté par le rapporteur général et des députés des groupes Les Républicains et La République en Marche) ;

- **avancer à 2020, au lieu de 2021, l'application du dispositif aux établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie** (sept amendements identiques présentés par le rapporteur général et des députés de différents groupes), tout en faisant de la première année d'entrée en vigueur une « **année blanche** » (recueil des indicateurs sans versement de la dotation) afin de pouvoir « tester » des indicateurs en cours de développement (sous-amendement du Gouvernement).

III - La position de la commission

La stratégie de transformation du système de santé a érigé comme l'une de ses priorités le fait de **placer la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques**¹ mais aussi de renforcer, parallèlement, leur prise en compte dans les modes de financement².

¹ Le chantier « Incrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » a été piloté par le Pr Dominique Le Guludec, présidente de la HAS, Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé, et le Pr Olivier Lyon-Caen, médecin conseil national de la Cnam.

² Le chantier sur les « Modes de financement et de régulation » a été piloté par Jean-Marc Aubert, directeur de la Drees.

Votre commission partage depuis longtemps ces objectifs, mis en avant par le président Alain Milon et Jacky Le Menn dans un rapport sur la tarification hospitalière présenté en 2012¹ comme par le rapporteur général dans un rapport sur la pertinence des soins de 2017². **L'effort engagé pour revaloriser le montant de la dotation IFAQ**, portant sur des sommes jusqu'alors anecdotiques, constitue, en ce sens, un **signal positif**.

Cette mesure appelle toutefois plusieurs observations.

- D'une part, **l'évolution proposée appelle une refonte des indicateurs existants**, qui sont, de l'avis des fédérations hospitalières, trop nombreux et peu lisibles, **d'avantage orientés vers le process que la qualité des soins ou la pertinence médicale**.

La prise en compte du vécu et des expériences des patients - selon la méthode du « patient traceur » - est, à cet égard, essentielle. Mais elle doit s'appuyer sur des actions - en direction des établissements de santé comme des patients - permettant d'améliorer le taux de participation aujourd'hui assez faible et une redéfinition de *e-Satis*, encore peu orienté vers le résultat médical constaté, en termes d'amélioration de la qualité de vie par exemple. Il conviendra également de trouver le juste équilibre entre le suivi dans le temps des indicateurs et leur actualisation régulière, de manière à ne pas créer des biais de pratiques pour s'y conformer. La définition des indicateurs en amont doit se faire, en outre, dans la **concertation** avec les acteurs concernés pour faciliter leur appropriation : or, les fédérations hospitalières ont regretté de n'être pas suffisamment associées aux réflexions engagées.

- D'autre part, votre rapporteur note que **plusieurs dispositifs d'incitation à la qualité et à la pertinence se superposent au détriment de la lisibilité** pour les établissements de santé : aux côtés de la dotation IFAQ, les CAQES (contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) ont également vocation à inciter à l'amélioration des pratiques, avec un dispositif d'intéressement devant s'appliquer à compter de 2019 et un mécanisme de sanction, pour l'instant gelé. Des articles du projet de loi ajoutent encore d'autres outils à cet arsenal législatif (*cf.* articles 29 *bis* et 43). **Une réflexion sur l'articulation de ces outils mériterait d'être engagée dans un objectif de clarification et pour valoriser leurs complémentarités**.

¹ « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », rapport d'information n° 703 (2011-2012) de Jacky Le Menn et Alain Milon, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 25 juillet 2012.

² « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé », rapport d'information n° 668 (2016-2017) de Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 20 juillet 2017.

- **La commission a adopté trois amendements visant à :**

- clarifier l'articulation avec les CAQES, pour exclure toute possibilité d'indicateurs communs et donc de « double peine » pour les établissements de santé (amendement n° 66) ;

- prévoir que le directeur général de l'ARS, dès le moment où il alerte l'établissement n'atteignant pas le seuil requis une année donnée, propose des mesures d'accompagnement, et associer explicitement les conférences et commissions médicales d'établissements (CME) à l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité présenté par l'établissement faisant l'objet d'une pénalité (amendement n° 67) ;

- préciser que l'année « blanche » pour l'application du dispositif aux activités de psychiatrie vaut bien également pour l'appréciation de la pénalité (amendement n° 68).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 28

*(art. L. 162-22-6-2 [nouveau], L. 162-22-10,
L. 162-22-12 et L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale)*

Financement forfaitaire de pathologies chroniques

Objet : Cet article introduit la possibilité d'une rémunération forfaitaire pour la prise en charge hospitalière de patients atteints de pathologies chroniques.

I - Le dispositif proposé

- Le 1° introduit un **nouvel article L. 162-22-6-2** dans le code de la sécurité sociale afin de prévoir, dans un objectif d'amélioration du parcours de soins, la **possibilité d'une rémunération forfaitaire pour la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.**

Comme l'a souligné le groupe de travail de la stratégie de transformation du système de santé sur les modes de financement et de régulation qui en a préconisé la mise en place, la substitution d'un mode de financement au forfait à la tarification à l'activité a vocation à « inciter les établissements de santé à davantage de prévention et coordination avec la ville, en vue de réduire le nombre d'hospitalisations liées à des complications. »¹

¹ Cf. rapport final du groupe présidé par Jean-Marc Aubert, directeur de la Drees.

Compte tenu de la complexité des circuits financiers que nécessiterait son extension aux soins de ville voire au secteur médico-social, cette rémunération forfaitaire, portant sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, **porterait à ce stade sur les seuls établissements de santé** (prestations hospitalières, consultations et actes externes, honoraires des médecins salariés des établissements de santé privés). La rémunération forfaitaire viendrait se substituer au mode de financement actuel sur la base de la tarification à l'activité.

Serait concernée une **liste de pathologies fixée par arrêté**. En l'occurrence, le Gouvernement envisage de cibler le dispositif, en 2019, sur les patients atteints de **diabète** et ceux souffrant d'**insuffisance rénale chronique (IRC)**, pathologies pour lesquelles les travaux engagés sont les plus avancés, notamment en raison de l'expérimentation engagée sur la base de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 sur la prise en charge des personnes atteintes d'IRC¹. La Haute Autorité de santé a ainsi publié des recommandations sur ces parcours de soins.

La prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale chronique : quelques données

• D'après les données de l'assurance maladie², on dénombre en 2016 plus de **3 millions de personnes prises en charge pour diabète**, dont 81 % au titre d'une ALD³ en rapport avec le diabète. Ce nombre a augmenté de 2,7 % par an en moyenne entre 2012 et 2016.

Les dépenses correspondantes sont de **8,1 milliards d'euros**, dont **10 % environ (814 millions d'euros) sont des dépenses hospitalières**⁴, avec une dépense moyenne remboursée estimée à 2 150 euros par an et par personne. Elles ont progressé de 2 % par an en moyenne entre 2012 et 2016.

• L'Irdes⁵ évalue à **5,7 millions** le nombre d'adultes souffrant de **maladie rénale chronique**, dont 82 295 patients en 2015 traités pour insuffisance rénale chronique terminale soit par dialyse (56 %) soit par greffe (44 %).

Selon l'assurance maladie⁶, les dépenses de prise en charge pour la dialyse chronique sont de 3,3 milliards d'euros (constituées à 71 % de dépenses hospitalières) et de 538 millions d'euros pour le suivi de transplantation rénale (dont 43 % de dépenses hospitalières), avec un taux de croissance annuel moyen, entre 2012 et 2016, de 2,5 et 3,2 %.

¹ Ces expérimentations ont été mises en œuvre à compter de 2017 et pour quatre ans dans six régions, sur la base de financements du FIR. Elles portent sur le parcours de pré-suppléance (parcours de prévention pour éviter ou retarder la suppléance ou parcours d'entrée en suppléance pour éviter la dialyse en urgence) et, dans quatre régions, sur le parcours de suppléance (orientation des patients dialysés, optimisation du suivi de greffe).

² Fiches par pathologie publiées en octobre 2018.

³ Affection de longue durée.

⁴ La majorité des dépenses est constituée de soins de ville (83 %) et un autre volet concerne les prestations en espèces, dont les indemnités journalières maladie, AT/MP (7 %).

⁵ Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, IRDES, 2018.

⁶ Fiches par pathologie publiées en octobre 2018.

• Les 2°, 3° et 4° procèdent à des rectifications ponctuelles (*b* et *c* du 2°)¹ ou **coordinations**. Il s'agit notamment de prévoir que les modalités de détermination du montant du forfait ainsi que ce montant sont fixés par l'État (*a* du 2° et 3°) et les modalités de versement aux établissements par voie réglementaire (4°).

• D'après l'étude d'impact, cette mesure devrait permettre un ralentissement de la dynamique de croissance des dépenses hospitalières liées aux deux pathologies concernées, évalué à 10 % soit une **économie estimée à 7 millions d'euros pour 2019**. Cette évaluation paraît à tout le moins optimiste pour une première année de mise en œuvre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article assorti de trois amendements rédactionnels présentés par son rapporteur général.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable, sur le principe, au développement de modes de financements innovants, susceptibles de **favoriser, selon une approche ciblée sur le patient, une prise en charge pertinente, globale et coordonnée**, particulièrement adaptée aux pathologies chroniques. Le rapport précité de votre commission sur la tarification à l'activité notait déjà que si « *le système français, notamment hospitalier, s'est construit sur la prise en charge aiguë d'une pathologie* », le développement des maladies chroniques, lié au vieillissement de la population, impose de mobiliser autour du patient un ensemble d'acteurs dans le cadre d'un véritable « **parcours de santé** ».

Suivant cette logique, votre commission a apporté son soutien, lors de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale, au cadre général d'expérimentations pour l'innovation destiné à faire émerger, afin de les tester puis d'en évaluer l'impact, de nouveaux modes de rémunération des acteurs du système de santé.

Le Gouvernement fait le choix, avec le présent article, d'inscrire dans le droit commun le financement forfaitaire pour certaines pathologies chroniques. Si cela traduit une volonté d'avancer plus vite, suivant les préconisations du plan « Ma Santé 2022 », le dispositif proposé présente **une portée encore limitée : il ne concerne que les prises en charge hospitalières déjà partiellement forfaitisées à travers les groupes homogènes de séjours (GHS) et qui ne représentent qu'une part minime (10 %) de la prise en charge des patients souffrant de diabète** notamment en matière de prévention ou d'éducation thérapeutique du patient.

¹ Il s'agit de tirer les conséquences de l'abrogation de l'article L. 162-22-9-2 (dégressivité des tarifs au-delà de seuils applicables à certaines prestations d'hospitalisation) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (article 66).

Votre rapporteur n'a pas obtenu d'informations, à ce stade, sur la portée précise de cette mesure dont les contours flous laissent les fédérations hospitalières interrogatives.

Dès lors, l'impact attendu de ce type de financement sur la coordination des acteurs - ville, hôpital, médico-social - afin d'éviter les actes redondants sera de fait quasi-nul. Toutefois, comme l'a rappelé la ministre des Solidarités et de la Santé lors de son audition devant votre commission, l'objectif du Gouvernement est celui d'une montée en charge progressive, avec une **extension à la ville envisagée dès 2020** et à d'autres pathologies.

Considérant cet article comme une première étape en ce sens, votre commission vous demande de l'adopter sans modification.

Article 29

(art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé

Objet : Cet article apporte des ajustements au cadre d'expérimentations pour l'innovation introduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, afin de permettre de nouvelles expérimentations et d'articuler ce cadre avec d'autres dispositifs dérogatoires.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie l'**article L. 162-31-1** du code de la sécurité sociale fixant, en application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un cadre général d'expérimentation pour l'innovation au sein du système de santé.

- Afin d'accroître la portée de ce dispositif - pour concrétiser des ambitions du plan d'accès aux soins d'une part, et de la stratégie de transformation du système de santé d'autre part - les modifications proposées tendent, en premier lieu, à **compléter le champ des dérogations possibles pour la mise en œuvre de ces expérimentations (1°)**.

Aux quatre dérogations aux dispositions du code de la santé publique déjà prévues¹, **cinq nouvelles** sont ajoutées, ayant pour objet :

- de déroger aux « *conditions techniques de fonctionnement* » requises pour les **activités de soins soumises à autorisation** (à savoir des normes applicables aux organisations, aux équipements, aux locaux, aux ratios de personnel) ; d'après les indications transmises à votre rapporteur, le but est double : éclairer et mieux cibler la réforme en cours des autorisations en testant des modalités alternatives *via* des projets pilotes innovants d'une part, et favoriser l'innovation de rupture en expérimentant des organisations hospitalières plus souples, répondant à des besoins propres ou à une spécificité territoriale d'autre part ;

- de **permettre à un praticien hospitalier à temps plein de réaliser une activité libérale dans une zone sous-dotée** en dehors de l'établissement où il exerce ou est nommé, en limitant cette possibilité aux praticiens pratiquant les tarifs opposables ; cette activité mixte « hors les murs », qui n'est pas autorisée à l'heure actuelle, permettra d'assurer une présence médicale dans certaines zones déficitaires en offre de soins ;

- d'adapter les **statuts de société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA)** des maisons de santé pluriprofessionnelles afin de **rendre possible les modes innovants de rémunération en équipe en ville** dont la mise en place est prévue dès 2019, sous la forme d'un forfait pour la prise en charge d'un patient ; ces sociétés permettent, conformément à leurs statuts, de rémunérer des professionnels exerçant en équipe pour les seules activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique du patient ou de coopération entre professionnels de santé ; l'élargissement proposé porte plus généralement sur la rémunération d'activités de « prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale » et le reversement des rémunérations à chacun des professionnels ;

- de permettre la **redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire** de moyens (GCS), ces structures s'étant d'ores et déjà portées candidates à des projets d'incitation financière à une prise en charge partagée permettant une maîtrise des dépenses ; le but non lucratif d'un GCS, mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6133-1, ne le rend pas possible à l'heure actuelle ;

¹ Pour mémoire, celles-ci visent à permettre : le partage d'honoraires entre professionnels de santé, la facturation de prestation d'hébergement temporaire en amont ou aval d'une hospitalisation, l'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements, la dispensation de dialysats à domicile.

- de permettre aux ARS d'adapter les autorisations de mise en service de **véhicules sanitaires** aux besoins des établissements de santé ; à l'heure actuelle, ces autorisations ne peuvent être délivrées si le nombre de véhicules déjà en service dans chaque département égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population ; la dérogation à cette contrainte permettrait notamment aux établissements de santé de tester des « modalités alternatives » de transports inter-établissements dont ils ont désormais la charge¹.

Pour mémoire, toutes les dérogations au code de la santé publique doivent être indispensables à la mise en œuvre de l'expérimentation et soumises à l'**avis de la Haute Autorité de santé**, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

• Il est proposé, en second lieu (3° et 2° pour coordination), de **clarifier l'articulation des expérimentations prévues dans ce cadre avec deux autres dispositifs dérogatoires** :

- d'une part, les démarches de **coopération entre professionnels de santé** introduites par l'article 51 de la loi « HPST »² à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique : celles-ci ouvrent la possibilité aux professionnels volontaires d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ; si une expérimentation comporte une démarche de ce type, les modalités spécifiques l'encadrant, définies aux articles L. 4011-2 à 4011-3 (autorisation des protocoles, financement dérogatoire après avis d'un collège des financeurs, évaluation...) ne s'appliqueraient pas, à l'exception de celles concernant l'enregistrement des professionnels auprès de l'ARS après vérification de leur expérience et de leur garantie assurantielle (deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3) ;

- d'autre part, l'expérimentation portant sur la **télésurveillance**, ouverte par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et dont le cadre a été reprécisé par l'article 54 de la précédente loi de financement : de même, il s'agit de pouvoir déroger aux conditions prévues par cet article pour leur mise en œuvre et leur financement, assuré par le fonds d'intervention régional (FIR).

Ces dispositions visent à faire en sorte que les expérimentations comportant par exemple un mode de financement innovant et une démarche de coopération et/ou de télésurveillance ne ressortent pas de plusieurs dispositifs, pour **en faciliter leur mise en œuvre et en accroître la lisibilité** pour les porteurs de projets.

¹ Depuis le 1^{er} octobre 2018, les établissements de santé ont la responsabilité du financement de l'ensemble des transports inter et intra hospitaliers (article 80 de la Lfss pour 2017).

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ces objectifs répondent à des besoins exprimés par les acteurs de terrain. Il faut souligner toutefois que cela conduit à renvoyer au niveau réglementaire des modalités d'application qui ressortent, à l'heure actuelle dans ces deux cas, du niveau législatif : c'est ce que prévoit l'étude d'impact en envisageant que les protocoles de coopération soient soumis par le comité technique à l'avis de la HAS qui aura un délai de six mois pour statuer, comme cela a été prévu par la précédente loi de financement pour les projets de protocoles relevant de priorités nationales.

- Pour 2019, **40 millions d'euros** (dont 30 millions au titre du fonds pour l'innovation géré par la Cnam et 10 millions d'euros au titre du FIR) sont **prévus pour le déploiement des expérimentations**, soit 10 millions d'euros de plus que ce qui avait été chiffré en 2018. Ces montants pourront être révisés en fonction de la montée en charge du dispositif qui va réellement débuter en 2019 après une première année de mise en place. D'après les indications transmises à votre rapporteur, sur l'année en cours, l'enveloppe prévue n'a pas été consommée : l'essentiel du financement s'est porté vers de l'ingénierie de projets (environ 1,2 million d'euros) et l'expérimentation d'incitation à la prescription de biosimilaires dans les établissements de santé qui a débuté le 1^{er} octobre 2018 (1,2 million d'euros).

Le Gouvernement cible sur un coût de ce dispositif gagé par des économies à même hauteur dès 2020, et sur des économies dès 2021.

**Les expérimentations pour l'innovation au sein du système de santé :
où en est-on un an après ?**

- **Les instances de pilotage et de suivi** ont été mises en place :

- le conseil stratégique, présidé par la ministre et composé de 61 membres, a été installé le 5 avril 2018 ;

- le comité technique, composé de représentants de l'assurance maladie, du ministère et des ARS s'est réuni à 15 reprises depuis le début de l'année 2018 ;

- une rapporteure générale a été nommée le 28 février 2018 pour assurer le déploiement du dispositif.

- **Au niveau national**, des appels à manifestation d'intérêt ont été lancés, avec 54 projets retenus dans **trois domaines**, en vue d'une mise en œuvre à compter du premier semestre 2019 :

- le **paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales** (prothèse de la hanche, prothèse du genou et colectomie),

- l'**incitation financière à une prise en charge partagée**,

- le **paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville**.

Une expérimentation visant à encourager la prescription de médicaments biosimilaires par les établissements de santé, lorsque celle-ci est exécutée en ville, a été lancée en octobre 2018 ; une autre portant sur les modalités de prise en charge des médicaments de la liste en sus est envisagée.

Trois expérimentations préexistantes seront intégrées d'ici la fin de l'année dans le cadre de l'article 51 suite à l'avis positif du comité technique : PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), « Ecout'Emoi » (prise en charge de jeunes présentant une souffrance psychique) et « Mission : retrouve ton cap » (prise en charge et suivi d'enfants présentant un risque d'obésité).

• **Au niveau régional**, plus de **250 lettres d'intention** sur des projets à l'initiative des acteurs de santé ont été déposées auprès des ARS. Au total, une cinquantaine de projets de cahiers des charges régionaux devraient pouvoir faire l'objet d'un examen, avant la fin de l'année 2018, par le comité technique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article assorti d'amendements visant à étendre la portée du dispositif d'expérimentations créé par l'article 51 de la loi de financement pour 2018 :

- d'une part, afin de **permettre aux pharmaciens d'officine de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie**, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, en dehors des protocoles de coopération prévus par la loi « HPST » qui l'autorise déjà, sans qu'aucune initiative de ce type n'ait encore été lancée (amendement présenté par des députés du groupe La République en Marche) ;

- d'autre part, afin d'**étendre la portée des expérimentations dans le secteur médico-social pour y favoriser des innovations organisationnelles**, en autorisant de déroger, pour leur mise en œuvre, aux règles de tarification « *et d'organisation* » des établissements et services sociaux et médico-sociaux (sept amendements identiques présentés par le rapporteur général et des députés issus de différents groupes politiques).

III - La position de la commission

Votre commission s'est montrée favorable, lors de l'examen du précédent projet de loi de financement, à la mise en place d'un cadre d'expérimentations destiné à favoriser l'innovation dans l'organisation du système de santé et les modes de rémunération de ses acteurs.

L'élargissement du champ des expérimentations proposé par cet article va dans le bon sens, puisqu'il s'agit de mettre de la souplesse pour tester de nouveaux modes d'organisation ou encore de contribuer à l'accès aux soins dans les zones médicalement sous-dotées. Cela permettrait notamment de s'affranchir, dans certains cas, du cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé dont votre commission avait relevé la lourdeur dans un rapport sur le sujet¹.

S'il faut se réjouir de la dynamique des acteurs de santé pour accompagner le lancement et la mise en place de ces expérimentations sur le terrain (*cf.* encadré ci-dessus), votre rapporteur attire toutefois l'attention sur les **lourdeurs administratives** relevées par certains, qui pourraient se révéler, sur le long terme, un frein à la conduite de projets.

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

Article 29 bis (nouveau)

*(art. L. 6122-5 du code de la santé publique
et art. L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale)*

**Obligation d'élaborer un programme d'amélioration
de la pertinence des soins en cas d'écart significatif
de pratiques constatés dans un établissement de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à renforcer la portée des actions menées par les établissements de santé en matière de pertinence des soins, en imposant l'élaboration d'un programme d'amélioration ad hoc en cas d'identification de pratiques non conformes.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un **amendement du Gouvernement**.

• Le **I** complète l'article **L. 6122-5** du code de la santé publique selon lequel l'autorisation des projets de création de tout établissement de santé ou d'activités de soins, par l'agence régionale de santé (ARS), est subordonnée notamment à la réalisation d'une **évaluation**. Il s'agit de préciser que cette évaluation devra prendre en compte :

- le respect des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins arrêtés par l'État sur certains actes, prestations ou prescriptions ;

- les résultats du programme d'amélioration de la pertinence des soins institué par le **II** si l'établissement a été tenu d'en établir un.

¹ « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers », rapport d'information n° 318 (2013-2014) de Catherine Génisson et Alain Milon, commission des affaires sociales, Sénat, 28 janvier 2014.

• Le **II** modifie l'article **L. 162-30-3** du code de la sécurité sociale, qui prévoit depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 l'élaboration, par chaque ARS, d'un **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins** (Paprap), élaboré pour quatre ans, révisé chaque année et intégré au programme pluriannuel de gestion du risque. Ce plan définit, à partir d'un diagnostic de la situation régionale et en conformité avec les orientations nationales, les domaines d'actions prioritaires dans la région ainsi que les critères de ciblage permettant d'identifier les établissements aux pratiques non pertinentes.

Le **1°** du **II** tend à préciser que ce plan **identifie les écarts « significatifs » entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions** réalisés par les établissements et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

À l'heure actuelle, la plupart de ces plans régionaux ont ciblé leurs priorités sur les actes chirurgicaux ayant fait l'objet d'une analyse détaillée dans l'Atlas national des variations des pratiques médicales publié par l'Irdes en 2016, ciblé sur dix interventions¹. D'autres, par exemple en Nouvelle-Aquitaine, ont étendu leur champ à des prescriptions comme les transports sanitaires.

Le **2°** du **II** vise à **rendre impérative l'élaboration d'un « programme d'amélioration de la pertinence des soins »** par les établissements de santé en cas de constat, par l'ARS, conjointement avec la caisse locale d'assurance maladie, de pratiques non conformes. Cette obligation s'ajouterait à la possibilité, déjà prévue, de conclure dans ce cas un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), relevant d'une démarche de contractualisation tripartite (ARS, assurance maladie, établissement de santé).

II - La position de la commission

Cet article vise, pour le Gouvernement, à « dynamiser » les actions en direction des établissements de santé dans le domaine de la pertinence des soins, dont l'un des outils d'appréciation consiste, en effet, dans l'identification d'établissements aux pratiques « atypiques » au regard des comparaisons disponibles pour des activités comparables.

Sur le principe, votre commission souscrit pleinement à l'objectif affiché, qui rejoint des orientations formulées par le rapporteur général dans un rapport précité sur la pertinence des soins et répond, par ailleurs, à des **attentes des acteurs hospitaliers**.

¹ Chirurgie de la fracture de hanche, ablation des amygdales, chirurgie de l'appendicite, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du syndrome du canal carpien, ablation de la vésicule biliaire, ablation de l'utérus, pose d'une prothèse du genou, ablation de la thyroïde.

Néanmoins, au nom de cet enjeu essentiel, cet article institue, selon des modalités encore floues, **un outil supplémentaire** qui vient compléter l'arsenal existant. En effet, la mise en place, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, d'un support contractuel unique, le CAQES, en lieu et place des différents contrats préexistants, devait répondre à un objectif de simplification du dialogue de gestion avec les établissements de santé. Se déploient dans ce cadre des actions graduées, de l'accompagnement des équipes à la mise en place de procédures de mise sous accord préalable, pour les établissements s'écartant des normes convenues et ne respectant pas les objectifs des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins.

Comme souligné à l'article 27, **une clarification des instruments au service de la qualité et de la pertinence des soins s'impose.**

Dans cet objectif, votre commission a adopté un **amendement visant à préciser l'articulation du programme d'amélioration de la pertinence des soins introduit par cet article avec les volets additionnels du CAQES** portant sur la même thématique (amendement n° 69).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 ter (nouveau)

(art. L. 6145-16-1 du code de la santé publique)

**Possibilité pour les établissements publics de santé
de déroger au plafond du taux d'usure**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'autoriser les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d'usure.

I - Les emprunts « toxiques » des collectivités territoriales et des établissements publics de santé et leur débouclage

Tout comme certaines collectivités territoriales, **de nombreux établissements publics de santé se sont endettés**¹, généralement au cours de la première décennie du XXI^e siècle au moyen d'emprunts structurés, qui pouvaient sembler favorables à l'origine mais qui **présentaient un profil risqué et qui se sont finalement révélés « toxiques » à la suite d'évolutions du marché.**

Le débouclage de ces emprunts n'est toujours pas achevé malgré la mise en place de plusieurs plans d'aide, qui ne concernaient pas l'ensemble des établissements.

¹ Dans un cadre juridique que la Cour des comptes a alors pu qualifier de « laxiste », sans contrôle des autorités de tutelle sur les emprunts hospitaliers, le recours à l'emprunt étant alors du ressort des seuls directeurs d'établissement.

A. Des établissements publics de santé exposés aux emprunts « toxiques »

1. Un bref rappel sur les emprunts « toxiques »

Les emprunts structurés sont des **prêts combinant dans un seul et même contrat un prêt bancaire classique et un ou plusieurs dérivés, dont les intérêts sont déterminés selon l'évolution d'un indice sous-jacent non standard** (taux de change, différentiel entre un taux long et un taux court, écart de valeur entre deux indices d'inflation,...) ou sont calculés selon des formules complexes.

L'une des caractéristiques des produits structurés tient à la présence de plusieurs périodes de taux successives :

- la première, en général de deux ou trois ans, est marquée par un taux d'intérêt fixe bonifié (en dessous du cours du marché, voire nul) ;

- la deuxième période, très longue, est assortie d'un taux qui résulte d'une formule arithmétique contenant un ou plusieurs produits dérivés du contrat assis sur des indices non standards.

Une « charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales » a été signée en 2009, contenant une classification des produits structurés (dite « classification de Gissler ») en fonction de leur dangerosité. Dans cette classification, le périmètre des emprunts « très sensibles » correspond aux emprunts classés 3E, 4E et 5E, auxquels s'ajoutent les emprunts les plus risqués, dits « hors charte Gissler ».

Ces derniers ont souvent pris la forme d'une forte exposition à la parité entre l'euro et le franc suisse. Un contrat typique était fondé sur une parité « pivot » de 1,44 franc suisse pour un euro, seuil qui n'avait jamais été franchi entre 2000 et 2010. Le taux d'intérêts des emprunts pouvait alors varier en fonction de la différence entre ce cours pivot et la parité réelle, multipliée par un coefficient variable selon les emprunts et majorée du taux d'intérêt initial.

Le montant de l'indemnité de remboursement anticipée (IRA) dépendait du montant que la banque devait payer à ses contreparties pour rompre les contrats de couverture liés à ces emprunts, lui-même fonction du niveau de parité.

La **forte appréciation du franc suisse par rapport à l'euro** entamée depuis 2010 et qui s'est encore accentuée en 2014-2015¹ du fait du caractère de « valeur refuge » du franc suisse, notamment lors des fortes perturbations qu'a connues la zone euro, s'est donc traduite, pour les établissements publics de santé concernés (comme pour les collectivités territoriales) à la fois par :

- une **forte hausse des intérêts d'emprunt** à payer au prêteur ;
- et une **forte hausse de l'IRA** à acquitter pour sortir de l'emprunt.

Dans un rapport² d'avril 2014, la Cour des comptes a ainsi souligné que **les encours indexés sur la parité entre l'euro et le franc suisse étaient assortis d'une IRA de l'ordre de 130 % du capital restant dû à la fin de 2012.**

Dans tous les cas, qu'ils sortent (et aient à conclure un nouvel emprunt très élevé à cette fin) ou qu'ils restent dans leur emprunt, les établissements contractants pouvaient donc se retrouver étranglés financièrement.

B. Les dispositifs d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés

Pour faire face à cette situation, l'Etat a mis en place des mécanismes pour aider les collectivités et les établissements publics de santé les plus en difficulté à assainir leurs emprunts. S'agissant des collectivités territoriales, un fonds de soutien a été créé par l'article 92 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014, modifié à plusieurs reprises depuis lors. **S'agissant des établissements publics de santé, le processus, plus opaque, a été décidé en conseil des ministres le 23 avril 2014 et mis en œuvre par deux instructions interministérielles**, en date du 22 décembre 2014 et du 28 juillet 2015, sans que le Parlement ne soit associé.

1. Un premier plan de 100 millions d'euros en 2014

La « **première vague** » des établissements soutenus, relevant de l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014³, a été appuyée par **une enveloppe de 100 millions d'euros**, dont 75 millions d'euros en provenance de l'assurance maladie et 25 millions d'euros de « contribution volontaire » de la Société de financement local (SFIL), héritière de la majeure partie des encours de la banque Dexia.

¹ Un euro a alors pu valoir moins d'un franc suisse. La parité au 31 octobre 2018 s'établit à 1,14 franc suisse pour un euro.

² La dette des établissements publics de santé, Cour des comptes, avril 2014.

³ Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés.

Le dispositif était réservé aux **établissements dont le total des produits était inférieur à 100 millions d'euros** et seuls les **contrats classés « hors charte Gissler »** étaient éligibles au dispositif de soutien¹. Selon la Cour des comptes, seuls 40 établissements étaient éligibles parmi les 82 détenant alors un total de 1 milliard d'euros d'emprunts « hors charte Gissler »².

L'aide ne pouvait excéder **45 % du montant de l'IRA** due par l'établissement. De plus, elle était plafonnée à **5 millions d'euros**.

L'aide était concrètement versée au travers des agences régionales de santé (ARS) par arrêté modificatif des dotations régionales du Fonds d'intervention régionale (FIR) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

2. Le quadruplement des moyens intervenu en 2015

Au vu du caractère limité de la première vague, le mécanisme de soutien a été révisé en juillet 2015, toujours par instruction interministérielle³.

L'enveloppe initiale a été augmentée d'un total de 300 millions d'euros sur dix ans au moyen:

- d'une part, de **l'affectation à la CNAM d'une fraction de 28 millions d'euros par an pendant dix ans de la taxe pour le financement du fonds de soutien aux collectivités territoriales**⁴, dont les établissements financiers sont redevables ;

- d'autre part, d'un nouveau **« versement volontaire » de la SFIL**, pour un montant de **2 millions par an pendant dix ans**.

Le périmètre a été étendu aux établissements dont le total des produits était compris entre 100 et 200 millions d'euros (pour les seuls emprunts adossés sur l'évolution de la parité entre l'euro et le franc suisse), ce qui était censé concerner 50 des 72 établissements alors exposés à des emprunts « hors charte Gissler ».

L'aide pouvait atteindre 75 % du montant de l'IRA et être étalée sur une période de dix ans (contre trois ans dans le cadre de la première vague).

¹ S'agissant des collectivités territoriales, les emprunts présentant un niveau de risque inférieur (3E, 4E et 5E) étaient éligibles au fonds de soutien.

² Le total des encours "à risque élevé" détenus par les établissements publics de santé étant alors d'environ 2,5 milliards d'euros.

³ Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015 relative à la révision du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés.

⁴ Art. 235 ter ZE bis du code général des impôts et III de l'article 31 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016.

3. Un bilan en demi-teinte dressé par la Cour des comptes

Dans son rapport public annuel de 2018, la Cour des comptes a dressé un bilan en demi-teinte de ces dispositifs de soutien.

Certes, des établissements de taille petite ou moyenne ont pu sécuriser leur dette. Le dispositif de désensibilisation a porté sur 60 contrats pour un encours de **299,8 millions d'euros et a conduit à des IRA d'un montant de 609,5 millions d'euros, soit plus de deux fois supérieur à celui de cet encours.**

Le tableau suivant donne la liste des dix établissements les plus aidés.

Liste des dix établissements publics de santé ayant bénéficié du plus d'aide

(en millions d'euros)

Etablissement	Montant de l'aide
CH Mayotte	33,3
CH Juvisy	21,2
CH Montreuil	20,3
Pôle santé Sarthe et Loir La Flèche	20,3
CH Meaux	18,0
Institut de cancérologie de la Loire	17,7
CH Briançon	15,3
CH Arras	15,1
CH Roanne	13,6
CH Saint-Dizier	13,4

Source : Cour des comptes

Pour autant, tant le processus que les résultats apparaissent très discutables.

S'agissant du processus, le présent commentaire a déjà détaillé avec quel soin le Parlement a jusque là été tenu à l'écart. De plus, la Cour des comptes a souligné que « *la répartition des aides a été décidée par les seuls services du ministère de la santé, sans qu'une doctrine d'emploi explicite ait été définie, contrairement au fonds de soutien des collectivités territoriales, et sans qu'ils puissent bénéficier, malgré leur demande, du concours de la Banque de France comme pour ce dernier, le montant des IRA réclamées par les banques* ».

S'agissant des résultats, la Cour souligne :

- d'une part, que **le coût des opérations de débouclage a été beaucoup plus élevé que pour les collectivités territoriales**. Il a été précédemment indiqué que le coût lié à aux renégociations a abouti à des IRA représentant le double des encours restants. La Cour des comptes a mis en lumière le caractère très élevé de ce coût au regard de ce qui est constaté pour les collectivités territoriales, pour lesquelles les IRA ont représenté en moyenne 100 % du capital restant dû ;

- d'autre part, qu'au bout du compte, **la désensibilisation des établissements publics de santé aux emprunts toxiques n'est restée que partielle**. Les encours d'emprunt « hors charte Gissler » s'élevaient encore à **494 millions d'euros** (soit 1,7 % de l'ensemble des encours) en 2016, ce qui est certes nettement moins qu'avant les deux plans (3,9 % en 2012). Pour autant, **le risque lié aux emprunts structurés des établissements hospitaliers demeure réel** et continue à peser lourdement sur certains établissements.

II - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, propose de modifier l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique, relatif aux conditions dans lesquelles les établissements publics de santé et leurs groupements peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit.

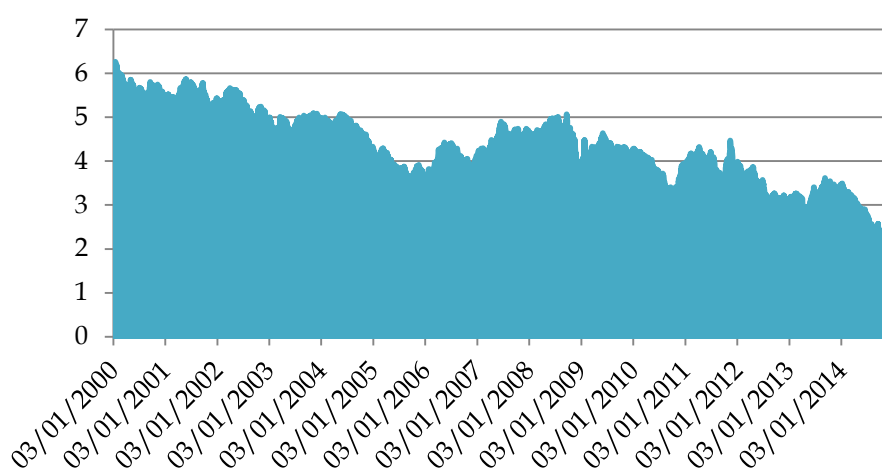
Ces conditions sont actuellement les suivantes : l'emprunt doit être libellé en euros ; le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ; la formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements. L'article renvoie à un décret les conditions de son application, notamment les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt¹. Leur caractère restrictif vise précisément à interdire aux établissements de contracter de nouveaux emprunts risqués, à la lumière de l'expérience passée.

Il est proposé de compléter cet article, en y insérant un paragraphe II *bis* spécifiquement dédié aux nouveaux emprunts consentis dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé. Le **taux maximal applicable à ces emprunts** serait égal au **taux de rendement de l'obligation assimilable du Trésor (OAT) de maturité la plus proche de la durée de vie moyenne initiale de l'emprunt structuré** faisant l'objet de la renégociation, **constaté à la date à laquelle celui-ci a été initialement consenti, majoré de cent cinquante points de base**.

¹ Cf. article D. 6145-71 du code de la santé publique.

Ces dispositions peuvent aboutir à des taux très élevés, les taux d'intérêts de la décennie 2000-2010, au cours de laquelle ont été conclus la majorité des emprunts à restructurer, ayant été sensiblement plus hauts que les taux actuels. Le graphique suivant retrace ainsi l'évolution de l'OAT 30 ans en France depuis l'an 2000.

Évolution du taux de l'OAT à 30 ans en France depuis l'an 2000



Source : Banque de France

La sortie d'un emprunt structuré d'une durée de trente ans conclu en janvier 2000 pourrait donc donner lieu à un nouvel emprunt d'un taux de 7,76 % (6,26 % + 150 points de base), à comparer au taux de 1,625 % au 31 octobre 2018.

Ces dispositions reprennent celles que l'article 92 de la loi de finances pour 2014 a autorisées aux collectivités territoriales. L'objectif est le même : **permettre de financer l'IRA en ne l'intégrant pas dans le nouvel emprunt mais sous la forme d'un taux d'intérêt majoré.**

III - La position de la commission

Le **dispositif proposé**, de nature incontestablement législative même si la constitutionnalité de son insertion au sein d'une loi de financement de la sécurité sociale paraît plus incertaine, est **probablement nécessaire** pour aider à déboucler les opérations restantes qui, comme cela a été indiqué *supra*, restent d'un montant très significatif.

Néanmoins, il peut s'analyser comme **un moyen de diminuer artificiellement le taux d'endettement des établissements publics de santé concernés**, du fait de l'existence d'un taux d'intérêt majoré de manière atypique sur une partie dudit endettement. Le suivi de la situation financière de chacun n'en serait pas forcément facilité.

D'autre part et surtout, **l'insertion du présent article par voie d'amendement du Gouvernement déposé à l'Assemblée nationale s'inscrit dans le droit fil d'un processus qui, depuis le début, brille davantage par son opacité que par son efficacité**. Au vu de cet historique, il est même difficile de l'interpréter autrement que comme un moyen pour le Gouvernement de se soustraire à la contrainte de produire une étude d'impact détaillée, qui aurait pourtant été utile à un législateur tenu délibérément à l'écart depuis l'origine, parfois au mépris de la lettre même de la loi¹, et à l'inverse de ce qui a été entrepris en faveur des collectivités territoriales.

Ainsi, dans le très court laps de temps ayant séparé l'insertion de ces dispositions et leur examen par votre commission, votre rapporteure n'a pas été en mesure de savoir :

- si une nouvelle vague d'aide pour les établissements restant engagés sur des emprunts à risque était envisagée et, le cas échéant, dans quelles conditions ;

- quels établissements seraient concernés par le nouveau dispositif, pour quel montants de prêts et pour quels niveaux maximaux de taux ;

- si les établissements en question pourraient bénéficier de l'expertise de la Banque de France pour sécuriser leur emprunt dans les meilleures conditions financières ;

Elle n'a pas pu non plus obtenir un comparatif de la situation financière qui résulterait, pour un établissement-type donné, de la conversion des IRA en montant d'un nouvel emprunt ou en taux majoré.

C'est pourquoi **votre commission propose un amendement n° 70 de suppression de cet article**, qui gagnerait à faire l'objet du dépôt d'un projet de loi spécifique, lequel pourrait être examiné par le Parlement dans des délais relativement brefs.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Aux termes de l'article 26 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, qui reprend les dispositions du IV de l'article 27 de la loi de programmation pour les années 2014 à 2019, « le Gouvernement remet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé pour le dernier exercice clos. Ce rapport fait état de l'évolution des charges et des produits par titre, de l'endettement et des dépenses d'investissement. »

*Article 29 quater (nouveau)**(art. L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)***Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, fixe les conditions d'ouverture de négociations conventionnelles visant à accompagner le recrutement d'assistants médicaux et le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, dans le prolongement des mesures annoncées dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ».

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un **amendement du Gouvernement**.

- Le 1° du I complète l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale qui organise les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les **médecins**, pour prévoir que les conventions nationales déterminent « *les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins.* »

Cette disposition fait écho à l'une des mesures phares du plan « Ma Santé 2022 », qui consiste en la création de **4 000 postes d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux** dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur le cœur de leurs missions.

D'après ce plan¹, ces assistants seraient chargés des missions suivantes : accueil des patients, recueil de données ou informations relatives à l'état de santé, vérification de l'état vaccinal et des dépistages, mise à jour des dossiers, gestion de l'aval de la consultation (pré-remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissements hospitaliers, etc.). Le soutien financier apporté à leur recrutement serait réservé aux médecins répondant à une triple condition : exercer en cabinet de groupe, s'inscrire dans un exercice coordonné comme une CPTS et s'engager sur « *un bénéfice mesurable à la population* » en termes d'accès aux soins, par exemple en augmentant le nombre de patients suivis.

- Le a du 2° du I complète quant à lui l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale fixant le champ des **conventions passées avec les professionnels de santé libéraux** pour y ajouter la détermination des « *conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné.* »

¹ Cf. dossier de presse.

Cette disposition traduit une autre mesure phare du plan « Ma Santé 2022 », à savoir le **développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé de ville**, affiché comme le mode d'exercice privilégié pour améliorer l'organisation des soins de proximité dans les territoires : pour le Gouvernement, « *l'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022* ». Cet objectif repose le **déploiement de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** à l'horizon 2022 et de 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées, ainsi que sur des « *financements priorités vers les professionnels exerçant collectivement* » : l'exercice coordonné est envisagé comme « *une condition pour bénéficier de certains dispositifs d'appui et de financements de l'État et de l'assurance maladie* », en réservant « *certaines éléments de rémunérations - existantes et à venir* »¹ à ceux qui s'inscrivent dans ce modèle.

Les discussions conventionnelles auront donc vocation à déterminer, profession par profession, la portée de ces engagements.

- Le **b** du 2° du I complète quant à lui le même article afin d'**inclure les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les équipes de soins primaires (ESP) dans le champ des accords conventionnels interprofessionnels**, qui permettent à l'heure actuelle de valoriser l'exercice coordonné au sein des maisons et centres de santé par des modes de rémunération spécifiques.

Les communautés professionnelles territoriales de santé et les équipes de soins primaires

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Aux termes de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, la CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Ses membres formalisent un projet de santé transmis à l'ARS, qui précise le territoire d'action de la CPTS.

Le plan « Ma Santé 2022 » prévoit de leur confier comme missions prioritaires : la réalisation d'actions de prévention, la garantie d'accès à un médecin traitant, la réponse aux soins non programmés, l'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés, la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.

On recense environ 200 projets de CPTS sur le territoire.

- **Les équipes de soins primaires (ESP)** ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

¹ Dossier de presse de présentation du plan « Ma Santé 2022 ».

Aux termes de l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique, une ESP est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, réunis autour d'un projet de santé.

Ce projet « a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

Elle peut prendre la forme d'un centre ou d'une maison de santé.

- Les **II** et **III** prévoient **l'ouverture des négociations conventionnelles dans un délai d'un mois** à compter de la promulgation de la loi, que ce soit pour inciter au développement de l'exercice coordonné et au recrutement d'assistants médicaux, ou, dans le cadre interprofessionnel, accompagner le déploiement des CPTS.

- Le **IV** **exclut**, pour les mesures qui résulteront de ces négociations, **l'application d'un délai en vigueur différé d'au moins six mois** à compter de leur approbation, prévu par le I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ; ce délai s'impose normalement à toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires ou rémunérations des professionnels de santé.

II - La position de la commission

Cet article permet d'engager très rapidement, dans un **cadre conventionnel et concerté** avec les professionnels de santé concernés, les discussions sur les modalités concrètes de mise en œuvre de mesures phares du plan de transformation du système de santé.

Certes, **plusieurs interrogations demeurent à ce stade**, en particulier sur le profil des futurs « assistants médicaux » ou leur rôle concret auprès des médecins. Comme l'a souligné le directeur de la Cnam lors de son audition devant votre commission, ce sera l'un des enjeux de ces discussions d'en affiner, selon les besoins identifiés, le profil et la formation - entre le champ du paramédical et l'appui administratif -, de même que de préciser les critères d'éligibilité aux aides. Le nombre d'assistants annoncé - à savoir 4 000 - rendra de toute façon nécessaire de cibler en priorité les médecins installés dans les territoires les plus fragiles en termes d'accès aux soins. De même, la valorisation de l'exercice coordonné, notamment dans le cadre des CPTS, ne devra pas se faire au détriment de la souplesse des organisations sur le terrain.

Toutefois, **votre commission n'a pas souhaité, à ce stade, fermer les discussions qui vont s'engager avec les professionnels**, sur des sujets que ceux-ci ont accueillis plutôt favorablement.

Elle s'est donc prononcée favorablement, tout en complétant ces dispositions d'un **amendement visant à intégrer les pharmaciens** aux discussions portant sur le développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé de ville (amendement n° 71).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 quinquies (nouveau)
**Création d'un forfait expérimental de réorientation
pour les urgences hospitalières**

Objet: Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise les établissements de santé, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients par les services et unités d'accueil et de traitement des urgences.

I - Le dispositif proposé

- Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur général avec l'avis favorable du Gouvernement, tend à **autoriser les établissements de santé à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients par les services et unités d'accueil et de traitement des urgences**. Cette prestation sera **prise en charge à 100 % par l'assurance maladie**.

La mesure sera mise en œuvre sous la forme d'une **expérimentation d'une durée de trois ans**. Son application dans les établissements de santé devra faire l'objet d'une **autorisation par l'État**.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont renvoyées à un **décret en Conseil d'État**, s'agissant notamment de la désignation des hôpitaux participants et de l'évaluation du dispositif en vue de son éventuelle généralisation.

- Cette mesure figurait parmi les recommandations formulées par le rapport d'étape de la mission sur l'évolution du financement des établissements de santé, animée par M. Véran, remis à la ministre des affaires sociales et de la santé en mai 2016¹. Elle a également été formulée dans le rapport de votre commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, publié en 2017², comme l'une des trois branches d'une recommandation plus globale sur l'évolution du financement des services d'urgences.

¹ Dr Olivier Véran, *Rapport d'étape de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2016.

² « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence Cohen, Catherine Génisson et M. René-Paul Savary, fait au nom de la commission des affaires sociales et publié le 26 juillet 2017.

Selon les informations fournies par la DGOS, la mise en œuvre concrète de ce dispositif fait actuellement l'objet de travaux dans le cadre de la *task force* sur la transformation du système de santé français.

- Selon la DGOS, l'acte de régulation et d'orientation associé à cette prestation hospitalière consistera en un **premier examen des patients** conduisant, le cas échéant, à formuler un premier diagnostic, assorti d'une **réorientation vers la structure ou le professionnel de santé compétent**. Cette réorientation devra impérativement passer par **une prise effective de rendez-vous et un suivi du patient** visant à s'assurer que celui-ci a bien bénéficié d'une prise en charge à sa sortie du service d'urgences.

Deux niveaux financiers de prestation pourraient être définis, en fonction de la complexité de la prise en charge et du suivi déployés, à hauteur de vingt et soixante euros.

II - La position de la commission

- Votre commission des affaires sociales, qui a consacré en 2017 un rapport d'information à la situation des urgences hospitalières, ne peut que **partager la préoccupation** qui a conduit à l'adoption de cet article.

Ce rapport relevait en effet **que le mode actuel de financement des urgences hospitalières est par nature incitatif à l'activité, alors même qu'une proportion non négligeable des patients qui s'y présentent ne relève pas de la compétence de ces services**. Selon une estimation formulée par la Cour des comptes en 2014, il existerait « *une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville* », ce qui représentait une possible économie de quelque 500 millions d'euros.

Ce mode de financement repose sur **cinq types de recettes** :

- un forfait accueil et traitement des urgences (ATU), d'un montant de 25,32 euros, versé à chaque passage pour couvrir les dépenses globales résultant de l'admission et du traitement des patients ;

- le forfait annuel des urgences (FAU), destiné à couvrir les charges fixes des services (personnel, matériels, etc.), versé mensuellement et déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU ;

- les dotations versées au titre des missions d'intérêt général (MIG) ;

- les recettes associées aux hospitalisations ;

- les actes, examens (biologie, imagerie) et consultations effectués au cours du passage aux urgences, qui sont individuellement tarifés dans ce cadre alors qu'ils sont inclus dans les GHS lorsqu'ils sont réalisés par les services.

Ce mode de financement présente le paradoxe, aux termes du rapport précité, **d'inciter à l'inflation de l'activité sans pour autant couvrir les besoins des établissements.** Il « instaure [...] une forme de concurrence entre les services d'urgences et les autres acteurs de la prise en charge des soins non programmés. Du fait du mode de calcul du FAU, les établissements n'ont en effet aucun intérêt à ne pas prendre en charge l'ensemble des patients qui se présentent à l'accueil des urgences, et donc à réadresser les cas les moins lourds [...]. En d'autres termes, un hôpital qui s'emploierait à réduire les flux de patients entrant aux urgences travaillerait contre son intérêt. Cette situation ne peut bien sûr qu'entraver le développement des alternatives de ville à la prise en charge des soins non programmés. ».

Votre commission des affaires sociales **recommandait en conséquence une évolution du mode de financement des urgences reposant sur trois piliers :**

- la conservation d'un financement mixte incluant une part de financement à l'activité et une part forfaitaire ;

- la modulation du montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et de la technicité des actes réalisés, afin d'inciter les services à se concentrer sur la prise en charge des patients classés en CCMU 3, 4 ou 5 ;

- la création d'un forfait de réorientation visant à inciter les services à réadresser les patients ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière vers les acteurs de ville.

Il s'agissait ainsi de « donner à l'hôpital un intérêt financier à agir dans le sens d'un recentrement sur son cœur de métier pour chacun des acteurs de la prise en charge en urgence ».

- **Au regard de cet objectif comme de la construction de la proposition de la mission, le dispositif retenu dans le cadre du présent article apparaît problématique à quatre titres au moins.**

En premier lieu, il repose sur **la reprise d'un seul des trois éléments constitutifs de la recommandation de la mission, qui avait été conçue comme un tout.** On comprend certes l'objectif qui a guidé le choix de ce seul élément, dans le contexte d'étranglement financier que connaissent de nombreux établissements de santé : cet item présente l'avantage de ne pas rogner les financements hospitaliers. Votre commission considère cependant que le choix de ce seul outil, qui fait l'économie d'une réflexion plus générale sur le mode de financement des urgences, ne saurait constituer qu'une solution de « bricolage » transitoire venant complexifier encore la tuyauterie du financement des services d'urgences, sans y apporter de solution de redressement pérenne.

Le dispositif pose, en second lieu, **une question d'organisation des soins**. Quand bien même la réorientation du patient passerait par une consultation préalable, **cette réorientation s'analyse au total comme un acte médical non accompli et pour autant rémunéré**. Le patient devra donc être pris en charge par un autre professionnel de santé, le plus souvent de ville, qui ne percevra quant à lui aucune rémunération supplémentaire pour une prise en charge dont on peut imaginer qu'elle devra intervenir dans des délais brefs. Si l'on ne peut que comprendre la volonté de mettre en place une incitation visant à faire mieux connaître aux patients les solutions de prise en charge non programmée existant en dehors des urgences, une telle solution apparaît difficilement acceptable par les professionnels de la ville, qui en subiront les effets sans bénéficier de la même incitation financière que les hôpitaux.

En troisième lieu, **le caractère réellement incitatif de cette mesure peut être questionné**, dans la mesure où la facturation d'une consultation et d'examen complémentaires emporte des montants généralement plus élevés que ceux envisagés pour le forfait de réorientation.

Cette solution paraît enfin poser **des problèmes pratiques importants en ce que son succès devrait reposer sur une coopération forte entre la ville et l'hôpital**, dont les contours restent encore très largement à construire.

- Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission des affaires sociales estime que **le dispositif proposé, quoiqu'il ait le mérite de proposer une solution innovante au problème de l'engorgement des urgences, ne répond que partiellement aux enjeux du juste mode de financement des services d'urgences et du développement des prises en charge non programmées en ville**.

Elle estime que des travaux plus approfondis portant plus généralement sur le bon calibrage du financement des urgences restent à conduire, par exemple dans le cadre du chantier n° 2 de la *task force* sur la transformation du système de santé français.

La commission vous demande de supprimer cet article (amendement n° 72).

Article 29 sexies (nouveau)

(art. L. 162-22-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Remboursement à l'assurance maladie
des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité de récupérer auprès des établissements de santé les sommes indûment facturées au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation, en renvoyant la définition des modalités de cette mesure à un décret en Conseil d'État.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de son rapporteur général, avec l'avis « *très favorable* » du Gouvernement. Il tend à introduire dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-22-17 **encadrant les suites à donner à la réalisation par les établissements de santé des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation.**

• En application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, **la création des établissements de santé ainsi que la mise en place de certaines activités de soins sont soumises à autorisation par les ARS.** L'article L. 6122-5 indique que la délivrance de cette autorisation est subordonnée au respect **d'engagements relatifs, notamment, au volume d'activité.**

Selon les sociétés savantes compétentes dans le domaine de la santé¹, **une pratique suffisante et régulière des actes effectués par une équipe soignante est en effet nécessaire pour garantir une prise en charge de qualité.** Le rapport « Charges et produits » de la Cnam pour 2018 précise à ce titre que « *la revue de la littérature tend à démontrer qu'il existe une réelle possibilité d'améliorer la qualité et la sécurité lorsque le volume d'activité, à la fois des établissements et des chirurgiens, augmente, en particulier pour la chirurgie lourde. Ainsi, plus l'intervention est complexe, plus la corrélation entre volume, qualité et sécurité est affirmée*² ».

¹ Sur ce point, voir notamment l'analyse consacrée en janvier 2018 par l'Inca à l'impact de la mise en œuvre du dispositif d'autorisation en chirurgie du cancer sur l'activité des établissements.

² Les pratiques varient par ailleurs fortement en fonction du volume d'activité des établissements : selon la même source, les femmes atteintes d'un cancer du sein ont ainsi une probabilité deux fois plus élevée de bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate ou de la technique du ganglion sentinelle dans les établissements qui réalisent plus de 110 chirurgies du cancer du sein par an que dans ceux qui en réalisent entre 50 et 110.

L'article R. 6123-89, issu du décret n°2007-388 du 21 mars 2007¹, précise sur ce point que l'autorisation « *ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé en tenant compte des connaissances disponibles en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales* ». Un arrêté en date du 29 mars 2007 est venu fixer les seuils applicables aux soins de traitement du cancer : l'activité minimale annuelle des établissements est ainsi fixée à 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques, ORL et maxillo-faciaux. Ces seuils d'activité ont été préconisés dans le cadre des différents Plans Cancer.

Ces seuils ne sont cependant pas toujours respectés par les établissements. Le rapport « Charges et produits » précité relève ainsi qu'en 2010 comme en 2015, 32 % des établissements qui avaient réalisé au moins un séjour chirurgical pour cancer du côlon avaient une activité inférieure au seuil de 30 séjours par an. L'assurance maladie souligne à ce titre que « *la persistance d'établissements dont l'activité chirurgicale est inférieure aux seuils réglementaires pose un enjeu réel en termes de qualité des soins. Une réflexion nationale pour faire appliquer les seuils existants et le cas échéant les relever doit être lancée pour assurer à chaque Français l'accès à des soins chirurgicaux de qualité* ».

• C'est l'objet du présent article, qui vise à **permettre à l'assurance maladie de récupérer auprès des établissements de santé les sommes « indûment facturées » au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation.**

La définition des modalités de ces actions de récupération est renvoyée à un décret en Conseil d'État. Selon les informations transmises à votre rapporteure par la DGOS, l'identification des manquements devrait reposer sur les données issues du PMSI et les indus être notifiés par le directeur général de l'ARS concernée.

L'exposé sommaire de l'amendement précise le **périmètre** visé : il s'agit **essentiellement des actes de chirurgie cancérologique** ; le critère visé pour l'obtention de l'autorisation est principalement celui de la satisfaction aux seuils d'activité. Lors des débats en séance publique, la ministre de la santé a en outre indiqué que les interventions justifiées par l'urgence ne tomberaient pas sous le coup des dispositions du présent article.

Il est par ailleurs précisé que **les patients seront cependant remboursés**, que la procédure de récupération des indus soit ou non enclenchée par l'assurance maladie.

¹ Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique.

II - La position de la commission

Votre commission ne peut que souscrire aux objectifs visés par le présent article : la garantie de la sécurité et de la qualité des soins dans l'ensemble des services hospitaliers constitue en effet une impérieuse nécessité. Dans cette perspective, le mécanisme proposé par cet article pourra constituer un instrument supplémentaire à la main des autorités sanitaires pour inciter les établissements au respect des seuils d'activité fixés par voie réglementaire.

• Le contexte ayant justifié l'adoption de cet article n'est cependant pas sans poser question. **On comprend en effet mal que des établissements puissent continuer de pratiquer des activités de soins sans respecter les seuils de sécurité prévus par les textes législatifs et réglementaires ; et, si leur application ne peut être garantie par des opérations de contrôle, il est permis de douter de ce que la mesure ici proposée puisse être plus efficacement mise en œuvre.**

Interrogée sur ce point, la DGOS a indiqué à votre rapporteure que *« le contrôle du codage des prestations réalisées dans le cadre des séjours n'intervient aujourd'hui que de façon ponctuelle lors d'une inspection. Les suspensions ou retraits d'autorisations à ce titre sont donc peu fréquents. La mesure proposée vise à rendre plus systématique la vérification du lien unissant l'autorisation et le type de prestations délivrées par un établissement »*.

Compte tenu des éléments apportés par le rapporteur général de l'Assemblée nationale et par la ministre lors de l'examen du texte en séance publique, **c'est en définitive plus largement sur la bonne conduite des contrôles et sur la régulation du régime des autorisations qu'il conviendrait aujourd'hui de se pencher.**

Les procédures de contrôle applicables en matière d'autorisation des activités de soins

Quatre procédures peuvent, en l'état actuel du droit, être appliquées :

- Les visites de conformité, qui permettent de vérifier sur place que l'ensemble des conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement sont remplies par l'établissement demandeur ;
- Les contrôles d'inspection que l'ARS peut effectuer à tout moment (contrôles inopinés ou programmés) dans le champ de la sécurité sanitaire, du fonctionnement des établissements de santé ou bien des actes médicaux et des pratiques des professionnels (en partenariat avec l'assurance maladie) ;
- En cas de non-respect des conditions d'implantation, des conditions techniques de fonctionnement ou de situation présentant un danger pour les patients ou le personnel, une procédure de suspension/retrait d'autorisation peut être mise en œuvre (article L. 6122-13 du code de la santé publique) ;
- Des dispositions pénales sont prévues en cas pratique d'une activité sans autorisation dans un établissement de santé privé (article L. 6125-1 du code de la santé publique), avec une sanction possible de 150 000 euros d'amende.

Source : Informations transmises par la DGOS

De ce point de vue, les modifications apportées par l'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018¹ au régime des visites de conformité réalisées dans les hôpitaux par les ARS, prévu par l'article D. 6122-38 du code de la santé publique, permettent de douter de la réelle volonté du Gouvernement de s'assurer du strict respect de ces règles par les établissements de santé. Ces visites devaient jusqu'alors être obligatoirement réalisées dans les six mois suivants la délivrance d'une autorisation d'activité ou d'équipement, afin de vérifier notamment la conformité des activités de l'établissement aux engagements pris dans le cadre de la demande d'autorisation ; elles sont désormais facultatives.

Interrogée sur ce point, la DGOS a indiqué que cette mesure vise à renforcer la pertinence et l'efficacité des visites de conformité, ainsi que l'optimisation des moyens des ARS, en permettant à ces dernières de cibler les situations et les activités en fonction de l'appréciation qu'elles portent sur le contexte de délivrance ou de renouvellement d'une autorisation.

• Votre rapporteure relève par ailleurs que les auditions conduites ont fait émerger **la question de l'adéquation de la définition des seuils fixés par voie réglementaire avec les conditions réelle de l'activité des établissements de santé**. La définition des seuils au niveau de l'établissement ne rendrait pas compte, en particulier, de la réalité de l'activité pratiquée de manière individuelle par chacun des professionnels de santé y exerçant.

L'ensemble de ces questions devra, en tout état de cause, être pris en compte dans le cadre de la réforme des autorisations actuellement en cours².

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

¹ Ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

² La DGOS indique sur ce point que l'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 et son décret d'application n° 2018-117 du 19 février 2018 ont permis de faire aboutir la première phase de la réforme des autorisations, relative à l'ensemble de la procédure. La seconde phase de la réforme, portant sur la révision des décrets fixant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'ensemble des activités de soins et d'équipements matériels lourds, est engagée depuis le 2^{ème} trimestre 2018. Un premier ensemble de décrets concernant les activités d'imagerie, urgences, périnatalité, chirurgie, traitement du cancer et soins de suite doit être finalisé mi-2019 (les autres activités suivront d'ici fin 2019).

Article 29 septies (nouveau)
(art. L. 162-31-1 du code de la santé publique)
**Inscription de l'éducation thérapeutique
dans le champ des expérimentations**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre le champ des expérimentations pour l'innovation au sein du système de santé aux initiatives en matière d'éducation thérapeutique.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu de deux amendements identiques présentés par le rapporteur général et des députés membres du groupe La République en Marche, adoptés avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il complète le **champ des expérimentations** pour l'innovation au sein du système de santé, à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale issu de l'article 51 de la loi de financement pour 2018, afin de prévoir que celles-ci peuvent avoir pour objectif de « *développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins, tant à titre préventif que curatif, notamment via l'éducation thérapeutique.* »

Pour les auteurs de l'amendement, il s'agit par exemple d'innover en matière de vulgarisation de notre système de soins et de développer des initiatives d'éducation thérapeutique tant pour la prévention que pour l'appréhension du soin.

II - La position de la commission

L'intention des auteurs de l'amendement est légitime : renforcer la place du patient au cœur du système de soins, comme acteur de son parcours de santé, est un enjeu essentiel.

Pour autant, **cet objectif transverse est déjà pris en compte** dans la rédaction issue de la précédente loi de financement : optimiser le parcours de santé et la qualité des prises en charge ne peut se faire, en effet, sans associer étroitement le patient.

C'est la raison pour laquelle votre commission a adopté un **amendement de suppression** de cet article (amendement n° 73).

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 29 octies (nouveau)
(art. 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968
portant diverses dispositions d'ordre économique et financier,
art. 116 et 116-2 [nouveau] de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986
portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière)

**Financement par l'assurance maladie de l'école
des hautes études en santé publique et du centre national
de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels
de direction de la fonction publique hospitalière**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, supprime le principe d'une contribution directe des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux au financement de l'école des hautes études en santé publique et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, et clarifie le mode de financement de ces deux opérateurs.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par amendement du Gouvernement, vise à simplifier le mode de financement de deux opérateurs, l'école des hautes études en santé publique (Ehesp) et le centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, par :

- l'abrogation de l'article 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier qui astreint les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux à verser à l'Ehesp une participation proportionnelle au nombre de leurs lits afin de compenser la charge financière des stages professionnels effectués par les étudiants de cette école ;

- la suppression de la disposition de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière posant le principe d'une contribution des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux au CNG ;

- la **clarification des ressources** de ces deux opérateurs qui seront exclusivement constituées de subventions, d'avances, de fonds de concours, d'une dotation de l'État et d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Pour chaque opérateur, la contribution de l'assurance maladie comprend deux parts :

- pour l'Ehesp, une partie correspond au financement des traitements et indemnités versés par l'école aux établissements accueillant des étudiants en stage de formation professionnelle, et l'autre est versée au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de l'établissement dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- pour le CNG, une partie correspond à la contribution de l'assurance maladie fonctionnement du centre et l'autre est versée au titre du financement des contrats d'engagement de service public¹.

À l'appui de la suppression de la contribution directe des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux à ces deux opérateurs, le Gouvernement a évoqué en séance publique à l'Assemblée nationale un « régime de contribution [...] à la fois daté, inéquitable et source de lourdeurs administratives pour les établissements comme pour les opérateurs concernés. »

II - La position de la commission

La clarification du financement de ces deux opérateurs intervient dans un contexte d'**extinction des financements croisés entre État et assurance maladie** pour plusieurs organismes de santé publique. Les parts de financement par l'État du CNG et de l'Ehesp ont ainsi déjà été intégralement **transférées à l'assurance maladie** par les lois de financement de la sécurité sociale respectivement pour 2015 et 2018. En pratique, ces deux organismes ne bénéficient donc plus de dotations de l'État.

La disparition du versement par les établissements de santé d'une contribution à l'Ehesp et au CNG ne signifie pas pour autant la disparition de tout lien organique et fonctionnel. Les établissements de santé continuent en effet d'être représentés au sein des conseils d'administration de ces organismes. À l'heure actuelle, le conseil d'administration de l'Ehesp² comprend ainsi deux représentants de la fédération hospitalière de France et le conseil d'administration du centre national de gestion comprend six représentants des établissements de santé.

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

¹ En application de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les étudiants en médecine peuvent bénéficier, dans le cadre de ces contrats, d'une allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un engagement à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

² En application de l'article 7 du décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 relatif à l'école des hautes études en santé publique.

Article 30

(art. L. 213-1, L. 642-4-2 [nouveau] et L. 644-2 du code de la sécurité sociale)

Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales)

Objet : Cet article crée un régime simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales pour les médecins salariés ou les étudiants « non thésés » effectuant, à titre accessoire et sous certaines conditions, une activité de remplacement en libéral.

I - Le dispositif proposé

La mesure proposée s'inscrit **dans le cadre des objectifs du plan d'accès aux soins** présenté le 13 octobre 2017.

Elle vise à simplifier l'exercice mixte des médecins salariés ou étudiants en médecine souhaitant assurer des remplacements en libéral, en vue de renforcer l'attractivité de ce mode d'exercice.

• Le **II** crée, à cet effet, un **nouvel article L. 642-4-2** au sein du code de la sécurité sociale, permettant aux médecins ou étudiants en médecine habilités à faire des remplacements¹ d'opter pour un **régime simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales dues au titre d'une activité de remplacement**, sous réserve que la rémunération issue de cette activité soit inférieure à un **seuil** fixé par décret. Le Gouvernement envisage de fixer ce plafond de revenus à **19 000 euros** par an, avant application des abattements de 34 % prévus par l'article 102 *ter* du code général des impôts, ce qui correspond, d'après l'étude d'impact, à sept à huit semaines de consultations au tarif opposable².

Cette évolution vise à remédier au **caractère dissuasif du régime actuel** pour les médecins salariés souhaitant effectuer une activité libérale à titre accessoire ou les étudiants de troisième cycle « non thésés » effectuant des remplacements, aujourd'hui tenus de s'affilier au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) dont relèvent les professionnels libéraux.

¹ En application de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, les étudiants ayant suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales (c'est-à-dire ceux en 3^{ème} cycle) peuvent être autorisés à exercer la médecine notamment à titre de remplaçant.

² D'après les indications transmises à votre rapporteur, ce calcul est établi sur la base de 20 consultations par jour, au tarif de consultation de médecine générale de 25 €.

Cette situation implique des démarches administratives, fiscales et sociales jugées disproportionnées pour une activité secondaire : s'affilier en tant que profession libérale auprès des Urssaf et de la caisse de retraite des médecins (CARMF), entreprendre les démarches de conventionnement avec l'assurance maladie.

Elle implique par ailleurs la tenue d'une comptabilité des produits et charges, l'appel de cotisations provisionnelles sur la base du dernier revenu déclaré et la régularisation l'année suivante induisant un **décalage entre la perception des revenus et le paiement des cotisations**.

Le nombre de médecins potentiellement concernés serait d'environ 12 000 (sur la base du nombre de médecins remplaçants recensés par l'ordre national des médecins) et près de 10 000 étudiants de troisième cycle effectuant des remplacements.

Le régime PAMC pourra continuer à s'appliquer pour les médecins qui le souhaitent. Pour les autres, le régime simplifié permettra le calcul des cotisations ou contributions sociales mensuellement ou par trimestre, par application d'un **taux global** fixé par décret après application des abattements prévus. Ce taux global correspondra à la somme des taux actuellement appliqués dans le régime des PAMC, nets des prises en charge de l'assurance maladie, pour une rémunération équivalente, soit inférieure à 12 500 euros après abattements.

Par ailleurs, le mode de gestion sera simplifié pour faciliter les démarches des professionnels :

- l'entrée dans le dispositif et la réalisation des déclarations nécessaires (comme l'affiliation auprès de l'Urssaf ou de la caisse autonome de retraite des médecins de France) seront assurées par les caisses primaires d'assurance maladie ;

- un **téléservice** sera mis en place par les Urssaf pour faciliter la déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations afférentes par les médecins ou étudiants concernés.

- Les **I** et **III** prévoient des coordinations.

- Le **IV** fixe l'entrée en vigueur du régime simplifié au **1^{er} janvier 2020**. Ce délai se justifie notamment par les développements informatiques nécessaires pour mettre en place le téléservice.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un **amendement** de son rapporteur général visant à préciser que le régime simplifié s'applique aux seuls médecins ou étudiants éligibles au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), à savoir notamment les médecins exerçant dans le cadre de la convention médicale.

III - La position de la commission

Votre **commission partage les objectifs de cette mesure de simplification**, qui s'inscrit dans la continuité de l'article 25 de la loi de financement pour 2018¹ et répond aux enjeux du renforcement de l'offre médicale dans les territoires.

Ainsi, le **développement de l'exercice mixte (libéral/salarié)**, par l'allègement des charges pesant sur l'activité libérale des médecins salariés, avait été préconisé par nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny dans un rapport sur l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés².

Le régime actuel, qui impose les mêmes formalités qu'aux médecins s'installant en libéral, s'avère en effet désincitatif en deçà d'un certain volume d'activité. Or, l'exercice libéral en tant que remplaçant, à titre accessoire, répond à des aspirations de jeunes médecins salariés de diversifier leur activité et permet aux étudiants de se familiariser avec ce mode d'activité avant d'envisager, le cas échéant, une installation.

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

Article 31

(art. L. 4041-2, L. 4041-3 et L. 4042-1 du code de la santé publique ;
art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Étendre l'objet des Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

Objet : Cet article vise à permettre aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) de salarier des auxiliaires médicaux en pratique avancée, afin d'accompagner le développement de ces modes d'exercice.

I - Le dispositif proposé

• En application des articles L. 4041-1 et L. 4041-2 du code de la santé publique³, des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens peuvent constituer entre eux une **société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)** ayant pour objet :

1° la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;

¹ Cet article visait à faciliter l'affiliation aux régimes d'assurance des étudiants internes en médecine.

² « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », rapport d'information n° 686 (2016-2017), Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et commission des affaires sociales, Sénat, 26 juillet 2017.

³ Ces dispositions, introduites par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, ont été précisées par le décret n° 2012-407 du 23 mars 2012.

2° l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique du patient ou de coopération entre professionnels de santé.

Les maisons de santé doivent être constituées sous ce statut pour conventionner avec l'assurance maladie et recevoir les rémunérations prévues par l'accord interprofessionnel du 20 avril 2017. C'est le cas d'environ 600 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sur les 1 100 déclarées en fonctionnement.

Le 1° du I complète ces dispositions pour prévoir, sous réserve que les statuts le prévoient, que la SISA peut avoir pour objet l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux ; cela vise à **rendre possible, pour les maisons de santé pluri-professionnelle ayant opté pour ce statut, de salarier des auxiliaires médicaux en pratique avancée**, ce que ne permet pas à l'heure actuelle l'objet circonscrit de cette société et le cadre d'exercice exclusivement libéral des professionnels de santé exerçant en maison de santé (à la différence des centres de santé au sein desquels les professionnels de santé sont exclusivement salariés).

Le salariat vise à permettre aux auxiliaires médicaux en pratique avancée -en l'occurrence des infirmiers puisque cette pratique a été encadrée à ce jour pour cette seule profession- d'intervenir en appui de l'ensemble de l'équipe soignante de la maison de santé, sous un statut jugé attractif pour de jeunes professionnels.

**L'exercice en pratique avancée :
une possibilité désormais encadrée pour les infirmiers**

La **pratique avancée** a été introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 119) à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique :

- elle est ouverte aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, orthophonistes, manipulateurs radio, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes ou diététiciens, sous réserve qu'ils justifient d'une **durée d'exercice minimale** de leur profession et d'un **diplôme** de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée ;

- elle s'exerce soit au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, soit au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou médico-sociaux coordonnée par un médecin, soit en assistance d'un médecin spécialiste en pratique ambulatoire, dans un **cadre défini, pour chaque profession d'auxiliaire médical concernée, par décret en Conseil d'État**, précisant les domaines d'intervention et les conditions et règles de l'exercice en pratique avancée.

Pour la profession d'**infirmier**, ce cadre a été posé par deux **décrets du 18 juillet 2018**¹, qui ont défini trois domaines d'intervention (pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale) et institué le **diplôme d'État** d'infirmier en pratique avancée, reconnu au niveau Master. L'ouverture d'un nouveau domaine d'intervention en psychiatrie et santé mentale est envisagée.

Pour l'instant, la déclinaison à d'autres professions d'auxiliaire médical n'est pas engagée.

- Les 2° et 3° du I modifient, par **coordination**, les articles précisant les modalités applicables aux SISA, pour prévoir :

- que celles dont l'objet sera étendu à la pratique avancée devront **s'inscrire auprès de l'ordre** de l'auxiliaire médical salarié ;

- que les **rémunérations afférentes** aux activités exercées dans le cadre de la pratique avancée constituent, comme c'est le cas des activités réalisées en commun par ses associés, une **recette de la société** perçue par celle-ci. Tel ne sera pas le cas, toutefois, des revenus tirés de l'activité exercée à titre personnel par des auxiliaires en pratique avancée, dans le cadre d'une activité libérale ; le cumul d'une activité salariée et libérale par un même auxiliaire médical sera possible sous réserve d'identifier les activités concernées.

- Le II complète enfin, par coordination, l'article **L. 162-1-7** du code de la sécurité sociale qui conditionne la prise en charge par l'assurance maladie des actes ou prestations réalisés par un professionnel de santé à leur inscription sur une liste, afin de mentionner que ce professionnel peut avoir un exercice salarié en maison de santé. Cela permettra à la maison de santé de facturer des soins à l'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le rapporteur général et des députés du groupe La République en Marche afin de prévoir la remise d'un **rapport au Parlement sur le déploiement des pratiques avancées** sur le territoire et leur impact en termes d'accès aux soins.

¹ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Ces textes ont été complétés par trois arrêtés parus à la même date.

III - La position de la commission

Les maisons de santé pluri-professionnelles offrent un cadre propice au déploiement des pratiques avancées, visant à permettre une prise en charge coordonnée des patients et à libérer du temps médical.

Votre commission est donc **favorable à une mesure susceptible d'accompagner la montée en charge de ces pratiques.**

Elle a adopté un **amendement** visant à **supprimer la demande de rapport sur le déploiement des pratiques avancées**, dont le champ très large dépasse celui du présent article et n'a pas de lien direct avec le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce qui risquerait de faire tomber cette disposition sous le coup de la jurisprudence du Conseil constitutionnel (amendement n° 74).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 32

(art. L. 161-38, L. 162-2-3 [nouveau], L. 162-5, L. 162-5-15, L. 162-5-16, L. 162-5-18 [nouveau] et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)

Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

Objet : Cet article substitue, d'une part, une procédure de certification volontaire à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, et renforce, d'autre part, la transmission d'informations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

A. L'évolution de la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation

• Aux termes de l'**article L. 161-38** du code de la sécurité sociale, la Haute Autorité de santé (HAS) est chargée d'établir la procédure de **certification** des logiciels d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation de médicaments.

La loi dite « Bertrand » du 29 décembre 2011¹ a rendu cette certification **obligatoire** pour les logiciels présentant au moins l'une de ces fonctionnalités, au plus tard le 1^{er} janvier 2015².

¹ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

² Les modalités ont été précisées par le décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 a quant à elle étendu l'obligation de certification aux logiciels d'aide à la dispensation utilisés par les pharmacies à usage intérieur, au plus tard le 1^{er} janvier 2018¹. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu de rendre obligatoire, à compter de 2021, la certification des logiciels d'aide à la prescription de dispositifs médicaux et de prestations associées.

Toutefois, dans un **arrêt du 7 décembre 2017**, la **Cour de justice de l'Union européenne** (CJUE)² a considéré que les logiciels d'aide à la prescription constituaient sous certaines conditions³ des **dispositifs médicaux** au sens du droit européen, et que, dès lors, l'obligation générale de certification prévue en France, au-delà du marquage CE requis par la directive du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, constituait une **entrave à la libre circulation** de ces produits sur le territoire européen.

À la suite de cet arrêt, le Conseil d'État⁴ a partiellement annulé les dispositions du décret de novembre 2014 fixant les modalités de l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription, pour les seules fonctionnalités permettant l'exploitation de données propres à un patient ainsi que pour les modules qui en sont des accessoires.

- Tirant les conséquences de ces décisions, le **b** du 1^o **supprime l'obligation générale de certification des logiciels** proposant une aide à l'édition des prescriptions médicales, une aide à la dispensation de médicaments ou une aide à la prescription de dispositifs médicaux.

Si le recours ne concernait que les logiciels d'aide à la prescription, des logiciels d'aide à la dispensation peuvent en effet comporter des caractéristiques proches.

Le projet de loi maintient toutefois la **possibilité d'une certification de ces logiciels, à la demande de leurs éditeurs**, renvoyant à un décret en Conseil d'État la définition des fonctionnalités que doivent fournir les logiciels en vue de leur certification.

- Le **c** du 1^o prévoit par ailleurs une **obligation pour les éditeurs sollicitant la certification de leurs logiciels à les rendre conformes aux fonctionnalités** ainsi requises.

¹ Les modalités ont été précisées par le décret n° 2017-1258 du 9 août 2017.

² La CJUE avait été saisie en juin 2016 d'une question préjudicielle par le Conseil d'État dans le cadre d'un recours du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem) et de Philips France engagé en janvier 2015 sur le décret du 14 novembre 2014 précité.

³ La CJUE considère dans cet arrêt "qu'un logiciel dont l'une des fonctionnalités permet l'exploitation de données propres à un patient, aux fins notamment de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives, constitue, pour ce qui est de cette fonctionnalité, un dispositif médical au sens [de la directive] et ce même si un tel logiciel n'agit pas directement dans ou sur le corps humain".

⁴ Conseil d'État, 12 juillet 2018, décision n° 387156.

Cette obligation est sanctionnée, en cas de non-respect ou de retard de mise à jour, par l'application d'une **pénalité financière** plafonnée à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, dont le produit est affecté à la Cnam. En cas de manquements répétés, la certification pourra être retirée.

- Parallèlement, deux dispositions visent à **inciter les médecins (b du 3°) et pharmaciens (7°) à recourir à des logiciels certifiés** d'aide à la prescription ou à la dispensation, en invitant les partenaires conventionnels à prendre en compte l'utilisation de tels logiciels dans les critères de la rémunération pour objectif de santé publique (ROSP).

Cette disposition se substitue à la possibilité déjà prévue de déterminer, par voie conventionnelle, une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié (*a* du 3°).

La quasi-totalité des pharmacies sont aujourd'hui équipées d'un logiciel d'aide à la dispensation. Par ailleurs, 78 % des médecins libéraux ont un logiciel d'aide à la prescription certifié ; ce n'est le cas que de 51 % des médecins hospitaliers.

- Enfin, une autre disposition (*a* du 1°) prévoit, que les logiciels d'aide à la prescription doivent indiquer l'appartenance du médicament au **registre des médicaments hybrides**, par **coordination** avec les dispositions de l'article 43 du projet de loi instituant cette catégorie.

B. Le renforcement du partage d'informations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour améliorer le suivi du parcours de soins

- Le 2° introduit au sein du code de la sécurité sociale un **nouvel article L. 162-2-3** prévoyant que **l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et pharmaciens certaines données personnelles concernant les patients** dont ces professionnels assurent le suivi.

Les patients auraient la possibilité de s'opposer à la transmission des données les concernant, en application des dispositions de la loi « informatique et libertés ».

Les informations transmises doivent avoir un lien direct avec la mise en œuvre des actions de prévention, d'éducation et d'information de l'assurance maladie relevant des programmes de santé publique (3° de l'article L. 221-1) ou les actions du service du contrôle médical. Il pourra s'agir de données liées au remboursement par l'assurance maladie ou de données administratives ou à caractère médical (comme la date d'éligibilité d'un patient à une mesure de prévention ou de dépistage du cancer, la possibilité d'inclusion dans un programme d'accompagnement, ou encore pour informer le médecin de la proportion de patients atteints de telle pathologie n'ayant pas un traitement conforme aux recommandations).

- Le 4° et 5° visent par ailleurs à **garantir une bonne identification des prescripteurs par l'assurance maladie.**

À cette fin, les professionnels de santé libéraux exerçant dans des établissements de santé privés, et non seulement publics, devront inscrire leur numéro personnel (numéro RPPS¹) et le numéro de la structure au sein de laquelle l'acte ou la prescription est réalisé, sur les documents transmis à l'assurance maladie en vue de leur remboursement (4°).

D'après les indications transmises à votre rapporteur, ces informations ne sont pas présentes sur l'ordonnance dans encore un grand nombre de cas (au moins 4 sur 10).

À défaut, et comme c'est déjà le cas pour les professionnels exerçant dans les établissements publics, une procédure de demande d'indus, dont les modalités sont précisées (5°), peut être déclenchée.

- Le 6° introduit enfin un **nouvel article L. 162-5-18** au sein du code de la sécurité sociale imposant au **pharmacien** exécutant l'ordonnance **l'obligation de reporter l'identification du prescripteur et du lieu de prescription** sur les documents transmis à l'assurance maladie. Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sous réserve de modifications rédactionnelles.

III - La position de la commission

Prenant acte des décisions juridiques qui conduisent à supprimer le caractère obligatoire de la certification des logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, votre commission souligne l'intérêt d'inciter l'équipement des professionnels en équipements répondant aux exigences de qualité et règles de bonne pratique définies par la Haute Autorité de santé.

La commission a adopté un **amendement afin de lever toute ambiguïté dans l'obligation reposant sur les pharmaciens** de reporter le numéro RPPS quand il ne figure pas sur l'ordonnance, dans la mesure où ils n'ont pas les moyens de connaître ce numéro pour certains praticiens comme les internes (amendement n° 75).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, qui répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé. Le RPPS attribue à chaque professionnel de santé un identifiant unique, pérenne et partagé : le n° RPPS.

Article 32 bis (nouveau)

(art. L. 161-35 et L. 323-3 du code de la sécurité sociale)

**Prescription dématérialisée des arrêts de travail
et simplification des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instituer une obligation de prescription dématérialisée des arrêts de travail et à simplifier les conditions d'accès au temps partiel thérapeutique.

I - Le dispositif proposé

• Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par amendement du Gouvernement, modifie l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale afin de compléter les **obligations de transmission électronique applicables aux professionnels de santé** : outre les documents nécessaires à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les professionnels de santé devront prescrire les arrêts de travail de manière **dématérialisée**, par le biais d'un service mis à leur disposition par les organismes d'assurance maladie.

Le II de l'article 32 *bis* prévoit une mise en œuvre progressive de cette obligation dans un **cadre conventionnel**. Le calendrier d'entrée en vigueur de cette obligation doit être fixé par des conventions entre l'assurance maladie et les prescripteurs¹, la transmission dématérialisée des arrêts maladie devant être effective **au plus tard le 31 décembre 2021**. Dans l'hypothèse où ces conventions n'aurait pas fixé un tel calendrier avant le 30 juin 2019, il reviendra aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'y procéder dans un délai de deux mois.

Le III de l'article 32 *bis* prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêteront les dates, qui ne peuvent être postérieures au 31 décembre 2021, auxquelles les organismes d'assurance maladie des régimes autres que le régime général et le régime agricole devront mettre à disposition des prescripteurs le service leur permettant de prescrire les arrêts de travail de manière dématérialisée.

À ce stade, il n'est pas prévu que les prescriptions hospitalières d'arrêt de travail soient concernées par cette obligation de transmission électronique.

¹ Conventions de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale pour les médecins généralistes et spécialistes, convention de l'article L. 162-9 du même code pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

• L'article 32 *bis* procède, en outre, à une réécriture de l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale afin de **simplifier les conditions d'accès au temps partiel thérapeutique**. Dans le souci de favoriser le maintien en activité des assurés malades, **il supprime ainsi l'obligation d'arrêt de travail indemnisé à temps complet préalablement à tout temps partiel thérapeutique**. Il renvoie, par ailleurs, à un décret en Conseil d'État le soin de clarifier les règles de calcul et la durée de versement de l'indemnité journalière censée compléter la rémunération de l'assuré en temps partiel thérapeutique.

II - La position de la commission

Les mesures prévues par l'article 32 *bis* s'inscrivent dans le cadre de la mission confiée par le Premier ministre à MM. Jean-Luc Bérard, Stéphane Seiller et Stéphane Oustric sur la prise en charge des arrêts maladie dans un **contexte de hausse des indemnités journalières**, dont les conclusions finales doivent être transmises en décembre prochain. Parmi les dix propositions envisagées par les rapporteurs à l'occasion de leur bilan d'étape d'octobre 2018, le Gouvernement a fait le choix d'en retenir deux pour les insérer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Depuis 2014, le nombre d'arrêts maladie augmente à un **rythme moyen supérieur à 4 %¹** et les dépenses correspondantes ont atteint **10,3 milliards d'euros en 2017**. Cette progression semble s'accélérer en 2018 puisque, selon des données de la caisse nationale de l'assurance maladie, le volume des indemnités journalières a augmenté de 4,9 % sur la période de janvier à septembre 2018.

À l'heure actuelle, **le taux de dématérialisation des arrêts de travail s'établit à 40 %, contre près de 80 % pour les feuilles de soins**. Votre commission partage l'objectif d'un traitement simplifié et accéléré des arrêts de travail dans l'intérêt tant des assurés que des prescripteurs dont la charge de travail doit être allégée par les solutions techniques qui devront être trouvées par les organismes d'assurance maladie. Elle attire néanmoins l'attention du Gouvernement sur la nécessité de tenir compte des **spécificités de l'exercice professionnel de certains médecins** qui ne pourront, lors de la consultation, avoir directement accès à un poste informatique, en particulier en cas de **soins à domicile** ou dans le cadre du dispositif de la **permanence des soins**.

¹ + 3,7 % en 2015, + 4,6 % en 2016 et + 4,4 % en 2017.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, si les arrêts de travail de moins de sept jours ont représenté 44 % du nombre total d'arrêts de travail en 2017, ils n'ont constitué que 4 % de la dépense d'indemnisation totale. En revanche, les arrêts de plus de six mois, soit 7 % du nombre total d'arrêts, ont représenté 44 % de la dépense.

Par conséquent, faciliter une réinsertion progressive dans une activité professionnelle des assurés s'impose pour prévenir un éloignement durable des intéressés de l'emploi. Les dispositions prévues en ce sens par l'article 32 *bis* vont dans la bonne direction, mais l'effectivité de la mesure requiert, de l'avis des professionnels de santé, une **coordination renforcée et pluridisciplinaire** entre le médecin traitant, le médecin conseil, le médecin du travail et l'employeur, afin d'identifier les conditions d'une prise en charge compatible avec la poursuite de l'activité.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement le temps partiel thérapeutique n'est déjà plus opposable au patient atteint d'une affection de longue durée (ALD) ou bénéficiant de soins continus d'une durée supérieure à six mois, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'intéressé a déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection. La mesure proposée par le Gouvernement permet donc d'étendre cette facilité d'accès au temps partiel thérapeutique à toutes les affections, y compris celles qui ne seraient pas prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Outre les deux mesures introduites par l'article 32 *bis*, les premières propositions envisagées par la mission précitée semblent privilégier :

- le renforcement de l'information et de la formation des prescripteurs sur les conditions de délivrance d'arrêts de travail et les droits à indemnités journalières, notamment par l'actualisation des fiches repères établies par la Cnam ;

- la transmission à chaque entreprise de l'état régulièrement actualisé de sa situation en matière d'absentéisme pour motif de maladie par rapport aux entreprises de même taille du secteur concerné ;

- l'information systématique des médecins, *via* Amelipro, et des praticiens hospitaliers de leur activité de prescription d'arrêts de travail ;

- le renforcement de l'efficacité des contre-visites médicales patronales, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail.

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

Article 33

(art. L. 133-4, L. 162-9, L. 165-1, L. 165-1-4 [nouveau],
L. 165-2, L. 165-9 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
L. 2132-2-1 et L. 2134-1 du code de la santé publique)

Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires

Objet : Cet article rend possible au plan législatif, à la suite des négociations conduites avec les professionnels concernés, la mise en place des offres « 100 % santé » donnant lieu à une prise en charge renforcée, par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires, et renforce les actions de prévention bucco-dentaire en direction des jeunes.

I - Le dispositif proposé

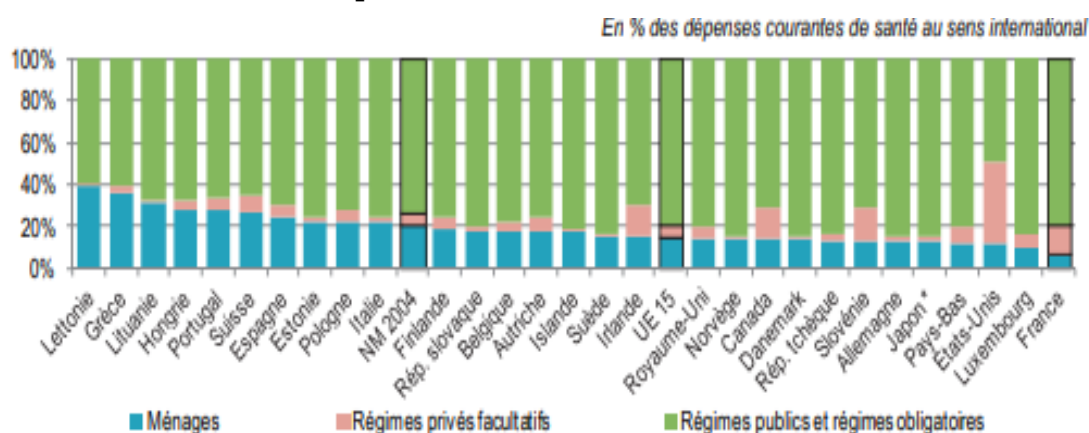
Cet article traduit les engagements pris par le Président de la République en termes de « reste à charge zéro » des assurés sur les frais d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives et introduit, à la suite de la signature de la convention dentaire en juin dernier, une mesure visant à renforcer la prévention bucco-dentaire chez les jeunes enfants.

A. La mise en œuvre des offres « 100% santé » (I et III)

1. Le constat préalable : un reste à charge sur les frais dentaires, d'optique et d'aide auditive source de renoncement aux soins

Le reste à charge des ménages sur les dépenses de santé après intervention des assurances maladie de base et complémentaire est, en France, l'un des plus faibles des pays de l'OCDE.

Financement des dépenses courantes de santé au sens international



* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées.

Note > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux de l'UE 15, et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Source : DREES, Comptes de la santé – édition 2018

Ce reste à charge se concentre toutefois sur certaines catégories de dépenses, en particulier les frais dentaires et ceux en matière d'optique et d'audioprothèse, induisant des phénomènes de **renoncement aux soins**. D'après le ministère chargé de la santé, 17 % de la population renoncerait à des soins dentaires pour des raisons financières et 10 % à des équipements d'optique ; seules 35 % des personnes souffrant d'une déficience auditive seraient, par ailleurs, appareillées.

• La consommation de **soins dentaires**, regroupant les actes remboursés et les soins « hors nomenclature », représente en 2017 une dépense de **11,3 milliards d'euros**¹ :

- **36 %** soit 4,2 milliards d'euros sont pris en charge par l'**assurance maladie obligatoire** ;

- **41 %** soit 4,6 milliards d'euros sont pris en charge par les **organismes complémentaires** ;

- **23 %** soit 2,5 milliards d'euros restent **à la charge des assurés**.

La structure de prise en charge est très différente selon les types d'actes. Trois modes de tarification coexistent :

- les **soins conservateurs**² (51 % des actes remboursés) et les consultations (12 %) sont facturés au **tarif opposable** sans dépassement autorisé et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire sur la base des tarifs conventionnels (soit 23 euros pour une consultation par un chirurgien-dentiste ou encore 28,92 euros pour un détartrage) ;

- les **soins prothétiques** (11 % des actes remboursés, mais assurant une part prépondérante des revenus des chirurgiens-dentistes évaluée par la Cnam à 64 %) et d'orthodontie³ sont facturés le plus souvent avec dépassement ; **l'assurance maladie obligatoire prend en charge 70 % du tarif de responsabilité** fixé par voie conventionnelle ; les dépassements d'honoraires sur ces actes augmentent en moyenne de 1,9 % par an depuis 2009 (contre 5,1 % par an entre 2001 et 2008) ; d'après la Cnam, **le reste à charge moyen sur les actes prothétiques représente 40 % de la dépense** ;

- les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires libres ; ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire mais peuvent être partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires⁴.

¹ D'après la DREES, *comptes de la santé*, édition 2018.

² Par exemple le détartrage, le traitement d'une carie ou sa dévitalisation, etc.

³ Pour les soins d'orthodontie commencés avant le 16^{ème} anniversaire du patient.

⁴ Selon la DREES (*comptes de la santé*), ces soins sont mal mesurés par la statistique publique, en raison de leur non-inscription à la nomenclature.

• La consommation d'**optique** médicale représente, en 2017, une dépense de **6,1 milliards d'euros**¹.

Après 20 ans, 7 adultes sur 10 portent des lunettes ou des lentilles. Après une progression dynamique (en moyenne 4,6 % par an entre 2008 et 2012), ces dépenses sont depuis 2012 stables voire en léger recul.

En 2017, la prise en charge des dépenses se répartit ainsi :

- **4 %** par l'**assurance maladie obligatoire** ; celle-ci prend en charge, sur prescription médicale, la monture et les verres correcteurs, à hauteur de 60 % de tarifs de base relativement bas² ;

- **73 %** par les **organismes complémentaires**³ ; il s'agit du poste de dépenses pour lequel la contribution de ces organismes est la plus importante ; la part qu'ils prennent en charge est en augmentation : elle était de 58 % en 2008 ;

- **22 %** de **reste à charge des assurés** ; celui-ci est en diminution puisqu'il était de 37 % en 2008, mais reste trois fois plus élevé que la moyenne du reste à charge sur les dépenses de santé.

Ces tendances s'expliquent par les « réseaux de soins » développés par des organismes complémentaires, proposant des tarifs plus modérés chez les professionnels partenaires, et l'introduction en 2015 des contrats responsables qui a conduit à plafonner les remboursements (avec une prise en charge au maximum tous les deux ans, plafonnée selon la correction dont 150 euros maximum de prise en charge des montures).

• Le marché des **aides auditives** représente, en 2017, **1,14 milliard d'euros**.

C'est un marché relativement dynamique. On compte, d'après les données des professionnels du secteur, 4 925 centres d'audioprothèse, deux fois plus qu'il y a dix ans, et 3 264 audioprothésistes ; cette profession, dont les effectifs ont été multipliés par 2,3 depuis 2000, fait l'objet d'un *numerus clausus* depuis 2015. Son évolution est parallèle à l'augmentation du nombre d'appareils vendus sur la période. Environ 6 millions de malentendants seraient recensés en France, soit 8 à 10 % de la population, essentiellement en raison d'une presbyacousie liée à l'âge. Plus d'un tiers seraient appareillés.

¹ Ces dépenses sont constituées des verres remboursables (64,7 % de la dépense), des montures remboursables (29,8 %) et des lentilles (5,5 %) (*Comptes de la santé* – édition 2018, Drees).

² Pour la monture, les tarifs servant de base au remboursement sont de 2,84 euros pour les plus de 18 ans et 30,49 euros pour les moins de 18 ans ; pour les verres correcteurs, ils s'échelonnent, selon le degré de correction, de 2,29 à 24,54 euros pour les adultes et de 12,04 à 66,62 euros pour les enfants.

³ D'après la Drees, seuls 2 % des bénéficiaires de contrats collectifs les plus souscrits n'ont aucun remboursement de leur complémentaire pour l'optique (données pour 2013).

En 2017, la prise en charge des dépenses est la suivante¹ :

- **15 %** soit 167 millions d'euros par l'**assurance maladie obligatoire** ; les prothèses auditives inscrites sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables sont prises en charge, sur prescription médicale, à hauteur de **60 % d'un tarif fixé à 199,71 euros** ; la prise en charge est plus importante pour les assurés de moins de 20 ans et les personnes souffrant de cécité (60 % d'un tarif allant de 900 à 1 400 euros selon la classe de l'appareil prescrit) ; elle s'étend à des accessoires et aux frais d'entretien (60 % de tarifs de base) ;

- **31 %** soit 347 millions d'euros par les **organismes complémentaires** ;

- **55 %** soit 625 millions d'euros restent à la charge des assurés ; le prix moyen d'une aide auditive étant de 1 500 euros par oreille pour un produit de moyenne gamme², ce reste à charge est d'environ **850 euros** après la prise en charge combinée des assurances maladie obligatoire et complémentaire³.

2. Une réforme dont les modalités de déploiement progressif ont donné lieu à des négociations avec les professionnels de chaque secteur

La direction de la sécurité sociale a engagé au cours du premier semestre 2018 des discussions avec les professionnels des secteurs de l'optique et de l'audioprothèse pour discuter des modalités de mise en œuvre du « reste à charge zéro ». Pour les soins dentaires, ces discussions se sont inscrites dans le cadre de la négociation conventionnelle engagée par la Cnam avec les représentants des chirurgiens-dentistes⁴.

Ces accords envisagent un **déploiement progressif** de la réforme, selon des modalités différentes d'un secteur à l'autre, **en vue d'une mise en œuvre généralisée au 1^{er} janvier 2021**.

¹ D'après les données transmises par la direction de la sécurité sociale.

² Ce prix moyen est de 1 000 euros pour un produit « entrée de gamme » et 1 950 euros pour un produit « haut de gamme ».

³ Les aides techniques de la PCH et de l'APA peuvent néanmoins couvrir une partie de ce reste à charge pour les publics éligibles.

⁴ L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait reporté l'application du règlement arbitral du 29 mars 2017 afin de permettre la réouverture des négociations conventionnelles.

Synthèse : ce que va changer la réforme

Situation actuelle	Réforme « 100 % santé »		
Prothèses dentaires			
<p>AMO : 14% 70 % du tarif de base fixé par voie conventionnelle</p> <p>AMC : 45%</p> <p>RAC : 41% environ d'une dépense moyenne de 550 € pour une couronne céramique</p>	<p>Convention dentaire signée le 21 juin 2018 par deux des trois syndicats : revalorisation progressive de soins conservateurs et, parallèlement, définition d'honoraires limites de facturation (plafonds tarifaires) progressifs pour une liste d'actes prothétiques.</p> <p><i>Trois paniers à terme</i> : un panier sans reste à charge (environ 46 % des actes réalisés), un panier à tarifs maîtrisés avec plafonds tarifaires (25 %) et un panier à tarifs libres (29 %)</p>		
	<p>1^{er} avril 2019 : plafonds tarifaires sur certains actes (couronnes, bridges) permettant un reste à charge maîtrisé</p>	<p>1^{er} janvier 2020 : reste à charge zéro sur les couronnes et bridges du panier</p>	<p>1^{er} janvier 2021 : reste à charge zéro sur les autres actes concernés (prothèses amovibles en résine)</p>
Optique médicale			
<p>AMO : 4 % 60% du tarif de base (2,84 € pour une monture, de 2,29 à 24,54 € pour les verres)</p> <p>AMC : 73 %</p> <p>RAC : 22 % d'un tarif médian de 290 €</p>	<p>Protocole d'accord signé le 13 juin 2018 par deux des trois syndicats d'opticiens</p> <p><i>Deux paniers à terme</i> : le panier sans reste à charge (fixation de prix limites de vente, relèvement des tarifs de base de remboursement par l'AMO) et le marché libre (baisse des tarifs de base de remboursement par l'AMO et du plafond de prise en charge des montures dans les contrats responsables, de 150 à 100 €)</p>		
		<p>1^{er} janvier 2020 : reste à charge zéro sur des offres de lunettes (monture à 30 € avec choix d'au moins 17 modèles différents, verres durcis, amincis selon la correction et antireflets)</p>	
Aides auditives			
<p>AMO : 15 % 60 % d'un tarif fixé à 199,71€ pour une prothèse (pour assurés de plus de 20 ans)</p> <p>AMC : 31 %</p> <p>RAC : 55 % d'un coût moyen de 1 500 euros par oreille</p>	<p>Protocole d'accord signé le 13 juin 2018 par l'ensemble des représentants du secteur</p> <p><i>Deux paniers à terme</i> : le panier sans reste à charge (avec prix limite de vente-PLV) et le marché libre (avec clauses de régulation si hausse du prix médian de vente et plafonnement de la prise en charge par AMO et AMC à 1 700 € dans les contrats responsables) ; dans les deux cas, les tarifs de base du remboursement par l'AMO feront l'objet d'un relèvement progressif</p>		
	<p>1^{er} janvier 2019 : baisse du reste à charge (tarif de base AMO relevé à 300€ et PLV à 1300€ par oreille)</p>	<p>1^{er} janvier 2020 : baisse du reste à charge (tarif de base AMO relevé à 350€ et PLV à 1 100€ ; hausse des bases de remboursement par AMC)</p>	<p>1^{er} janvier 2021 : reste à charge zéro (tarif de base AMO à 400€ et PLV à 950€)</p>

• **Les négociations avec les chirurgiens-dentistes**

L'accord conventionnel signé le 21 juin 2018¹ par deux syndicats représentant 60 % de la profession², l'Uncam et l'Unocam prévoit un « dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire » (article 4), **échelonné sur cinq ans à compter du 1^{er} avril 2019** et jusqu'au 1^{er} janvier 2023, qui repose sur les principes suivants :

- d'une part, la **revalorisation progressive de soins courants** concentrée sur des **soins conservateurs** (restaurations coronaires, inlay-onlays, endodontie, scellements de sillons, etc.) ;

- d'autre part, la **définition d'honoraires limites de facturation (plafonds tarifaires)** progressifs **pour une liste d'actes prothétiques** ciblés (environ les deux tiers des actes prothétiques réalisés d'après la Cnam) dont le champ a vocation à être élargi sur la durée de la convention, sans pour autant couvrir la totalité des actes « à entente directe » susceptibles d'être concernés. **Trois paniers** sont prévus dans ce cadre : un **panier sans reste à charge** après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (qui devrait concerner **46 %** des actes aujourd'hui réalisés), un **panier à tarifs maîtrisés** avec plafonds tarifaires (25 % des actes réalisés) et un **panier à tarifs libres** (29 % des actes réalisés).

L'instauration de tels plafonds tarifaires permet de définir un **panier d'actes prothétiques pour lesquels le reste à charge sera maîtrisé dès le 1^{er} avril 2019**. Les plafonds tarifaires baisseront au fur et à mesure des revalorisations d'actes conservateurs et chirurgicaux. **Le reste à charge zéro s'appliquera en deux temps : sur les couronnes et bridges en 2020, puis sur les prothèses amovibles en résine à compter de 2021.**

Contenu du panier « 100% santé dentaire »

- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur dents visibles (incisives, canines, premières prémolaires), couronnes céramique monolithique zircon (incisives et canines), couronnes métalliques toute localisation.
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques toute localisation.
- Prothèses amovibles à base résine.

¹ Cette convention a été approuvée par l'arrêté du 20 août 2018.

² La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union dentaire.

Acte	Panier	Exemples de plafonds				
		1 ^{er} avril 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2021	1 ^{er} janvier 2022	1 ^{er} janvier 2023
Couronne céramo-métallique (incisives, canines, 1 ^{ères} prémolaires)	RAC 0	530	500	500	500	500
Couronne céramique monolithique en zircon (incisives, canines, prémolaires)	RAC 0	480	440	440	440	440
Bridge céramo-métallique	RAC 0	1 465	1 465	1 465	1 465	1 465
Couronne céramo-métallique (2 ^{èmes} prémolaires)	RAC modéré	Pas de Plafond	550	550	550	550
Prothèse amovible complète bi-maxillaire à base résine (dentier)	RAC 0	Pas de Plafond	Pas de Plafond	2 300	2 300	2 300
Inlay - Onlay composite	RAC modéré	Pas de Plafond	Pas de Plafond	350	350	350

Source : Cnam

D'après la Cnam, cet accord représente un investissement financier de **1,2 milliard sur 5 ans** :

- soit **717 millions d'euros à la charge de l'assurance maladie obligatoire (60 %)** et **505 millions d'euros des complémentaires (40 %)** ;

- soit 704 millions d'euros pour les revalorisations de soins courants, **371 millions d'euros d'amélioration des bases de remboursement** (dont 51 millions pour la prise en charge de soins jusqu'alors non remboursés, comme les bilans de gencive pour les patients diabétiques) et 108 millions pour les actions de prévention.

La convention prévoit le déclenchement, à partir de 2022, d'une clause de revoyure consistant à ouvrir la négociation d'un avenant « *en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers* » pour s'accorder sur des mesures d'ajustement.

• Les négociations avec les opticiens

Un **protocole d'accord** a été signé le **13 juin 2018** par deux des trois syndicats d'opticiens¹, représentant plus de 80 % de la profession.

Celui-ci prévoit la **mise en place d'offres de lunettes (montures et verres correcteurs) sans reste à charge à compter du 1^{er} janvier 2020**.

¹ Le rassemblement des opticiens de France (ROF) et le syndicat national des centres d'optique mutualistes (Synom). La fédération nationale des opticiens de France (FNOF) n'a pas signé.

Deux types d'offres coexisteront :

- le **panier « reste à charge zéro »** (classe A), basé sur la fixation de prix limites de vente par équipement, sur lesquels les tarifs de base de remboursement de la sécurité sociale¹ seront relevés. À titre d'exemple, pour un équipement avec verres simples au tarif médian de 290 euros (dont 135 euros de monture), le prix limite de vente sera de 105 euros ;

Contenu du panier « 100% santé optique »

- **Montures aux normes européennes**

Prix inférieur ou égal à **30 euros**

Au moins **17 modèles adultes** et **10 modèles enfants** en **deux coloris** différents proposés

- **Verres correcteurs pour l'ensemble des troubles visuels**

Amincissement selon la correction

Durcissement (anti-rayures) et traitement **antireflets**

- Prise en charge tous les deux ans (sauf raisons médicales)

- Dissociation possible entre les verres et montures de classe A et classe B

- le **marché libre** (classe B) sur lequel, en sens inverse, le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sera abaissé ; le plafond de prise en charge des montures par les complémentaires santé passerait en outre de 150 à 100 euros dans le cadre des contrats responsables.

Cet accord prévoit par ailleurs :

- de valoriser, en cas de renouvellement d'une ordonnance par l'opticien², une **prestation d'adaptation de la correction visuelle** après examen de réfraction, prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 10 euros pour un équipement du panier « 100 % santé » ;

- d'ouvrir une concertation avec les acteurs de la filière sur son organisation, l'évolution des formations et les rôles des différents acteurs, ainsi que sur la mise en place d'actions de dépistage de troubles visuels.

¹ Des avis de projets de fixation de tarifs et prix limites de vente au public en optique médicale ont été publiés au Journal Officiel le 21 juin 2018.

² En application d'un décret du 12 octobre 2016, les personnes âgées de 16 à 42 ans peuvent obtenir un renouvellement de leur équipement sans nouvelle ordonnance jusqu'à cinq ans après la prescription, s'il n'y a pas d'évolution significative de la vue.

• **Les négociations avec le secteur de l'audioprothèse**

Un **protocole d'accord** a été **signé le 13 juin 2018** par l'ensemble des représentants du secteur¹.

La réforme se mettra en place **progressivement à compter du 1^{er} janvier 2019, en vue d'une mise en œuvre du « 100% santé » sans reste à charge le 1^{er} janvier 2021.**

Deux types d'offres coexisteront : **l'une sans reste à charge et l'autre à prix libres.** Dans les deux cas, le tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale augmentera à compter du 1^{er} janvier 2019 et sera doublé d'ici 2021 (*cf.* tableau ci-après).

Pour la première catégorie, la montée en charge du dispositif sans reste à charge sera progressive :

- plafonnement des tarifs (ou prix limite de vente) à compter du 1^{er} janvier 2019, parallèlement au relèvement des tarifs de base de remboursement, permettant une meilleure prise en charge des équipements par l'assurance maladie obligatoire ;

- augmentation progressive des bases de remboursement par les organismes complémentaires à partir du 1^{er} janvier 2020.

Évolution des tarifs de base de remboursement de la sécurité sociale et des prix limites de vente sur le panier sans reste à charge (pour un adulte de plus de 20 ans)

(en euros TTC)

	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2021
Prix limite de vente	/	1 300	1 100	950
Tarif de base sécurité sociale	199.71	300	350	400
Différentiel de RAC avant intervention complémentaire*	/	- 260	- 490	- 680

Source : protocole d'accord pour le secteur de l'audioprothèse, juin 2018.

* Le différentiel de reste à charge est calculé par rapport à 2018 avant prise en charge par l'organisme complémentaire, sur la base d'un tarif par audioprothèse de 1 500 euros (soit un reste à charge de départ de 1 380 euros).

¹ Au titre des représentants des audioprothésistes : le syndicat national des audioprothésistes (Unsaf), le syndicat national des entreprises de l'audition (Synea) et le syndicat national des centres audition mutualistes (Synam) ; au titre des industriels, le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem).

Contenu du panier « 100 % santé audioprothèse »

- Tous types d'appareils : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire
- 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB
- 30 jours minimum d'essai avant achat
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération
- Prestations de suivi (au moins une fois par an) et 4 ans de garantie

Pour la seconde catégorie (marché libre), le protocole prévoit :

- une limitation de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le cadre des contrats responsables à 1 700 euros TTC ;
- des mécanismes de régulation si le prix médian de vente des équipements sur le marché libre dépasse un certain montant (en l'occurrence 1 600 euros), par l'application d'un prix limite de vente correcteur.

Pour les deux catégories, un mécanisme de régulation est par ailleurs prévu en cas de dépassement d'un certain seuil de ventes d'appareillages, ainsi qu'un nouvel examen de la nomenclature en 2020, notamment pour prendre en compte l'évolution technologique.

3. Les évolutions proposées par le projet de loi

a) La création de « classes » de produits ou prestations pouvant donner lieu à des modes de prise en charge différenciée

• Le **b** du **3°** du **I** complète l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale qui subordonne l'admission au remboursement des dispositifs médicaux, produits et prestations associés à l'inscription sur une liste (LPP), pour prévoir que cette liste peut **distinguer, au sein d'une même catégorie de produits, plusieurs classes**. Ces classes de produits, dont l'une au moins a vocation à faire l'objet d'une « prise en charge renforcée », sont **définies en fonction de deux critères** :

- le caractère primordial du service rendu ;
- le rapport entre ce service rendu et le tarif ou prix envisagé.

Ces critères visent à fixer la limite entre ce qui ressort de la prise en charge du besoin de santé au sens strict, et des options qui pourraient relever davantage du confort ou n'auraient pas fait l'objet d'études cliniques prouvant leur intérêt : d'après les indications transmises à votre rapporteur, c'est la raison pour laquelle le panier 100 % santé en optique n'intègre pas une option telle que le filtre lumière bleue notamment.

• Parallèlement, le 5° du I modifie l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale afin de prévoir la **possibilité de fixer des tarifs de responsabilité différenciés selon l'appartenance à ces différentes classes**.

Les « tarifs de responsabilité » des produits inscrits au remboursement correspondent à la base de leur prise en charge par l'assurance maladie. Ils sont **établis par convention** entre le fabricant ou distributeur et le comité économique des produits de santé (CEPS) ou, à défaut, par décision de ce comité.

Les modifications proposées emportent plusieurs conséquences :

- en premier lieu, « à la demande des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale », la fixation conventionnelle des tarifs pourra tenir compte de l'appartenance des produits aux différentes classes (a) ;

- en second lieu, les **tarifs de responsabilité** pourront être **minorés** - par convention ou, à défaut, décision du CEPS - pour les produits appartenant aux **classes autres que celles à prise en charge renforcée (b)**, voire **être fixés, à titre dérogatoire, par arrêté** des ministres concernés (c).

Cette disposition vise à permettre la différenciation des tarifs de remboursement par l'assurance maladie obligatoire prévue dans le cadre du **protocole d'accord en matière d'optique**.

En effet, dans le cadre du panier de soins « 100% santé » optique, les tarifs de base de la sécurité sociale seront relevés, de manière à prendre en charge environ 18 % du montant d'un équipement contre 4 % en moyenne aujourd'hui ; mais en dehors de ce panier, **sur le marché libre, l'assurance maladie obligatoire ne devrait plus prendre en charge que 60 % d'un tarif de base fixé à 0,05 euros pour les verres ou la monture¹**, soit 0,03 euros à compter du 1^{er} janvier 2020. D'après la direction de la sécurité sociale, l'intérêt de maintenir un remboursement de l'assurance maladie obligatoire, même à ce niveau modique, est de continuer à suivre le marché et la consommation de ces produits, dans le cadre du système national des données de santé (SNDS).

Ces dispositions entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2019 (A du III)**.

¹ Cf. avis de projet de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en optique médicale de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, paru au Journal Officiel du 21 juin 2018. Les tarifs de base oscillent aujourd'hui entre 2,29 et 9,45 euros pour des verres à simple foyer ; sur le panier « reste à charge zéro », ils oscilleront de 9,75 à 34,25 euros.

b) *L'obligation pour les distributeurs de proposer les offres « 100% santé » et d'évaluer la satisfaction des patients*

• Le 4° du I insère au sein du code de la sécurité sociale un **nouvel article L. 165-1-4**, dont les conditions d'application sont renvoyées à un décret en Conseil d'État, et qui prévoit la possibilité d'**imposer aux distributeurs ou fabricants** :

- de **proposer et de disposer des produits appartenant aux classes à prise en charge renforcée** ou offres « 100 % santé » ;

- de **participer à un dispositif d'évaluation** portant à la fois sur la qualité de la prise en charge et la satisfaction du patient, et la mise en œuvre conforme des offres « 100 % santé » (sous la forme d'un questionnaire évaluant l'accueil, la présentation et l'explication du devis, le choix et la qualité de l'équipement, etc.).

Par coordination, les dispositions en matière de recouvrement de l'indu applicables, dans les conditions prévues par l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, en cas d'inobservation des règles prévues par le même code sont étendues à l'activité de **distribution** (1° du I).

En cas d'inobservation de ces obligations, le fabricant ou distributeur pourra faire l'objet d'une **pénalité financière** prononcée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent ; le montant de cette pénalité dépend de la gravité ou du caractère réitéré du manquement, avec deux plafonds distincts, à 5% ou 10% du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France, en cas, respectivement, de non disposition des offres 100 % santé, et de non-participation au dispositif d'évaluation ou de non-respect des règles fixées en matière de devis.

Un distributeur pourra toutefois décider d'échapper à ces obligations, et donc de ne pas proposer des offres « 100% santé », sous réserve d'en informer les assurés selon des modalités appropriées, définies par décret. Dans ce cas, **aucun des produits distribués ne pourra toutefois être admis au remboursement**.

• Parallèlement, le 6° du I adapte les règles s'appliquant aux **devis normalisés** fournis par les audioprothésistes et les opticiens, telles que définies à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale. Il s'agit, outre des coordinations :

- de dissocier ce qui relève de la fourniture du produit d'une part et des prestations « indissociables » d'autre part ;

- de prévoir que ce devis doit **comporter au moins un équipement faisant l'objet d'une offre « 100% santé »**, « *sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé* ».

La non observation de ces règles pourra entraîner une pénalité financière (cf. ci-dessus).

Ces dispositions entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2019** (A du III).

c) L'adaptation en conséquence des contrats responsables

Le 7° du I modifie, par coordination, l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale portant sur les **contrats de complémentaire santé responsables et solidaires** : ces contrats, dont les conditions ont été renforcées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, devront proposer une prise en charge en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques, les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives, de manière à couvrir le reste à charge sur les offres du panier « 100 % santé ».

En application du **B** du III, **ces dispositions s'appliqueront aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020**. Les contrats individuels comme collectifs devront donc être rendus conformes à cette date pour continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux inhérents aux contrats responsables. Pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, prévus à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale¹, les partenaires sociaux auront l'année 2019 pour renégocier des accords adaptés aux nouvelles spécifications des contrats ; de même les décisions unilatérales de l'employeur (DUE) mettant en place une complémentaire santé dans l'entreprise devront être adaptées dans ce délai. Un décret en Conseil d'État modifiant le cahier des charges des contrats (panier minimal de soins) devrait être publié d'ici début 2019 pour laisser le temps aux ajustements nécessaires.

Il faut rappeler qu'une procédure simplifiée peut s'appliquer en cas de mise en conformité des contrats, individuels ou collectifs, avec le cahier des charges des contrats responsables : la modification proposée par l'organisme complémentaire est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur dans un délai de trente jours.

B. L'élargissement des examens bucco-dentaires de prévention aux enfants de trois ans (II)

Le II modifie le code de la santé publique pour **élargir les mesures de prévention bucco-dentaire en direction des enfants dès l'âge de trois ans**, intégrant ainsi une disposition prévue par les partenaires conventionnels dans la convention dentaire signée le 21 juin 2018².

¹ Introduit par l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Cette couverture obligatoire pour les salariés est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

² Cf. articles 9 et suivants.

Ces dispositions visent à renforcer la portée du **programme « M'T Dents » lancé par l'assurance maladie en 2007** pour les enfants à partir de six ans. Cet examen est suivi en moyenne par 34 % des enfants de 6 à 18 ans¹, avec un taux de recours décroissant avec l'âge.

Elles s'appuient sur des recommandations de la Haute Autorité de santé² et répondent aux **inégalités sociales** régulièrement mises en avant en matière de recours aux soins et de santé bucco-dentaire : ainsi, 8 % des enfants de cadres et 30 % des enfants d'ouvriers ont déjà eu au moins une carie à l'âge de 6 ans³.

- A l'heure actuelle, les dispositions relatives à ces examens de prévention, réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie, sont éclatées dans deux articles du code de la santé publique :

- l'article **L. 2132-2-1** prévoit deux examens obligatoires et gratuits pour les enfants, dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaires, dont la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre sont déterminées par accord conventionnel ;

- l'article **L. 2134-1**, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (article 75), a institué dans la loi d'autres examens de prévention sans caractère obligatoire explicite, dont trois déjà proposés par l'assurance maladie (à 9, 15 et 18 ans) et deux autres mis en place depuis le 1^{er} janvier 2018 pour les jeunes de 21 et 24 ans. Ces examens, comme les soins consécutifs éventuels, ne donnent pas lieu à contribution financière. Les modalités sont définies par convention ou, à défaut, par arrêté.

- Les 1^o et 2^o du **II** réunissent ces dispositions en un seul article, ce qui améliore leur cohérence et leur lisibilité, tout en apportant les modifications ou précisions suivantes :

- **un premier examen dans l'année qui suit le troisième anniversaire de l'enfant est ajouté** aux sept autres qui conservent une périodicité triennale jusqu'aux 25 ans de l'assuré ;

- **tous les examens portant sur des enfants mineurs sont rendus explicitement obligatoires** alors que ce n'était le cas jusqu'alors que de ceux réalisés à 6 et 12 ans ; ceux réalisés à partir de 18 ans conservent leur caractère non obligatoire ;

¹ D'après la direction générale de la santé, ce taux de recours pourrait toutefois être sous-évalué car il ne comprend pas les examens réalisés en milieu hospitalier et son suivi dépend par ailleurs de la bonne cotation de l'acte.

² La Haute Autorité de santé (HAS) recommande une visite de contrôle annuelle chez le chirurgien-dentiste pour les adultes comme pour les enfants, dès l'apparition des dents de lait.

³ « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », DREES, Etudes et résultats n° 847, juillet 2013.

- ces examens sont **pris en charge à 100 % de même que les soins consécutifs éventuels**¹ ce qui demeure mal connu ;

- **à défaut d'accord conventionnel**, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre des examens, ainsi que les conditions de prise en charge des soins consécutifs sont définies par **arrêté**. L'accord précité a défini le contenu de l'examen et l'a valorisé à 30 euros, hors radiographies éventuelles, facturées à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

• **Le coût de la création d'un examen pour les enfants de trois ans a été évalué par l'assurance maladie à 7,7 millions d'euros en 2019**. Cet examen devrait être proposé à compter de l'entrée en vigueur de la convention dentaire, à savoir le **1^{er} avril 2019**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article assorti de modifications rédactionnelles.

III - La position de la commission

• **La réforme engagée répond à un objectif essentiel : permettre l'accès à des soins coûteux, sans entrave financière**, afin de mettre fin à des comportements de renoncement aux soins susceptibles de se répercuter sur l'état général de santé des patients.

Votre rapporteur a souligné les inégalités sociales constatées en matière de soins dentaires, notamment chez les jeunes enfants. De nombreuses études ont mis en avant, en outre, l'impact des troubles auditifs sur la vie sociale et la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi sur le risque de développer des troubles cognitifs ou de démence.

À cet égard, il faut se réjouir d'une initiative des pouvoirs publics de reprendre la main sur une politique de modération des restes à charge que le précédent Gouvernement avait décidé de laisser à la main des organismes complémentaires en accompagnant le développement des réseaux de soins² qui peuvent induire, à cotisation égale, des remboursements différenciés selon que l'assuré consulte un professionnel partenaire ou non du réseau.

¹ D'après l'accord conventionnel précité, seuls les soins consécutifs correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, à l'exclusion des traitements orthodontiques et prothétiques, ont vocation à entrer dans ce dispositif.

² Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

- **Cette réforme appelle toutefois plusieurs observations.**

Tout d'abord, elle **laisse partiellement de côté les 5 % de nos concitoyens, parmi les publics les plus fragiles, qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire** puisque le « 100 % santé » repose sur un effort conjugué de l'assurance maladie de base et des organismes complémentaires. Ceux-ci bénéficieront toutefois du relèvement des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur certains produits.

Ensuite, elle **comporte des incertitudes quant à son coût réel, tant pour l'assurance maladie que pour les assurés**. Si le Gouvernement conteste tout impact de la réforme sur le montant des contrats de complémentaire santé, une récente étude¹, aux fondements certes discutés, a souligné un risque de hausse des primes notamment pour les seniors qui relèvent de contrats individuels. La vérité est sans doute entre les deux.

D'après les organismes complémentaires entendus par votre rapporteur, le coût global de la réforme devrait rester, en ce qui les concerne, relativement maîtrisable (de l'ordre de 150 à 200 millions d'euros, semblable à ce qu'a été l'impact du relèvement du forfait hospitalier en 2018), et **pourrait se traduire par une hausse modérée des cotisations sur les « petits contrats »** - notamment ceux assurant une prise en charge du seul ticket modérateur qui devront être mis à niveau - évaluée par la fédération nationale de la mutualité française **entre 4 et 5 % étalée sur trois ans**.

Toutefois, **l'équation financière de la réforme comporte de nombreuses inconnues** : sur son effet « volume » (combien d'assurés décideront de s'équiper ou de se faire soigner ?) et sur l'attractivité des paniers 100 % santé (quelle sera leur part dans les ventes ?). À cet égard, **le contenu qualitatif de ces offres et le comportement des professionnels seront des facteurs décisifs pour contenir les effets potentiellement déceptifs de cette réforme**. Sur le premier aspect, la HAS a rendu un avis sur les projets de nomenclature en optique et aide auditive qui mérite d'être pris en compte.

En outre, **la réforme soulève des inquiétudes quant à son impact économique**. C'est notamment le cas en **optique**, poste sur lequel des économies sont attendues. Des représentants des 180 sites de production installés en France, principalement dans l'Ain et le Jura, qui emploient plus de 9 000 salariés, ont exprimé des réserves.

¹ L'étude du cabinet de conseil en assurance santé Santiane.fr, publiée dans *Le Parisien-Aujourd'hui en France* le 22 octobre 2018, évaluée à 6,8% la hausse moyenne des tarifs des complémentaires au terme des trois ans de déploiement du dispositif.

La fixation d'un prix limite de vente des montures à 30 euros dans le panier 100 % santé et le plafonnement de leur prise en charge abaissé de 150 à 100 euros dans les contrats responsables (pour un prix moyen de 143 euros aujourd'hui), pourrait selon eux entraîner un accroissement des importations et une baisse de la qualité des équipements, au risque d'accentuer **une santé à deux vitesses** entre ceux qui pourront assumer des restes à charge importants - qui seront, en optique, plus élevés demain puisque les remboursements de l'assurance maladie obligatoire seront significativement abaissés en dehors des offres sans reste à charge - et les autres. La réforme pourrait aussi avoir un impact sur le **réseau des opticiens** et son maillage territorial.

Ces différentes raisons plaident pour un suivi fin et rigoureux de cette réforme, en liaison avec l'ensemble des acteurs concernés, pour bien en évaluer toutes les répercussions, alors que l'étude d'impact jointe au projet de loi est à cet égard peu étayée. Il apparaît également nécessaire de l'accompagner de mesures de prévention et de dépistage ainsi que d'une réflexion sur les compétences des professionnels des secteurs concernés et la diversification de leurs modes de rémunération. Le frein financier n'est en effet qu'un des motifs de renoncement aux soins. L'accès en lui-même aux soins, en particulier dans la filière visuelle compte tenu de la démographie des ophtalmologistes, en est un autre à prendre en compte.

• En conséquence, la commission a adopté un **amendement demandant l'établissement d'un premier bilan de la réforme transmis au Parlement** avant le 1^{er} janvier 2022, présentant son équilibre financier et son impact sur l'accès aux soins (amendement n° 78). Alors que va se mettre en place un comité de suivi associant les parties prenantes, il s'agira notamment d'avoir un retour documenté sur le taux d'option des patients pour les offres 100% santé et l'évolution des tarifs des contrats des complémentaires santé.

Elle a également adopté un **amendement visant à supprimer la possibilité ouverte aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de fixer unilatéralement les tarifs** des produits et prestations, dans le souci de privilégier, sur ce sujet comme en général, l'approche conventionnelle (amendement n° 76), et un autre visant à **limiter les restes à charge même choisis** des assurés dans le cadre des contrats responsables et solidaires (amendement n° 77).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

TITRE II

AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34

(art. L. 114-17-1, L. 142-3, L. 160-1, L. 160-3, L. 160-15, L. 162-1-21, L. 162-9, L. 162-16-7, L. 162-40, L. 165-6, L. 211-1, L. 752-4 ; L. 861-1 à L. 861-8, L. 861-10, L. 861-11 [nouveau], L. 862-1, L. 862-2, L. 862-4, L. 862-6, L. 862-7, L. 863-1, L. 863-7-1, L. 864-1, L. 864-2, L. 871-1 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 251-1 et L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 1110-3, L. 1511-1 et L. 6122-15 du code de la santé publique ; art. L. 1113-1 du code des transports ; art. 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle)

Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé

Objet : Cet article étend le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière, apporte des ajustements au dispositif et adapte le cadre de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux engagements du Président de la République pris dans le cadre de la **stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté**, présentée le 13 septembre 2018, cet article intègre le dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), permettant d'assurer une protection complémentaire santé aux personnes les plus modestes pour « moins de un euro par jour », et met en place le renouvellement automatique des droits à la CMU-C pour les allocataires du RSA.

D'autres dispositions encadrent les **conditions de prise en charge des frais de santé des retraités résidant à l'étranger** à l'occasion de séjours temporaires en France.

A. L'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS

1. Le cadre en vigueur

- Créée par la loi du 27 juillet 1999¹, la **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** offre aux plus modestes, résidant de manière stable et régulière en France depuis plus de trois mois, une complémentaire santé individuelle **gratuite** : le **plafond de ressources** est de **8 810 euros par an ou 734 euros par mois pour une personne seule** ; il est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer (soit 9 806 euros par an ou 817 euros par mois pour une personne seule).

Elle peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur une liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. Cette dernière option est retenue par moins de 10 % des bénéficiaires fin 2017 (15,6 % fin 2011).

Fin 2017, la CMU-C concerne **5,52 millions de bénéficiaires** pour un coût de 2,19 milliards d'euros².

- **L'aide à la complémentaire santé (ACS)**³, créée en 2004 pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C, permet aux personnes dont les revenus sont compris entre le plafond de ressources de la CMU-C et 135 % de ce plafond, soit **entre 8 810 et 11 894 euros par an ou entre 734 et 991 euros par mois pour une personne seule** (ce plafond est également majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer), de financer tout ou partie d'un contrat de complémentaire santé privé.

Plafonds de ressources pour bénéficier de la CMU-C et de l'ACS (France métropolitaine- au 1^{er} avril 2018)

(en euros)

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	8 810	734	11 894	991
2	13 215	1 101	17 841	1 487
3	15 858	1 322	21 409	1 784
4	18 501	1 542	24 977	2 081
5	22 026	1 835	29 735	2 478
Par personne en +	+ 3524,09	+ 293,67	+ 4757,52	+ 396,46

Source : Fonds CMU-C. Les moyennes mensuelles sont à titre indicatif

¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Les dispositions relatives à la CMU-C figurent aux articles L. 861-1 à 861-10 du code de la sécurité sociale.

² Fonds CMU, Rapport d'activité 2017.

³ Art. L. 863-1 à 863-7-1 du code de la sécurité sociale.

Le **montant annuel** de l'aide ou « chèque santé »¹ varie selon le nombre et l'âge au 1^{er} janvier de l'année des personnes composant le foyer, comme retracé dans le tableau suivant² :

Age du bénéficiaire ou des personnes composant le foyer	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 euros
16 - 49 ans	200 euros
50 - 59 ans	350 euros
60 ans et plus	550 euros

Depuis le 1^{er} juillet 2015, le choix des contrats se fait parmi onze offres homologuées, sélectionnées par l'État après **procédure de mise en concurrence**, proposant trois niveaux de garantie (A, B, C)³. Cette réforme a permis une baisse du prix moyen par contrat. Fin 2017, 40 % des bénéficiaires optent pour le contrat C, offrant le meilleur niveau de garanties, 37 % pour le contrat B et 23 % pour le contrat A.

Fin 2017, cette aide **bénéficie à 1,20 million de personnes** (en hausse de 21 % par rapport à fin mai 2015), pour un coût de 324 millions d'euros⁴.

Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

En millions de personnes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bénéficiaires de la CMU-C	4,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5	5,5
Bénéficiaires d'un contrat ACS	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

- **La CMU-C comme l'ACS n'ont pas un caractère obligatoire** : les personnes remplissant les conditions doivent en demander le bénéfice, ce qui induit un **taux élevé de non-recours** en raison notamment de la non-connaissance des dispositifs et de la complexité des démarches administratives à engager.

Comme le relève un rapport remis au Parlement en juillet 2018 concernant sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité⁵ :

- **entre 24 et 36 % des personnes qui seraient éligibles à la CMU-C n'y ont pas recours** (soit entre 1,5 et 2,8 millions de personnes) ;

¹ Cette aide prend en fait la forme d'un « crédit d'impôt » que l'organisme complémentaire déduit du montant dû au titre de la TSA, et qui vient abaisser le montant de la prime en conséquence.

² Ces montants sont fixés à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

³ 11 offres ont été sélectionnées (arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015).

⁴ Fonds CMU, Rapport d'activité 2017.

⁵ « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité », Philippe Denormandie, membre du conseil d'administration de la CNSA, et Marianne Cornu-Pauchet, directrice du Fonds CMU-C, rapport remis au Parlement en application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, juillet 2018.

- ce taux de non recours est évalué entre 49 à 64 % des personnes éligibles à l'ACS (soit entre 1 et 2,3 millions de personnes).

Pour l'ACS, l'un des facteurs de non recours est financier : les restes à charge demeurent importants pour des soins coûteux et, pour certaines populations, les montants de prime de contrat restant à payer demeurent prohibitifs. Les bénéficiaires de l'ACS participent encore en moyenne à hauteur de 38 % au paiement de leur prime de contrat, même si ce montant a diminué de 11 % environ depuis la réforme engagée en 2015 ; **en 2016, le reste à payer moyen sur le contrat C (offrant la meilleure protection) varie de 151 euros pour les 16-29 ans à 363 euros pour les 70-79 ans ou 481 euros pour les 80-89 ans.**

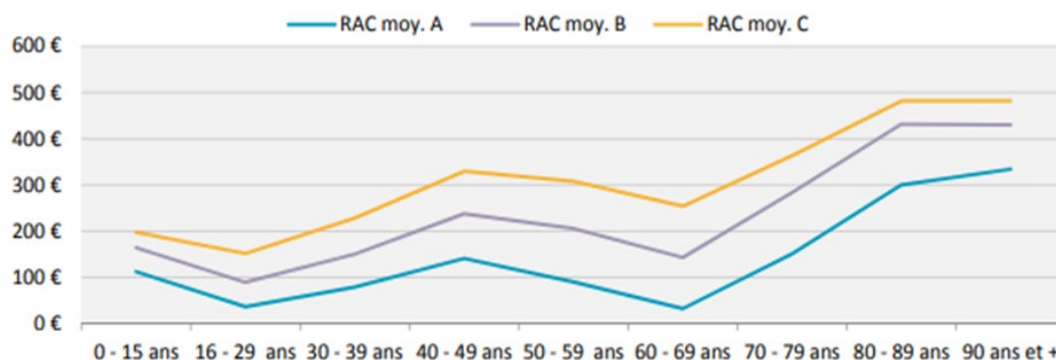
Ainsi, en 2017, près de 20 % des personnes ayant reçu une attestation ACS ne l'ont pas utilisée pour souscrire un contrat de complémentaire santé.

Coût et reste à charge moyens pour l'acquisition d'un contrat, par typologie, par les bénéficiaires de l'ACS

	A	B	C
Nombre personnes par contrat	1,78	1,69	1,47
Prix moyen par contrat	693 €	820 €	877 €
Prix moyen par personne	389 €	485 €	596 €
Montant déduction moyenne par contrat	508 €	514 €	490 €
RAC moyen par contrat	186 €	306 €	386 €
RAC moyen par personne	104 €	181 €	263 €
Taux RAC moyen par contrat	24,9%	36,5%	43,7%
Taux d'effort par foyer	1,5%	2,5%	3,4%

Source : Fonds CMU-C – Rapport d'activité 2017. La notion de « taux d'effort par foyer » correspond au rapport montant du reste à charge / montant des ressources

Évolution du reste à payer moyen, par tranche d'âge, sur les primes des contrats ACS couvrant une personne (situation au 31 décembre 2016)



Source : Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, Fonds CMU-C, octobre 2017

• Si les garanties offertes aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ont eu tendance à se rapprocher depuis la réforme de l'ACS intervenue en juillet 2015, des différences de prise en charge demeurent, notamment sur les soins qui présentent les restes à charge les plus élevés (dentaire, optique et audioprothèses ou autres dispositifs médicaux).

Les garanties offertes aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

CMU-C	ACS
100 % du ticket modérateur sur les soins de ville et hospitalier	100 % du ticket modérateur sur les soins de ville et hospitalier, <i>sauf sur les médicaments remboursés à 15 % et les cures thermales</i>
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier en établissement médico-social, sans limite de durée	Forfait journalier en établissement médico-social, dans la limite de 30 jours
Tarifs opposables (dépassements d'honoraires interdits sauf exceptions)	
Tiers payant intégral (dispense d'avance de frais pour les consultations)	
Participations forfaitaires et franchises médicales	
Soins dentaires prothétiques, optique et autres dispositifs médicaux (comme les audioprothèses) : Forfaits spécifiques de prise en charge définis par arrêté (« panier de soins CMU-C ») permettant une prise en charge intégrale sur la base de tarifs limites. Les professionnels doivent présenter des équipements à des prix inférieurs ou égaux à ces tarifs (sauf exceptions)	<i>Variable selon les contrats :</i> - <u>contrat A</u> : ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif sécurité sociale pour les prothèses dentaires ; - <u>contrat B</u> : 100 € pour lunettes à verres simples, 200 € pour lunettes à verres complexes et 225 % du tarif sécurité sociale pour les prothèses dentaires ; - <u>contrat C</u> : 150 € pour lunettes à verres simples, 350 € pour lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses Depuis le 1 ^{er} octobre 2017 : montant maximum de dépassement pour les soins de prothèse dentaire et d'orthodontie

De fait, si les contrats ACS garantissent une prise en charge quasi-intégrale des soins courants, des frais de médicaments ou d'hospitalisation, les restes à charge des assurés demeurent importants sur certains postes comme les prothèses dentaires ou auditives et l'optique.

Taux de couverture de la dépense totale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour les bénéficiaires de l'ACS, par type de contrat

	Contrat A	Contrat B	Contrat C
Soins courants	98 %		
Pharmacie	100 %		
Hospitalisation	98 %		99 %
Dentaire (soins courants, prothèses, orthodontie)	67 %	71 %	78 %
<i>Prothèses dentaires</i>	34 %	56 %	70 %
<i>Montant RAC sur prothèses dentaires</i>	432 €	341 €	329 €
Optique	15 %	64 %	77 %
<i>Montant RAC sur monture + verres complexes</i>	274 €	128 €	98 €
Appareillages	89 %	88 %	86 %
<i>Audioprothèses</i>	26 %	23 %	52 %

Source : Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, Fonds CMU-C, octobre 2017 (sur la base des retours par 10 groupements gestionnaires de l'ACS à l'enquête annuelle 2016)

2. Les évolutions proposées

a) La fusion de l'ACS et de la CMU-C à compter du 1^{er} novembre 2019

Cet article propose de **refondre les deux dispositifs en un seul en étendant la CMU-C aux actuels bénéficiaires de l'ACS, sans toutefois en modifier les principales caractéristiques.**

- Le 1^o du I modifie en ce sens l'article **L. 861-1** du code de la sécurité sociale fixant les **conditions d'accès** à la CMU-C pour les personnes travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière éligibles à la protection universelle maladie (PUMA).

Deux cas de figure seraient à présent distingués (*a* du 1^o) :

- **un droit sans contrepartie financière**, pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret, revalorisé au 1^{er} avril de chaque année et variable selon la composition du foyer. Cela correspond aux actuels bénéficiaires de la CMU-C, le Gouvernement n'envisageant pas de modifier ledit plafond de ressources ;

- **un droit conditionné à participation financière**, pour les personnes dont les ressources seraient inférieures au même plafond majoré de 35 %, ce qui correspond aux conditions actuelles pour bénéficier de l'ACS.

Cette réforme **permet d'aligner les garanties offertes aux actuels bénéficiaires de l'ACS sur celles attachées à la CMU-C.**

• La fusion de l'ACS et de la CMU-C entrerait en vigueur le **1^{er} novembre 2019** (4^o du VIII), le temps de permettre, dans l'intervalle, l'adaptation des procédures de gestion et des systèmes d'information.

Cette date se rapproche en outre de celle prévue pour le **renouvellement de la mise en concurrence** en vue de la sélection de contrats éligibles au dispositif ACS, qui devait intervenir d'ici la fin de l'année 2019 après avoir été repoussée d'une nouvelle année¹.

Plusieurs **dispositions transitoires** sont prévues :

- les attestations de droit à l'ACS délivrées avant le 1^{er} novembre 2019 - qui permettent l'attribution de l'aide à l'ouverture d'un contrat, dans un délai de six mois - seraient transformées en droits à CMU-C, sans réexamen de la situation financière de la personne (a du 4^o) ;

- les contrats en cours à cette date resteraient éligibles à l'ACS jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire (b du 4^o) ;

- à la demande de l'assuré et sur la base d'informations transmises par l'organisme gestionnaire de son contrat (calcul de la durée du droit restant à courir et de la participation correspondante à la nouvelle CMU-C), celui-ci pourrait soit résilier son contrat sans frais ni pénalité et solliciter le bénéfice de la nouvelle CMU-C pour la durée du droit restant à courir, soit conserver le bénéfice de son contrat ACS jusqu'à son terme (c du 4^o).

Il faut noter que s'appliqueront les dispositions de l'article 6-2 de la loi dite Évin du 31 décembre 1989², selon lesquelles les « primo » bénéficiaires de la CMU-C voient leur contrat de complémentaire santé souscrit auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'un institut de prévoyance requalifié en contrat de CMU-C auprès du même organisme, si celui-ci fait partie des gestionnaires de ce dispositif.

Par ailleurs, d'après les informations communiquées à votre rapporteur, les organismes complémentaires pourront proposer des options aux contrats CMU-C, par exemple en couverture prévoyance.

b) Les montants et modalités de la participation financière

Le 10^o du I introduit un **nouvel article L. 861-11** au sein du code de la sécurité sociale précisant les **modalités de la participation** requise pour les bénéficiaires correspondant à ceux de l'actuel dispositif d'ACS et les **conséquences en cas de non-paiement** de celle-ci.

¹ La première sélection, prévue pour une durée de trois ans, devait arriver à échéance le 1^{er} juillet 2018. Le décret n° 2017-1363 du 19 septembre 2017 a prorogé cette échéance jusqu'au 31 décembre 2018, afin de permettre un bilan de la première procédure de sélection et d'en tirer les enseignements. Cette date a été une nouvelle fois repoussée, jusqu'au 31 décembre 2019, par le décret n°2018-225 du 30 mars 2018 pour prendre en compte les nouvelles garanties du reste à charge zéro. Ce décret autorise néanmoins les organismes complémentaires proposant des contrats ACS à demander le retrait de leurs contrats de la liste de ceux sélectionnés à compter du 1^{er} janvier 2019.

² Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Ces dispositions ont été introduites au sein de cette loi par la loi du 27 juillet 1999 précitée instituant la couverture universelle maladie.

- Le montant de cette participation demeurerait **variable selon l'âge** de chaque bénéficiaire, progressive selon l'âge comme le sont les tarifs des complémentaires santé.

Alors que le montant du « chèque santé » par tranche d'âge est actuellement déterminé au niveau législatif, ce montant serait fixé par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale, sans toutefois pouvoir excéder **5 % du plafond de ressources de la CMU-C** pour une personne seule, soit **36,70 euros par mois** ou environ 440 euros par an.

Ces montants ne sont pas encore arrêtés par la direction de la sécurité sociale ; ils ne devraient dépasser **360 euros par an**, suivant la communication du Gouvernement mettant en avant une couverture complémentaire « inférieure à un euro par jour ».

Si le Gouvernement présente la réforme comme favorable aux personnes âgées, on peut noter que **le plafond de participation fixé par la loi dépasse le reste à payer moyen sur les contrats ACS « haut de gamme » des personnes âgées de 60 à 79 ans¹** ; toutefois, les garanties proposées seront parallèlement étendues et, par ailleurs, les données disponibles sur le reste à charge n'intègrent par la hausse des primes des contrats ACS qui était attendue à l'occasion du renouvellement de l'appel à concurrence. La détermination d'une participation par tranche d'âge permettra également d'uniformiser le coût de la protection complémentaire alors que les offres tarifaires mettent en évidence, en dépit de la réforme intervenue en 2015, des écarts de prix parfois conséquents, qui ont tendance à s'accroître avec l'âge.

- Parallèlement, cet article fixe le mécanisme relativement complexe - mais présenté comme plus protecteur que les règles de droit commun applicables à l'heure actuelle - déclenché **en cas de non-paiement de cette participation** « pendant une durée déterminée » qui pourrait correspondre à au moins deux échéances mensuelles d'après les indications communiquées à votre rapporteur.

Ce mécanisme se déroule en **plusieurs étapes** :

- le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire informe le bénéficiaire que le maintien de ses droits est subordonné à la « régularisation » de sa situation (en s'acquittant des participations dues) dans un délai fixé par décret en Conseil d'État (ce délai pourrait être de quinze jours à un mois selon les informations communiquées à votre rapporteur) ;

- à défaut de « régularisation », les **droits sont suspendus** par le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire ;

¹ Ce reste à charge est, à fin 2016, de 253 euros pour les 60-69 ans et 363 euros pour les 70-79 ans (s'agissant des contrats C couvrant une personne seule).

- une fois les droits suspendus, ceux-ci peuvent être rétablis le premier jour du mois suivant le paiement de l'ensemble des participations non acquittées affectées d'une **majoration forfaitaire** de retard ; est également abandonné, dans ce cas, le recouvrement des frais de santé indûment pris en charge pendant la période de suspension des droits ;

- en l'absence de paiement des sommes dues dans un délai fixé par décret (qui pourrait être d'un mois), il est **mis fin aux droits** attribués initialement pour une période d'un an. Cette décision relèverait du directeur de l'organisme d'assurance maladie obligatoire.

Les conditions d'application de ces dispositions sont renvoyées à un décret en Conseil d'État.

- Le 9° du I prévoit par ailleurs la possibilité, pour les organismes gestionnaires, en cas de fraude, d'obtenir le remboursement de la participation non acquittée au-delà des prestations versées à tort.

c) Le renouvellement automatique du droit à la protection complémentaire pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA

Le dernier alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale prévoit à l'heure actuelle que les droits reconnus en matière de CMU-C sont attribués pour une période d'**un an renouvelable**.

- Le e du 5° du I complète ces dispositions pour prévoir un **renouvellement automatique** des droits pour les personnes suivantes :

- les **bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)**. Ceux-ci sont réputés satisfaire aux conditions d'ouverture des droits à la CMU-C aux termes de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, sans étude complémentaire de leurs ressources¹. Ils doivent néanmoins en faire la demande : parmi les bénéficiaires de la PUMa, le taux de recours des allocataires du RSA à la CMU-C serait de 78 % (soit 1,27 million de bénéficiaires de la PUMa et du RSA ayant fait valoir leur droit à la CMU-C, qui représentent 26,1 % des effectifs de la CMU-C)² ;

- les **bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)** ou de l'une des allocations maintenues par l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse³. Ces allocataires **ont déjà droit au renouvellement automatique de l'ACS** depuis la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁴.

¹ Le montant du RSA est de 550,93 euros par mois pour une personne seule, soit inférieur au plafond de 734 euros de la CMU-C.

² D'après le rapport d'activité 2017 du fonds CMU-C.

³ Allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation aux vieux travailleurs non salariés, secours viager, allocation aux mères de famille, allocation spéciale vieillesse et sa majoration, allocation viagère des rapatriés, allocation de vieillesse agricole ou allocation supplémentaire.

⁴ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015. Ces dispositions figurent à l'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale.

Le montant de leur participation éventuelle à la nouvelle CMU-C sera déterminé annuellement, à chaque renouvellement.

• Aux termes des 2° et 4° du VIII, ces dispositions s'appliqueraient à compter du 1^{er} avril 2019 pour les bénéficiaires du RSA et du 1^{er} novembre 2019 pour les autres allocataires qui bénéficient déjà du renouvellement automatique de l'ACS.

d) Les conséquences financières de la réforme

• Le 12° du I adapte les dispositions de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale sur les dépenses du « fonds CMU-C ».

Ce fonds assure à l'heure actuelle le remboursement aux organismes gestionnaires¹ :

- pour les bénéficiaires de la CMU-C, le remboursement, auparavant forfaitaire, correspond, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, au **montant réel des dépenses de santé** prises en charge par ces organismes, **dans la limite d'un plafond par bénéficiaire** (fixé par arrêté à 415 euros en 2017) ; cela correspond à une dépense de 2,2 milliards d'euros en 2017, soit un coût moyen par bénéficiaire de 403 euros², inférieur, globalement, au plafond ;

- pour les bénéficiaires de l'ACS, le remboursement correspond aux crédits d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, à hauteur de 324 millions d'euros soit 309 euros en moyenne par bénéficiaire ; contrairement à la CMU-C, ce montant de l'aide ne reflète pas le montant des dépenses engagées pour la prise en charge de leurs frais de santé. Le fonds CMU-C note que **les contrats ACS sont globalement en déséquilibre**, avec un ratio « charges de prestations/cotisations nettes » de 102,3 % en 2016³.

Par cohérence avec la réforme proposée, il est proposé que le fonds assure désormais, **pour l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, le remboursement « au réel » des dépenses de santé** prises en charge par les organismes gestionnaires, selon des modalités renvoyées à un décret. Est **supprimé** en parallèle le **plafonnement** des dépenses prises en charge à hauteur d'un forfait par bénéficiaire : ce dispositif peut s'avérer en effet défavorable aux organismes ou régimes présentant un portefeuille réduit de bénéficiaires CMU-C (c'est ainsi le cas en 2017 du régime social des marins pour lequel le coût moyen est de 455 euros par bénéficiaire, soit supérieur au forfait de 415 euros)⁴.

¹ Concrètement, pour les organismes complémentaires, la prise en charge ne prend pas la forme d'un remboursement par le fonds CMU-C mais prend la forme d'une déduction des montants correspondants du montant dû au titre de la TSA.

² Rapport d'activité 2017 du fonds CMU-C.

³ D'après le rapport annuel du fonds CMU-C sur l'ACS, octobre 2017. Ce déséquilibre repose essentiellement sur le contrat C, le plus choisi et offrant les meilleures garanties, pour lequel le ratio s'établit à 106,5 %.

⁴ D'après les données du rapport d'activité 2017 du fonds CMU-C.

Pour les bénéficiaires de la nouvelle CMU-C contributive, les dépenses prises en charge seront minorées du montant de cette participation mais **majorées de frais de gestion**¹, sur la base d'un coefficient fixé par arrêté pris après avis de l'Unocam.

- Le **13°** du **I** vise à **exclure la participation** financière due, sous condition de ressources, par les bénéficiaires de la CMU-C **de la taxe de solidarité additionnelle (TSA)** qui s'applique, au taux de 13,27 %, aux contrats d'assurance maladie complémentaire en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Les contrats ACS sont à l'heure actuelle assujettis à cette taxe : la réforme entraînera donc une **moindre recette évaluée à 85 millions d'euros**.

Une **fraction de la TSA** (à hauteur de 2,77 milliards d'euros en 2017) est affectée au fonds CMU-C pour le financement de la CMU-C et de l'ACS et représente désormais 100 % de ses recettes ; le solde est reversé à la caisse nationale d'assurance maladie.

- Le **14°** du **I** précise que lorsque le montant de TSA collecté est inférieur à celui qui avait été imputé, le versement de la différence aux organismes complémentaires est assuré non par le fonds CMU-C mais par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), soit un ajustement à la pratique (qui incombe en fait à l'Urssaf de Paris).

- Globalement, **le Gouvernement évalue l'impact en année pleine de la réforme, en surcoût de dépenses, à 75 millions d'euros en 2020** (160 millions d'euros en incluant la perte de recette de TSA), incluant 15 millions d'euros d'impact du renouvellement automatique des droits pour les seuls bénéficiaires du RSA, et une hypothèse d'amélioration du taux de recours de 3 points pour les anciens éligibles à l'ACS. Avec une même hypothèse de hausse du taux de recours de 3 points par an, l'impact en dépenses serait en 2022 de 135 millions d'euros.

e) Les autres précisions ou coordinations

Diverses dispositions de cet article relèvent soit de mesures de pure coordination soit de précisions soit d'ajustements visant à mettre en conformité les textes avec la pratique.

- Le **c** du **1°** et le **c** du **5°** visent à **confier directement aux directeurs des caisses d'assurance maladie la responsabilité d'octroi ou de refus de la CMU-C**, qui leur est aujourd'hui déléguée par les préfets. Ces dispositions entreraient en vigueur au **1^{er} janvier 2019 (1° du VIII)**.

¹ En 2016, d'après la Drees (rapport au Parlement pour 2017 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé), l'ensemble des charges de gestion des organismes complémentaires représente 20 % des cotisations collectées hors taxes. Les sociétés d'assurance ont les charges de gestion relatives les plus élevées (23 % des cotisations), devant les mutuelles (20 %) et les institutions de prévoyance (15 %).

Le **IV** procède, à la même date, au **transfert similaire de compétences**, du préfet au directeur des caisses d'assurance maladie qui peut aujourd'hui l'exercer par délégation, **en ce qui concerne l'admission à l'aide médicale d'État (AME)**. Il modifie en ce sens l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles.

- Suivant la pratique, la **demande** de protection complémentaire au titre de la CMU-C est **centralisée** par l'organisme qui la reçoit ; elle est valable pour l'ensemble des personnes du foyer même lorsque celles-ci relèvent d'un autre organisme gestionnaire (*a* du 5° du I).

- **La CMU-C demeurerait gérée soit par les organismes d'assurance maladie, soit par des organismes complémentaires** (mutuelles, sociétés d'assurance, instituts de prévoyance) volontaires établissant à cette fin une déclaration en application de l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale et figurant sur une liste diffusée aux services sociaux et organismes gestionnaires des prestations sociales (**4° du I**). La tenue et la diffusion de cette liste est explicitement confiée au directeur du fonds CMU-C (**7° du I**). Les organismes pourraient en être retirés s'ils ne satisfont pas aux **exigences renforcées en matière de connaissance et de suivi des bénéficiaires**.

En effet, le **15° du I** modifie l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale pour compléter les informations que doivent communiquer les organismes assurant la gestion de la CMU-C, notamment avec les données relatives aux bénéficiaires - nombre, âge, etc. - et aux participations versées. Le contenu du rapport annuel présenté par le fonds CMU-C est complété dans le même sens. Sa date de remise au Parlement est reportée du 15 septembre au 15 novembre.

- D'autres mesures procèdent à **des précisions rédactionnelles ou coordinations diverses**.

Le *d* du 5° du I transfère à l'article L. 861-5 les dispositions relatives à la **date de prise d'effet** de la protection complémentaire figurant à l'article L. 861-6, qu'il est proposé d'abroger (**6°**), en précisant que celle-ci est conditionnée à la transmission des éléments nécessaires au paiement de la participation financière éventuelle. La situation est la même en cas d'adhésion à un organisme complémentaire (**8°**).

Le « service en charge du revenu de solidarité active », habilité à aider les demandeurs dans leurs démarches, est remplacé par le terme plus générique d'« organismes chargés des prestations sociales et familiales » (**b** du 5° du I).

Les *b* et *d* du 1°, les 2° et 3° du I ainsi que les 1° à 3°, 5° à 10°, 13° et 14° du II procèdent à diverses **clarifications** ou **coordinations** au sein du code de la sécurité sociale liées à la fusion de l'ACS et de la CMU-C.

Il en est de même des **11°** et **12°** du **II** et du **III** qui procèdent à des **coordinations** au sein respectivement du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime, pour tirer les conséquences du transfert de l'attribution de la CMU-C aux caisses d'assurance maladie pour le régime général et aux caisses de mutualité sociale agricole pour le régime social agricole, du **V** modifiant diverses dispositions du code de la santé publique ou du **VI** modifiant, également à droit constant, un article du code des transports.

- Enfin, le **VII** modifie l'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, pour prévoir la présentation au Parlement des **rapports d'évaluation** de la loi **tous les quatre ans** et non plus tous les deux ans. *De facto*, la dernière édition de ce rapport date de 2016 et l'édition précédente était datée de 2013.

f) La suppression de la sélection de contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans

Le **16°** du **I** supprime les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'ACS, par coordination, mais également les **articles L. 864-1 et 864-2** de ce code introduisant une mise en concurrence pour la sélection de contrats de complémentaire santé pour les plus de 65 ans.

Votre commission s'était opposée à la mise en place de ce dispositif par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, en l'absence d'utilité sociale bien établie. Des mécanismes de mutualisation des risques existent déjà et sont les seuls à même de faire baisser le montant des primes d'assurance pour les *seniors*. De fait, **ce dispositif n'a jamais trouvé à s'appliquer**. Sa suppression n'emporte donc pas de conséquences pratiques.

B. Les modalités de prise en charge des frais de santé de personnes résidant à l'étranger

- L'article **L. 160-3** du code de la sécurité sociale a été créé par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 instituant la protection maladie universelle (PUMa).

Il prévoit que les **frais de santé - inopinés ou programmés - encourus lors de séjours temporaires en France par des pensionnés vivant à l'étranger peuvent être pris en charge** alors même que les conditions de travail ou de résidence ne sont pas remplies. Ces dispositions concernent notamment les titulaires d'une pension de retraite, d'une pension de réversion ou d'une pension d'invalidité servie par un régime de base français ainsi que les titulaires d'une rente ou allocation AT-MP.

La mise en place de la PUMa a conduit à supprimer, inopinément, la condition de durée minimale de cotisation au régime obligatoire français de quinze années qui s'appliquait jusqu'alors aux retraités de nationalité étrangère, qui ne pouvaient par ailleurs bénéficier que de la prise en charge des soins non programmés¹.

¹ Ces dispositions figuraient à l'article L. 161-25-3 du code de la sécurité sociale, abrogé lors de la mise en place de la PUMa.

Dans un **rapport sur la mobilité internationale des Français** remis au Premier ministre en juin 2018, la députée Anne Genetet relève que la superposition des dispositions de droit interne et de celles relevant du droit européen¹ ou international², qui permettent la continuité de la protection sociale des retraités et de leurs ayants droit lors d'un séjour temporaire en France, « *se sont superposés sans que leur articulation fasse l'objet d'une réflexion approfondie. Il en résulte notamment que l'Assurance maladie peut se retrouver dans la situation de rembourser le même soin deux fois pendant la même année : à l'affilié et au système d'assurance maladie de son pays de résidence.* » Elle rappelle par ailleurs que dans les faits, « *dans l'attente d'une clarification législative* » qui n'a finalement pu intervenir plus tôt, les retraités non-résidents de nationalité étrangère ayant moins de quinze ans de cotisation n'ont pas été prélevés de la « cotAM » - à savoir la cotisation d'assurance maladie sur les revenus d'activité ou de remplacement des non-résidents fiscaux, affiliés de ce fait au régime d'assurance maladie français - et la Cnam n'a pas communiqué sur les droits ouverts.

Ce même rapport évalue à environ 9 à 10 % les personnes recevant une pension de retraite de source française établies hors de France. La « cotAM » serait acquittée par plus de 375 000 retraités du régime général et la consommation de soins de retraités lors de séjours temporaires en France serait d'environ 3 millions d'euros.

• **Les modifications proposées par cet article tendent à préciser l'articulation des dispositions en vigueur avec les règlements européens ou conventions internationales de sécurité sociale.**

La prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires s'appliquerait seulement lorsque ces règlements ou conventions attribuent à la France la charge d'assurer exclusivement la couverture des personnes en cas de maladie ; à défaut de tel règlement ou convention, la prise en charge s'appliquerait **sous réserve que la pension - quelle que soit la nationalité de son titulaire - rémunère une durée d'assurance d'au moins quinze ans.** Cela correspond à la durée minimale de cotisations qui s'appliquait avant la PUMa aux retraités étrangers non-résidents.

¹ L'article 27, paragraphe 2, et l'annexe IV du règlement européen de coordination en matière de sécurité sociale n°883/2004 accordent aux pensionnés non-résidents percevant une retraite française le droit supplémentaire de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé lors d'un séjour temporaire en France pour des soins inopinés ou programmés.

² Des conventions bilatérales de sécurité sociale lient la France à 41 États et territoires en dehors de l'espace européen. Lorsqu'une convention bilatérale de sécurité sociale prévoit le remboursement par la France des frais de santé sur forfait individuel annuel, celui-ci vient se cumuler à la prise en charge sur facture de la consommation de soins lors d'un séjour temporaire.

Cette évolution répond à une préconisation du rapport précité sur la mobilité internationale des Français, considérant « *que l'ouverture d'un droit à bénéficiaire de la prise en charge des soins effectués lors d'un séjour temporaire en France doit correspondre à une durée de cotisation suffisante afin que la solidarité nationale dont bénéficient certains retraités non-résidents pour la prise en charge de leurs soins lors d'un séjour temporaire soit mise en cohérence avec l'effort de contribution.* » D'après ce rapport, le centre national des retraités de France à l'étranger (Cnarefe) aurait répondu favorablement à la demande de prise en charge de soins en France d'environ 200 retraités entrant dans ce cas de figure (pensionnés percevant une retraite française pour une durée de cotisation de moins de quinze ans, résidant dans un pays dont la convention bilatérale de sécurité sociale ne prévoit pas la prise en charge de leurs soins en France) entre le 26 décembre 2016 et le 11 mai 2018.

Parallèlement, **il est proposé d'étendre aux enfants mineurs à charge, n'exerçant pas d'activité professionnelle, le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé** lors de leurs séjours temporaires en France, ce qui n'était pas prévu pour les retraités de nationalité étrangère avant la PUMa.

La rédaction proposée supprime, en outre, le fait le subordonner à un contrôle la prise en charge des frais d'hospitalisation, disposition restée inapplicable à défaut de publication du décret prévu, ainsi que les dispositions relatives aux soins reçus à l'étranger, redondantes par rapport aux règlements européens ou conventions internationales.

• Le 3° du VIII prévoit l'entrée en vigueur de ces dispositions à compter du **1^{er} juillet 2019**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des modifications ou précisions rédactionnelles, l'Assemblée nationale a adopté cet article sous réserve de deux ajustements :

- le premier, à l'initiative du **Gouvernement**, pour tenir compte de la couverture complémentaire obligatoire particulière aux **régimes d'Alsace-Moselle** : le montant de la contribution financière à la CMU-C pourra être adapté - en l'occurrence réduit - pour les bénéficiaires de ces régimes locaux (salariés et retraités du régime général et du régime agricole) ;

- le second afin de **supprimer**, pour les bénéficiaires de la CMU-C contributive n'ayant pas acquitté leur participation financière, l'application d'une **majoration forfaitaire de retard** en sus de l'exigence de paiement des mensualités dues (amendements présentés par des députés des groupes Les Républicains, Socialistes et Gauche démocrate et républicaine).

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de simplification portée par cette réforme. La superposition de deux dispositifs aux logiques et modes de fonctionnement distincts, sur des tranches de revenus assez proches, constitue une source de complexité superfétatoire, aux effets dissuasifs pour les bénéficiaires potentiels de l'aide à la complémentaire santé.

Cette réforme permet d'**aligner les garanties** offertes aux assurés éligibles à l'ACS sur le panier de soins plus protecteur de la CMU-C. Ces garanties devront d'ailleurs **être revues pour correspondre aux paniers de soins 100 % santé** définis dans le cadre de la réforme du reste à charge zéro engagée par l'article 33, puisqu'il ne saurait être question de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C, contributive ou non, une protection moindre que celles des autres assurés. A cet égard, votre rapporteur note que cet impact n'a pas été pris en compte dans les évaluations jointes au PLFSS ou dans les négociations conduites en amont avec les chirurgiens-dentistes.

Suivant le même objectif que la réforme engagée, d'autres points de vigilance sont à souligner : la **complexité** des démarches administratives constitue également un frein dans l'accès aux droits ; les réflexions sur les partages des données entre les opérateurs pour identifier les personnes éligibles, de même que sur une simplification des procédures, restent encore à creuser, dans le prolongement, notamment, des préconisations du rapport précité sur l'accès aux soins et aux droits des personnes précaires.

La commission a adopté un **amendement visant à avancer le rétablissement des droits des personnes** lorsqu'elles s'acquittent avec retard de leur participation financière (amendement n° 79).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 35

(art. 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte)

Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

Objet : Cet article prévoit, au bénéfice des assurés sociaux mahorais, une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur sur les soins de ville, sous conditions de ressources.

I - Le dispositif proposé

A. L'objectif de la mesure : lever les freins financiers à l'accès aux soins de ville pour permettre leur développement sur le territoire mahorais

• **La population mahoraise est couverte depuis 2003 par un régime spécial d'assurance maladie**, financé par la Cnam sur la base de la solidarité nationale, et qui n'inclut ni CMU, ni AME.

L'affiliation à ce régime se fait sur condition de résidence régulière, et n'est pas subordonnée au versement de cotisations par les bénéficiaires.

Les assurés mahorais bénéficient **d'une prise en charge hospitalière à 100 %**, y compris pour les consultations. En revanche, les soins de ville sont pris en charge dans les conditions de droit commun, avec application du ticket modérateur : celui-ci est défini par l'article 20-2 de l'ordonnance de 1996¹ qui régit l'organisation des soins à Mayotte comme « *une participation aux tarifs servant de base au calcul des prestations* » maladie. La participation forfaitaire au sens du régime général comme les franchises ne sont cependant pas applicables dans le département, qui n'est par ailleurs couvert ni par la CMU, ni par la CMU-c.

• Ainsi que l'indiquait le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur la situation sanitaire des populations de l'Océan Indien², **ces modalités de couverture maladie participent en partie du déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire mahorais**, le centre hospitalier de Mayotte (CHM) assurant l'essentiel des prises en charge tandis que l'offre libérale de ville est quasiment inexistante dans le département. L'étude d'impact indique ainsi que seuls 21 généralistes, 6 spécialistes et 13 chirurgiens-dentistes sont en exercice pour l'ensemble de l'île.

Selon votre commission, **c'est en effet « en large part à l'absence de solvabilisation de l'offre libérale par la couverture maladie que tient son faible développement. »** Alors que les soins hospitaliers sont entièrement gratuits, **le recours à un praticien de ville suppose l'acquittement par les assurés sociaux du ticket modérateur, dont le montant est trop élevé pour la plupart des Mahorais.**

• Partant du même constat, l'étude d'impact relève que cette situation conduit à un engorgement du CHM, qui entraîne d'importantes difficultés d'accès aux soins pour les assurés sociaux.

L'enjeu est donc de mettre en place une solvabilisation des assurés sociaux mahorais pour les soins de ville permettant à la fois de mieux garantir l'accès aux soins et d'encourager au développement d'une offre de soins en dehors du CHM.

L'article 20-11 de l'ordonnance de 1996 comporte déjà un dispositif en ce sens : il prévoit la possibilité pour l'Etat de prendre en charge le ticket modérateur en tout ou partie pour les assurés sociaux sous conditions de ressources. L'évaluation préalable annexée au présent article indique cependant que ce dispositif, qui ouvre une prise en charge à hauteur de 50 % du ticket modérateur, est apparu peu attractif en comparaison de la gratuité des soins hospitaliers, et n'a concerné qu'un nombre réduit de bénéficiaires avant d'être abandonné.

¹ Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte.

² « Promouvoir l'excellence sanitaire française dans l'Océan Indien », rapport d'information n° 738 (2015-2016) de MM. Alain Milon, Gilbert Barbier, Mmes Laurence Cohen, Chantal Deseyne et M. Jean-Louis Tourenne, fait au nom de la commission des affaires sociales, 29 juin 2016.

B. La mesure proposée: une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur sur les soins de ville sous conditions de ressources

• Il est en conséquence proposé de modifier cet article 20-11 pour prévoir une gratuité intégrale des soins de ville pour les assurés les plus modestes (**paragraphe I** du présent article). Cette évolution constitue la traduction législative de la mesure n° 14 du plan d'action du Gouvernement pour l'avenir des Mahorais, annoncé en 2018.

Cette gratuité est rédigée sous la forme d'une prise en charge intégrale de la participation prévue par l'article 20-2 de l'ordonnance, qui sera désormais assurée par l'assurance maladie.

Elle bénéficiera **aux assurés sociaux dont les ressources sont inférieures à 50 % du plafond d'éligibilité à la CMU-C pour l'outre-mer**. Selon l'étude d'impact, ce plafond permettrait de couvrir « *près de la moitié des assurés de l'île* ».

Il est par ailleurs précisé dans l'évaluation préalable que la mise en œuvre de ce dispositif sera « *simplifiée en gestion* ». Le respect de la condition de ressources sera examiné par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CCSM) sur la base des documents d'imposition des bénéficiaires, ce qui constituera un dossier sensiblement allégé par rapport à celui nécessaire à une demande de CMU-C. Les assurés éligibles se verront remettre un bon d'exonération valable un an qui pourra être présenté aux professionnels libéraux.

• Le **paragraphe II** prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} mai 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission des affaires sociales **observe avec satisfaction le dispositif proposé**, qui va dans le sens des conclusions formulées dans le cadre de son rapport précité sur la situation sanitaire des populations de l'Océan Indien.

La mesure proposée **va cependant moins loin que les préconisations formulées par ses rapporteurs**, qui souhaitent que le bénéfice de la CMU-C puisse être rapidement étendu aux assurés sociaux mahorais.

L'étude d'impact indique sur ce point, qui a fait l'objet de fortes préoccupations et demandes de la part des autorités publiques et politiques¹, que **cette solution n'est pas envisageable à court terme**. Le déploiement de la CMU-C suppose en effet la satisfaction de plusieurs conditions préalables qui ne sont pas remplies à ce jour dans le département, parmi lesquelles la présence d'un état civil fiable et d'une base de numéros de sécurité sociale (NIR) certifiée ainsi que le déploiement de la carte Vitale. Le dossier de demande de la prestation suppose par ailleurs la production de nombreuses pièces administratives, ce qui pourrait mettre en difficulté les assurés comme les capacités de gestion de la CCSM. L'évaluation préalable relève en conséquence que la mise en place de la CMU-C dans les conditions actuelles *« aurait pour résultat de complexifier l'accès aux soins de la population mahoraise à rebours de l'objectif visé »*.

La mesure n° 14 précitée du plan d'action gouvernemental prévoit cependant que **la CMU-C sera déployée sur le territoire mahorais à partir de 2022**.

Votre commission relève par ailleurs que la mesure proposée **ne règle pas la situation des patients en situation irrégulière sur le territoire**, qui ne bénéficient pas de l'AME et contribuent à l'engorgement du CHM.

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

¹ On pourra notamment se reporter à la question écrite n° 22613 en date du 7 juillet 2016, adressée au ministère des affaires sociales par notre collègue Thani Mohamed Soilihi.

Article 36

(art. L. 169-14 [nouveau] du code de la sécurité sociale ;
art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977
portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon
de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ;
art. 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996
relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie,
maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale
à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte)

**Gestion et financement des dispositifs
de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie**

Objet : Cet article permet la mise en œuvre de mesures de prise en charge dérogatoires aux règles de prise en charge de droit commun afin de faciliter l'accès des assurés aux soins ou aux actes de prévention en cas de situations sanitaires exceptionnelles.

I - Le dispositif proposé

A. Un dispositif réglementaire et financier insuffisant pour faire face aux situations d'urgence sanitaire

La loi prévoit, à l'heure actuelle, un certain nombre de dispositifs en vue de répondre à des situations d'urgence sanitaire :

- la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur¹ permet la constitution d'un « *corps de réserve sanitaire* » ;

- les articles L. 3110-1 à L. 3110-10 du code de la santé publique précisent les conditions de mise en œuvre de mesures d'urgence destinées à faire face à des menaces sanitaires graves, dont les **plans blancs d'établissement** et l'institution d'un **fonds de financement des plans de préparation aux menaces sanitaires graves et de réponse aux situations d'urgence sanitaire**. Les plans blancs des établissements hospitaliers s'insèrent ainsi dans le dispositif ORSAN², lequel peut également inclure des campagnes de vaccination pour faire face à une épidémie ou une pandémie sur le territoire national ;

- l'article L. 3131-1 du code de la santé publique prévoit qu'« *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.* »

¹ Et son décret d'application n° 2007-1273 du 27 août 2007.

² Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.

Néanmoins, compte tenu de la multiplication des situations exceptionnelles susceptibles d'engendrer un risque grave et anormal pour l'état de santé des assurés¹, la **permanence des soins**, en particulier pour les personnes les plus vulnérables, suppose de permettre, selon la situation, une prise en charge dérogatoire des règles de droit commun afin de garantir un accès sans frein et rapide aux soins et aux actes de prévention.

Dans la période récente, des dispositifs dérogatoires de prise en charge des frais de santé à la charge des assurés ont été mis en place afin de faire face aux épidémies de Zika et de chikungunya, mais, selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, « *les dispositifs mis en place jusqu'alors reposent sur un **cadre juridique non sécurisé**, sur la base de lettres ministérielles, sans mode de financement préétabli. Aussi, une sécurisation tant juridique que financière doit être recherchée, dans un souci de bonne gestion des finances publiques mais aussi de plus grande réactivité lors de la survenue de tels incidents.* »

À titre d'exemple, face au risque posé pour les femmes enceintes par l'épidémie de Zika, l'assurance maladie a mis en œuvre des règles de prise en charge spécifiques, sans pour autant s'appuyer sur une base réglementaire clairement définie.

L'exemple des mesures dérogatoires de prise en charge des femmes enceintes exposées au virus Zika

- ***La prise en charge des frais de santé des femmes enceintes***

Une échographie, en plus de celles qui sont habituellement recommandées pour le suivi de la grossesse, est désormais préconisée. Elle doit être réalisée entre la 26^e et la 28^e semaine d'aménorrhée.

En cas d'exposition au virus Zika, la femme enceinte est exonérée du ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 euros en cas d'hospitalisation.

Elle bénéficie du tiers payant dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie pour les frais indiqués ci-dessous :

- une échographie supplémentaire entre la 26^e et la 28^e semaine d'aménorrhée ;

- les analyses de biologie à effectuer au moment de l'accouchement et les consultations médicales dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CDPDPN) dans les cas de détection d'anomalies ;

- les examens sérologiques d'infection par le virus Zika réalisés pendant toute la durée de la grossesse.

Cette prise en charge spécifique est applicable jusqu'au 31 décembre 2018.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

¹ Épidémies de Zika, de chikungunya, de dengue, contamination par le coronavirus, grippe H1N1, accidents industriels, attaques terroristes...

• *Les modalités de prise en charge des femmes infectées*

La prise en charge des femmes infectées est réalisée de la manière suivante : dès que l'assurée déclare sa grossesse, sa caisse générale de sécurité sociale (CGSS) lui adresse une attestation de prise en charge à présenter aux professionnels de santé ou aux établissements de santé.

Sur présentation de l'attestation de prise en charge, la patiente n'a rien à régler et le professionnel de santé ou l'établissement sera remboursé directement par sa caisse d'assurance maladie.

Source : Ameli.fr

Selon les données de l'étude d'impact annexée au projet de loi, la prise en charge du ticket modérateur des traitements anti-douleurs prescrits dans le cadre de l'infection par le virus chikungunya a représenté un coût de 1,5 million d'euros en 2014. La prise en charge du ticket modérateur des examens de dépistage pour les femmes enceintes résidant dans des territoires touchés par l'épidémie de Zika en 2016 et 2017 a représenté un coût de 2,8 millions d'euros.

B. Des modalités de prise en charge dérogatoires afin de faire face à des situations sanitaires exceptionnelles

L'article 36 du présent projet de loi tend à insérer, dans le code de la santé publique, un nouveau chapitre consacré à la prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle. Constitué d'un article unique L. 169-14, il prévoit la possibilité, dans des conditions définies par décret pour une durée limitée ne pouvant dépasser une année, de mettre en place des règles de prise en charge renforcée dérogatoires aux règles de droit commun susceptibles de porter, en fonction de la situation sanitaire considérée, sur :

- la participation de l'assuré au titre du **ticket modérateur**¹, la **participation forfaitaire** de l'assuré d'un euro pour toute consultation ou acte médical² et la **franchise**³ à la charge de l'assuré pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;

- la prise en charge par l'assurance maladie des **dépassements d'honoraires** pour les actes et prestations⁴ ;

- la prise en charge par l'assurance maladie des **dépassements tarifaires** sur les dispositifs médicaux⁵ et les prothèses dentaires¹ ;

¹ Premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, dont la participation forfaitaire de 18 euros pour certains actes lourds dont le tarif est au moins égal à 120 euros.

² Premier alinéa du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

³ Premier alinéa du III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Inscrits sur la liste des actes et prestations (LAP) prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

- le **forfait journalier hospitalier**² ;

- les conditions dans lesquelles est limitée à certaines situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

- les conditions et délais pour bénéficier des indemnités journalières, notamment le délai de carence préalable à leur versement et les délais d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse de mutualité sociale agricole du certificat d'arrêt de travail et de notification de l'employeur.

La nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre de ces dérogations, limitées aux actes et prestations directement en lien avec le risque concerné, seront définis par décret.

Il est en outre précisé que le **financement de ces dispositifs de prise en charge dérogatoire entre dans le champ des dépenses relevant de l'Ondam**. L'hypothèse financière établie par l'étude d'impact annexée au projet de loi s'élève à **deux millions d'euros par an**.

Enfin, l'article 36 du présent projet de loi étend ces dispositions à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon et au département de Mayotte.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de son rapporteur général à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite de la sécurisation de la base juridique et du financement de mesures de prise en charge dérogatoires des assurés face à des menaces sanitaires graves. Elle s'interroge néanmoins sur les moyens qui seront consacrés à des mesures d'urgence complémentaires autres que la prise en charge des frais de santé des assurés, notamment le **développement de thérapeutiques et de vaccins**. Jusqu'ici, les actions de ce type en réponse à une situation d'urgence sanitaire ont été réalisées **à moyens constants et ont pesé sur la capacité de financement de certains opérateurs sanitaires**.

À titre d'exemple, l'**institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)** a été fortement mobilisé dans le cadre de la réponse à apporter aux épidémies de Zika et d'Ebola. L'institut pilote ainsi un projet de recherche sur le virus Zika et des crédits Ondam ont été utilisés pour financer une cohorte permettant de suivre les bébés nés avec une malformation congénitale.

¹ Liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

² Art. L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Dans la réponse à l'épidémie d'Ebola, l'Inserm est intervenu dans l'amélioration du diagnostic et des traitements ainsi que dans la mise au point de vaccins. Dans sa gestion de la crise liée au virus Ebola, il a ainsi été amené à **prélever 7,4 millions d'euros sur sa réserve budgétaire**, notamment pour l'organisation d'essais cliniques en Guinée de deux molécules.

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

Article 36 bis (nouveau)

(art. L. 169-2 du code de la sécurité sociale)

Conditions d'ouverture du droit à invalidité pour les victimes de terrorisme

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à exonérer les victimes de terrorisme, pour le bénéfice du droit à invalidité, des conditions de durée d'affiliation et de durée minimale ou de salaire minimum cotisés sur les douze derniers mois précédant l'interruption de travail.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par amendement du Gouvernement, modifie l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser que ne sont pas applicables aux victimes de terrorisme, pour bénéficier d'une pension d'invalidité, les conditions mentionnées à l'article L. 341-2 du même code, à savoir :

- une **durée minimale d'affiliation** ;

- au cours d'une période de référence, soit d'un **montant minimum de cotisations** fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un **nombre minimum d'heures de travail**.

À l'appui de cette exonération, le Gouvernement rappelle que ces conditions ont pu constituer un **élément bloquant** pour les victimes des attentats survenus en 2015 et 2016 dans leur passage en invalidité à l'expiration de leur droit aux indemnités journalières.

II - La position de la commission

Le Gouvernement a indiqué, en séance publique à l'Assemblée nationale, qu'à la suite des attentats de l'année 2015, ont été mis en place au profit des victimes des dispositifs dérogatoires de prise en charge des soins et d'accès aux droits aux prestations de l'assurance maladie, notamment des indemnités journalières au titre d'arrêts de travail, y compris lorsque les conditions d'ouverture des droits n'étaient pas remplies.

L'exonération prévue par le présent article complète ces dispositifs dérogatoires afin de faciliter l'admission des victimes de terrorisme au droit à pension d'invalidité, ce dont se félicite votre commission.

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

CHAPITRE II

Renforcer la prévention

Article 37

(art. L. 2132-2 et L. 2421-1 du code de la santé publique ;
art. L. 160-9, L. 160-14 et L. 162-1-22 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans

Objet : Cet article relève de 6 à 18 ans l'âge en-dessous duquel les enfants bénéficient d'examens de prévention et prévoit la couverture des dépenses correspondantes par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

A. Les examens obligatoires dans le suivi médical de l'enfant

• Aux termes de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, « les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires ». Le nombre et le contenu de ces examens ainsi que l'âge auquel ils doivent intervenir sont définis par voie réglementaire. En application de l'article R. 2132-1 du même code, 20 examens médicaux¹ sont ainsi obligatoires² et ont pour objet :

- la surveillance de la croissance staturo-pondérale (évolution du poids et de la taille en fonction de l'âge) et du développement physique ;
- la surveillance du développement psychomoteur ;
- la surveillance affective de l'enfant ;
- le dépistage précoce des anomalies ou déficiences ;
- la pratique des vaccinations.

¹ Dont 9 au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du 9^e ou 10^e mois, 3 du 13^e au 25^e mois dont un au cours du 24^e mois ou du 25^e mois, et à 2 par an pour les quatre années suivantes.

² Aucune disposition ne vient sanctionner le non suivi de ces examens mais leur prise en charge intégrale par la protection sociale sans avance de frais est censée viser la systématisation de leur réalisation.

• Ces examens sont aujourd'hui **intégralement pris en charge par la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité sans avance de frais**, en application des articles L. 160-9 et L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale.

B. Les recommandations du Haut Conseil de la santé publique

• Dans son avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant du 25 mai 2016, le Haut Conseil de la santé publique a formulé des recommandations sur les âges-clés des examens de santé des jeunes de moins de 18 ans. Il a ainsi édité une grille des âges-clés de consultations médicales qui restent au nombre de 20 mais sont redéployés jusqu'à l'âge de 18 ans, au lieu de six ans actuellement.

**Les âges-clés des examens de santé de 0 à 18 ans
proposés par le Haut Conseil de la santé publique**

- Avant la sortie de la maternité : une consultation donnant lieu à l'établissement du premier certificat de santé ;
- Au cours de la deuxième semaine : une consultation médicale systématiquement proposée ;
- Principe d'une consultation mensuelle jusqu'à 6 mois :
 - à M1, M2, M4, et M6 : consultation qui devra être faite par un médecin ;
 - à M3 et M5 : consultation qui pourrait être faite par une infirmière diplômée d'État puéricultrice ;
 - à M9, M11, M12, M18 et M24 : consultation qui devra être faite par un médecin ;
- Certificats de santé des 9^e et 24^e mois (le nouveau calendrier vaccinal en vigueur comporte un rendez-vous vaccinal à M11 et entre M16 et M18) ;
- Au-delà de 2 ans, il est bon de consulter chaque année le médecin de l'enfant. Certains âges bénéficient d'examen systématiquement pris en charge ;
- À 3 ans (ou au cours de la 4^e année) : consultation qui pourra être faite par un médecin scolaire ou un médecin de protection maternelle et infantile (PMI), ou par le médecin de l'enfant ;
- À 6 ans (ou au cours de la 6^e année) : consultation faite par un médecin de PMI ou par le médecin scolaire ou par le médecin de l'enfant et utilisant les items de la visite de 6 ans du carnet de santé ;
- À 8 ans (ou au cours de la 8^e année) ;
- À 11-13 ans (en plus de la visite de dépistage infirmier en 6^e) ;
- À 15-16 ans.

Pour ces trois derniers examens, la consultation sera faite par le médecin scolaire ou par le médecin de l'enfant. Ils auront pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage des anomalies ou déficiences (sensorielles, notamment visuelles et auditives) et la pratique des vaccinations.

Source : Avis du Haut Conseil de la santé publique du 25 mai 2016 et étude d'impact annexée au projet de loi

B. Les modifications proposées par le projet de loi

Conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique, l'article 37 du présent projet de loi modifie l'article L. 2132-2 du code de la santé publique afin de relever de 6 à 18 ans l'âge en-dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens médicaux.

Il modifie également plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale pour prévoir le financement intégral des dépenses associées par l'assurance maladie en inscrivant ces examens sur la liste des soins pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur, les frais de santé des examens réalisés au cours des 12 premiers jours de l'enfant restant pris en charge par le risque maternité. Il insère en outre, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-1-22 qui prévoit la dispense d'avance de frais pour ces examens en rendant obligatoire la facturation par le professionnel de santé des consultations réalisées après les 12 premiers jours de l'enfant en tiers payant.

L'étude d'impact annexée au projet de loi évalue le surcoût de cette mesure à 6,5 millions d'euros au total pour l'assurance maladie, qui serait réparti entre 2019 et 2028.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de son rapporteur général à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à la réalisation sur la période de 8 à 18 ans de trois examens médicaux obligatoires, jusqu'ici effectués avant 6 ans : ces examens devraient en particulier permettre d'améliorer le suivi des jeunes dans leur croissance, de prévenir et mieux corriger les déficiences visuelles et auditives, de sensibiliser à la prévention des infections sexuellement transmissibles et de renforcer la couverture vaccinale.

Afin d'améliorer le **suivi de la santé tout au long de la vie**, votre commission invite le Gouvernement à examiner la mise en place d'un **carnet de santé et de vaccination électronique** à chaque naissance, les jeunes adultes ne disposant souvent plus de leur carnet de santé et n'ayant plus la mémoire de leur parcours de vaccination. Cette proposition avait déjà été formulée par notre ancien collègue Georges Labazée dans son rapport d'information sur la politique vaccinale de la France en 2013¹.

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

¹ Rapport d'information n° 351 (2012-2013) de M. Georges Labazée, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 13 février 2013.

Article 38

(art. L. 137-27 et L. 221-1-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

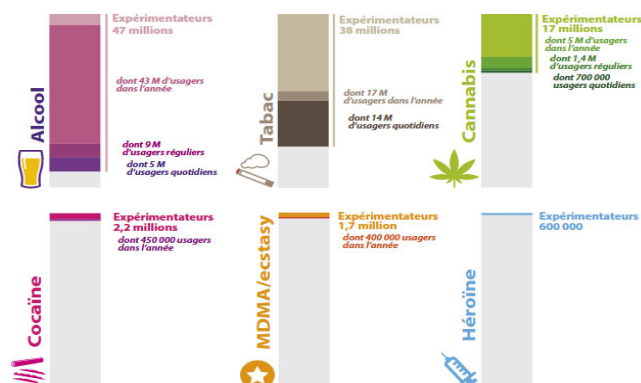
Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**Objet : Cet article élargit le périmètre du fonds de lutte contre le tabac aux addictions liées aux substances psychoactives.****I - Le dispositif proposé**

L'article 38 du présent projet de loi introduit, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 221-1-4 instituant un **fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**. Ce fonds se substitue au fonds de prévention et de lutte contre le tabagisme, créé en application de l'article L. 137-27 du même code.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « une substance psychoactive s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. » Sont ainsi classées substances psychoactives des substances licites, telles que le tabac, l'alcool et certains médicaments psychotropes, et des substances illicites, telles que des drogues et stupéfiants (cocaïne, héroïne, ecstasy, cannabis...).

Selon les dernières données chiffrées publiées par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en juin 2017¹, 14 millions de personnes, âgées de 11 à 75 ans, fument du tabac tous les jours et 9 millions consomment de l'alcool plus de dix fois par mois.

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans



Sources : Baromètre santé 2016 et 2014 (SPF), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2015 (OFDT), HBSC 2014 (service du rectorat de Toulouse)
 En France, le nombre d'individus de 11-75 ans est d'environ 50,7 millions en 2017. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

¹ <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/donnees-2017/addictions-drogues-sante-publique-donnees-recentes.html>

Selon les données communiquées par le Gouvernement, la consommation de substances psychoactives serait responsable en France de plus de 120 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 600 000 par cancers. Les consommations de tabac et d'alcool interviennent ainsi dans environ 30 % des cas de mortalité prématurée. La mortalité associée au tabac et à l'alcool reste aujourd'hui importante : la consommation de tabac est responsable de près de 73 000 décès annuels et celle d'alcool de près de 49 000 décès.

Dans ce contexte, l'article 38 du présent projet de loi propose d'élargir le périmètre de l'actuel fonds de lutte contre le tabac à l'ensemble des addictions liées à la consommation de substances psychoactives afin de renforcer les actions de prévention conduites dans ce cadre, notamment les consultations de jeunes consommateurs prévues par le **plan « La Priorité Prévention »** présenté le 26 mars 2018 en comité interministériel pour la santé.

Comme c'était le cas pour le fonds de lutte contre le tabac, ce nouveau fonds bénéficiera du produit de la **contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac** prévue aux articles L. 137-27 à L. 137-29 du code de la sécurité sociale. En outre, selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, la fraction de TVA affectée à la Cnam, qui assurera le secrétariat de ce fonds, inclura un montant équivalent au produit attendu en 2019 des **amendes « stupéfiants » forfaitaires** qui devraient être mises en place par le projet de loi de programmation pour la justice afin de sanctionner la **consommation de cannabis**.

Selon les informations transmises à votre commission par le Gouvernement, le montant de la contribution des fournisseurs de produits de tabac devrait être en diminution en 2019 par rapport à 2018, compte tenu de la baisse attendue de la consommation en lien avec la hausse de fiscalité sur les produits du tabac. Dans la mesure où le produit des amendes « stupéfiants » ne peut être affecté directement à la sécurité sociale en raison d'une contrainte organique générale portant sur les produits d'amendes, le Gouvernement a prévu d'ajuster la clé de TVA affectée à la sécurité sociale à la hausse pour un montant de 10 millions d'euros au titre du rendement anticipé de cette amende.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixera, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements octroyés par ce fonds. Un rapport annuel public détaillera les mesures et actions nationales et territoriales financées au titre du fonds.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement tendant à identifier dans ce fonds une section spécifique retraçant les actions à destination de l'outre-mer.

III - La position de la commission

Selon les informations transmises à votre commission par le Gouvernement, la création du fonds de lutte contre le tabac, encore récente¹, a permis de consacrer près de 100 millions d'euros à la lutte contre le tabagisme en 2018, contre 30 millions d'euros seulement mobilisés en 2017.

Votre commission partage l'objectif poursuivi par le Gouvernement de renforcer la politique de prévention contre les addictions liées aux substances psychoactives. Elle estime néanmoins que devrait être posée, à l'avenir, la question de l'inclusion dans le périmètre du fonds des **additions comportementales** ne découlant pas de la consommation de substances psychoactives, en particulier l'**addiction aux jeux vidéo**, les dépendances sexuelles mais également l'exposition aux écrans chez les jeunes ou encore les troubles alimentaires. Selon une étude de l'OFDT de décembre 2014, « un élève sur huit aurait un usage problématique des jeux vidéo »².

Des financements sont en effet mobilisés pour la prévention des addictions comportementales mais dans le cadre de **dispositifs aujourd'hui fragmentés**, parmi lesquels : le programme 204 de la mission « Santé », la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) dans le cadre du programme 129 de la mission « Direction de l'action du Gouvernement », et le fonds d'intervention régional (Fir) qui permet de financer les actions des agences régionales de santé en matière de prévention des comportements à risque notamment en lien avec les addictions au niveau régional. L'insertion de ces actions au sein d'un fonds permettrait de renforcer la cohérence de notre politique publique dans ce domaine.

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

¹ Le fonds a été institué le 1^{er} janvier 2017, après la publication du décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 portant création d'un fonds de lutte contre le tabac.

² OFDT, « Écrans et jeux vidéo à l'adolescence », Tendances, n° 97, décembre 2014.

Article 38 bis (nouveau)

Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir la remise au Parlement au plus tard le 1^{er} juin 2019 d'un rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions et à leur effet sur l'évolution des conduites addictives.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement de sa commission des affaires sociales, a été adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement. Il prévoit la remise au Parlement au plus tard le 1^{er} juin 2019 d'un rapport évaluant **l'efficacité des dépenses de prévention dans la lutte contre les addictions**, notamment contre l'alcoolisme. Ce rapport est présenté par ses auteurs notamment comme un moyen de réexaminer les modes d'intervention et de financement des politiques de lutte contre les addictions, dont en particulier la fiscalité applicable aux substances psychoactives (tabac et alcool).

En effet, notre collègue députée, Audrey Dufeu Schubert, auteure de cet amendement, avait déposé un amendement portant article additionnel après l'article 9 du projet de loi et tendant à instituer une taxe sur les dépenses publicitaires liées à l'alcool.

II - La position de la commission

Votre commission estime cette demande de rapport redondante car les informations recherchées pourront être obtenues par d'autres moyens. D'une part, l'article 38 prévoit d'ores et déjà qu'un arrêté fixera, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués, les montants et la destination des sommes distribuées. D'autre part, la ministre des solidarités et de la santé a indiqué en séance publique à l'Assemblée nationale qu'un rapport d'activité du fonds de lutte contre les addictions liées à la consommation de substances psychoactives serait publié tous les ans¹. Ce rapport annuel devrait logiquement évaluer l'efficacité des actions de prévention conduites dans ce cadre.

Enfin, ces données pourront être approfondies, le cas échéant, dans le cadre de travaux d'évaluation et de contrôle engagés par le Parlement.

Votre commission a ainsi adopté un amendement de suppression de l'article 38 *bis* (amendement n° 80).

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Troisième séance du 26 octobre 2018 : « Son activité fera chaque année l'objet d'un rapport public pour présenter l'utilisation des crédits. »

Article 39

(art. L. 4161-1 et L. 5125-1-1 A du code de la santé publique ;
art. L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)

**Généralisation de l'expérimentation
portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens**

Objet : Cet article inscrit la vaccination dans la liste des compétences des pharmaciens et prévoit sa tarification dans le cadre de la négociation conventionnelle.

I - Le dispositif proposé

• L'article 66 de la LFSS pour 2017, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale, a autorisé les ARS à expérimenter l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes, le financement de cette possibilité étant assuré par le fonds d'intervention régional (Fir).

Cette mesure a été expérimentée par les régions Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine pour la campagne vaccinale 2017-2018. Selon l'étude d'impact, le bilan de cette première mise en œuvre peut être considéré comme positif, selon les critères de l'adhésion des pharmaciens (5 000 pharmaciens exerçant dans 2 696 pharmacies, soit 57 % des pharmacies des deux régions, ont participé à l'expérimentation) et de la satisfaction des 160 000 personnes vaccinées (majoritairement âgées de plus de 65 ans).

• Il est en conséquence proposé de **généraliser la vaccination antigrippale par les pharmaciens et de l'inscrire dans le droit commun du code de la santé publique.**

Cette généralisation suppose en premier lieu **d'exclure la vaccination par le pharmacien du champ de l'exercice illégal de la médecine**, défini par l'article L. 4161-1 du code de la santé publique : c'est l'objet du **paragraphe I** du présent article.

Le **1°** du **paragraphe II** inscrit ensuite **la vaccination dans la liste des compétences reconnues aux pharmaciens d'officine** par l'article L. 5125-1-1 A, pour les seules vaccinations qui figureront sur une liste établie par arrêté du ministre de la santé après avis de la HAS¹. Les conditions d'application de cette compétence nouvelle sont par ailleurs renvoyées à un décret en Conseil d'État par le **2°**.

¹ Selon les informations transmises par la HAS, cette liste pourra comprendre des vaccinations non obligatoires, telles que les vaccinations du voyageur.

Les pharmaciens deviennent ainsi professionnels de santé vaccinateurs aux côtés des médecins, des sages-femmes et des infirmiers. Seuls les médecins ont cependant compétence générale pour la prescription et l'administration de l'ensemble des vaccinations disponibles.

Le 2° du **paragraphe III** règle la question du financement de cette nouvelle compétence en **inscrivant la tarification des vaccinations effectuées par les pharmaciens dans la liste des sujets faisant l'objet de négociations conventionnelles entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie**, fixée par l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale. La réalisation des vaccinations par les pharmaciens donnera donc lieu à la facturation d'honoraires aux patients.

La liste et conditions de ces vaccins faisant l'objet d'une tarification seront fixées par un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Les 1° et 3° du même paragraphe procèdent à des coordinations dans le même article.

Le **quatrième paragraphe** prévoit que l'ensemble de ces dispositions **entrera en vigueur à compter du 1^{er} mars 2019**, et précise que les expérimentations conduites sur le fondement de la LFSS pour 2017 prendront fin à la même date. La compétence nouvelle de vaccination des pharmaciens ne sera donc pas applicable pour la prochaine campagne de vaccination antigrippale; l'étude d'impact précise cependant que l'expérimentation sera étendue à l'Occitanie et aux Hauts-de-France pour la campagne 2018/2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de son rapporteur général, **un amendement rédactionnel** à cet article.

III - La position de la commission

- **Votre commission des affaires sociales regarde avec satisfaction la généralisation de cette expérimentation, dont elle avait approuvé le principe lors de l'examen de la LFSS pour 2017.** Ainsi qu'elle l'avait alors relevé, l'extension aux pharmaciens de la possibilité d'administrer le vaccin antigrippal est de nature à renforcer la sensibilisation des populations-cibles aux enjeux de la vaccination.

- Votre rapporteure souhaite cependant **apporter un tempérament à l'appréciation du bilan de l'expérimentation** conduite au cours de la dernière campagne vaccinale, dans la mesure où **elle n'a pas eu d'effet significatif sur la couverture vaccinale relevée dans les deux régions concernées.** Selon l'étude d'impact, ce résultat s'explique en partie par l'exclusion de la primo-vaccination du champ de l'expérimentation.

Selon les informations fournies par la DGS, cette nuance devrait être prise en compte dans la poursuite du déploiement de la vaccination par les pharmaciens. Si son périmètre reste limité à la vaccination antigrippale pour la campagne 2018-2019, **sa cible est élargie à l'ensemble des adultes majeurs**, y compris les personnes vaccinées pour la première fois et les femmes enceintes (à l'exception cependant de ceux présentant des antécédents allergiques).

Cet élargissement a été réalisé sur le fondement d'un avis rendu par la HAS en juillet dernier¹, qui soulignait l'absence de tout argument scientifique à l'appui d'un traitement spécifique de la primovaccination pour la définition des compétences vaccinales des différents professionnels de santé. La Haute Autorité recommande en ce sens « *que la vaccination puisse être proposée et réalisée par les sages-femmes, infirmiers et, à ce stade, par les pharmaciens participant à l'expérimentation, sans prescription préalable d'un médecin, à tous les individus de plus de 18 ans dès lors qu'ils sont éligibles aux recommandations vaccinales* ».

- Votre commission souligne par ailleurs que **le principal obstacle à l'amélioration de la couverture vaccinale semble aujourd'hui résider dans le manque de confiance de la population dans la vaccination, plus que dans l'insuffisance du nombre des vacinateurs disponibles.**

- Elle appelle enfin de ses vœux la mise en œuvre rapide d'une mesure pragmatique de nature à contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale : afin tout à la fois de renforcer l'efficacité de l'incitation vaccinale et de simplifier le parcours de soins des patients, elle souhaite **autoriser les médecins généralistes à disposer d'un stock de vaccins dans leur cabinet.**

Cette proposition correspond à l'une des 25 mesures-phares du plan Priorité Prévention présenté par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé lors du comité interministériel de la santé du 26 mars 2018. Cette mesure, qui vise à « *simplifier le parcours vaccinal pour les usagers en garantissant une offre de vaccination, de proximité, accessible* », comprend notamment l'expérimentation de la mise à disposition de stocks de vaccins dans les cabinets de ville.

L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, adopté dans les mêmes termes par le Sénat et l'Assemblée nationale, avait prévu l'expérimentation de la détention par les médecins généralistes d'un stock de vaccins antigrippaux au sein de leur cabinet. La mesure avait cependant été censurée par le Conseil constitutionnel² en raison de son lien trop indirect avec texte.

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

¹ Haute Autorité de santé (HAS), *Recommandation vaccinale sur l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe saisonnière*, juillet 2018.

² Décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016.

Article 39 bis (nouveau)

**Soutien au développement de la vaccination
contre les infections liées aux papillomavirus humains**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre l'expérimentation, pour une durée de trois ans dans les régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, du financement par le fonds d'intervention régional d'actions auprès des professionnels de santé et des établissements de santé en faveur du développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Jean-Louis Touraine et plusieurs de ses collègues du groupe La République en marche, en dépit de l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Il ouvre la possibilité à l'État d'expérimenter, sur une période de trois ans et dans les régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) « *des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.* »

Les auteurs de l'amendement soulignent la **faible couverture vaccinale en France** contre ce risque, à hauteur de seulement 20 % chez les jeunes filles, en comparaison d'autres pays, dont l'Australie où 80 % des jeunes filles et 75 % des garçons de moins de 15 ans sont vaccinés. La couverture vaccinale dépasserait même les 80 % dans les pays d'Europe du Nord.

Ce retard peut s'expliquer en partie par les craintes de la population française concernant des événements indésirables attribués dans les médias et les réseaux sociaux à cette vaccination. Le Haut Conseil de la santé publique considère pourtant qu'aucune étude, avec un recul de plus de sept ans, ne permet d'établir de lien de causalité entre ce vaccin et les événements indésirables déclarés en France.

II - La position de la commission

Compte tenu de l'enjeu de santé publique qui s'attache à la protection des jeunes contre ce virus (développement de cancers du col de l'utérus chez les femmes, cancers ORL et de l'anus chez les femmes et les hommes, cancers uro-génitaux, condylomes...), votre commission souscrit à l'idée d'expérimenter la mise en place de campagnes de sensibilisation des professionnels de santé et des établissements de santé sur la nécessité de la vaccination contre le HPV, notamment *via* des **actions de formation des professionnels de santé et des campagnes de communication et de soutien à la vaccination auprès des établissements de santé.**

Dans son rapport d'information sur la politique vaccinale de 2013, notre ancien collègue Georges Labazée avait déjà insisté sur la nécessité réduire « *le décalage entre la perception de la vaccination par ceux qui la pratiquent et la population générale* »¹. Le **renforcement de l'éducation à la vaccination** devient d'autant plus urgent que les discours des « anti-vaccins » rencontrent un écho grandissant sur Internet et les réseaux sociaux.

Votre commission recommande donc de coordonner les actions conduites dans le cadre de l'expérimentation proposée par le présent article avec les campagnes d'éducation à la santé et de vaccination déployées en milieu scolaire par la médecine scolaire et au niveau des centres médico-sociaux scolaires. Les **actions de formation à destination des médecins et infirmiers intervenant en établissement scolaire** doivent notamment permettre de développer l'éducation à la santé auprès des jeunes, tant sur les enjeux de la vaccination que de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Cette expérimentation doit ainsi s'appuyer sur une collaboration étroite avec **Santé publique France**, qui a intégré depuis 2016 l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et qui, en application de l'article D. 1417-17 du code de la santé publique, arrête tous les cinq ans les **programmes de formation à l'éducation à la santé**.

Votre commission regrette néanmoins qu'il soit précisé d'emblée, dans la loi, les régions dans lesquelles cette expérimentation serait susceptible d'être lancée. Ce choix devrait revenir à l'État, après consultation des agences régionales de santé.

Par conséquent, votre commission a adopté un amendement (amendement n° 81) tendant à :

- préciser la nature et le champ des actions qui pourront être mises en œuvre dans le cadre de cette expérimentation en mettant en avant l'indispensable partenariat avec les acteurs de la santé scolaire : il s'agira de financer des **actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé** et des **campagnes d'information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires** mentionnés à l'article L. 541-3 du code de l'éducation, en partenariat avec les médecins et infirmiers de l'éducation nationale² et les services de santé scolaire³, pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons ;

- confier à l'État le soin de sélectionner les régions pilotes de cette expérimentation dans le cadre d'appels à projets régionaux.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Rapport d'information n° 351 (2012-2013) de M. Georges Labazée, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 13 février 2013.

² Mentionnés à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

³ Mentionnés au 3° du II de l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation.

CHAPITRE III

Améliorer les prises en charge

Article 40

(art. L. 2112-8 et L. 2135-1 [nouveau] du code de la santé publique ;
art. L. 174-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale ;
art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977
portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon
de diverses dispositions relatives aux affaires sociales)

Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

Objet : Cet article prévoit l'organisation et le financement d'un parcours d'intervention précoce pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement.

I - Le dispositif proposé

A. Champ du dispositif

Le 1° du I de cet article introduit un nouvel article L. 2135-1 au code de la santé publique (CSP), qui pose le principe d'un « *diagnostic, parcours de bilan et intervention précoce pris en charge par l'assurance maladie* » destinés aux enfants « *présentant un trouble du neuro-développement* ».

Trois actions distinctes sont donc désignées : le **diagnostic**, le **parcours de bilan** et l'**intervention précoce**.

La notion même de « troubles du neuro-développement » (TND) présente des **contours encore labiles**. Elle est le produit récent des travaux de l'association américaine de psychiatrie (APA), qui a publié en mai 2013 la cinquième et dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*¹ (DSM-5). Le DSM-5 a en effet introduit pour la première fois cette catégorie des TND, qui a pour ambition de rompre avec une approche diagnostique trop centrée sur l'homogénéité des sujets considérés et de proposer un outil de classification plus compatible avec la **réalité clinique**, qui intègre les manifestations variées d'une même catégorie diagnostique.

Ainsi, les TND intègrent dans une même approche diagnostique :

- les troubles de la déficience intellectuelle,
- les troubles spécifiques des apprentissages (dits troubles « dys »),
- les troubles affectant le développement moteur (troubles du développement de la coordination et tics),

¹ *En anglais* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

- les troubles de la communication,
- les troubles du spectre de l'autisme (TSA), au sein desquels ont été regroupés tous les troubles envahissants du développement (TED) que la recherche avait jusqu'ici distingués en fonction de simples critères d'homogénéité¹,
- les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

Les travaux issus du DSM inspirent historiquement les classifications internationales des maladies (CIM) produites par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Les CIM ont pour ambition de fournir à l'ensemble des praticiens, partout dans le monde, un codage uniforme des pathologies afin d'assurer l'homogénéité des diagnostics et des traitements. La **onzième et toute dernière version de la CIM (CIM-11)** a été officiellement publiée le 18 juin 2018, mais ne rentrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2022, après son adoption par les États membres de l'OMS. **Elle intègre dans son chapitre 6 la nouvelle architecture des TND proposée par le DSM-5.**

Il convient toutefois de noter qu'avant son entrée en vigueur, la version antérieure de la **CIM-10** conserve sa valeur de référence, et que cette dernière **ignore la notion de trouble du neuro-développement.**

B. Organisation du dispositif

Cet article prévoit une organisation spécifique pour le parcours de bilan, faisant logiquement suite au diagnostic. Ce parcours est défini par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, qui figurent dans le tableau suivant.

Structures chargées de l'organisation du parcours de bilan

Référence	Structure
2° du I de l'article L. 312-1 CASF	Établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés <i>Exemples : instituts médico-éducatifs (IME), services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad)</i>
3° du I de l'article L. 312-1 CASF	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
11° du I de l'article L. 312-1 CASF	Établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination <i>Exemple : centres de ressources autisme (CRA)</i>
L. 3221-1 CSP	Établissements de santé autorisés en psychiatrie <i>Exemples : centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres médico-psychologiques (CMP) pour enfants</i>

¹ Par exemple, le syndrome d'Asperger, jusqu'ici distinct de la catégorie des troubles de l'autisme en raison de l'absence de déficience intellectuelle, rejoint la catégorie des TSA.

Les structures chargées de l'organisation du parcours peuvent faire appel à divers professionnels de santé, parmi lesquels des médecins généralistes et spécialistes (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale), des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (article L. 162-9 du même code) et, plus spécifiquement, des **ergothérapeutes** et des **psychomotriciens** (articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du CSP). L'intervention de **psychologues** pourra également être sollicitée.

Ces professionnels pourront être liés à la structure par un contrat, dont le modèle sera défini par arrêté, qui prévoira notamment des **engagements de bonnes pratiques professionnelles** et les **conditions du retour d'information** de l'intervenant vers la structure et le médecin traitant.

C. Financement du dispositif

Les professionnels sollicités pour intervenir dans le parcours de bilan délivrent des prestations qui ne sont pas toutes identiquement prises en charge. Parmi ceux dont les actes sont particulièrement courants dans l'accompagnement des personnes handicapées, outre les ergothérapeutes et les psychomotriciens, figurent les **infirmiers**, les **orthophonistes**, les **orthoptistes**, les **audioprothésistes** et les **opticiens-lunetiers**.

La couverture des frais pour chacune de ces prestations varie considérablement selon que :

- le professionnel de santé est salarié de l'établissement qui accompagne l'enfant handicapé, auquel cas ses prestations sont normalement couvertes par le forfait global de soins perçu par la structure ;

- le professionnel de santé exerce en libéral, mais est conventionné et ses actes sont donc facturés sur la base d'un tarif de convention ;

- le professionnel de santé exerce en libéral, n'est pas conventionné et fixe librement ses honoraires. Le remboursement pourra alors s'effectuer par la sécurité sociale sur la base d'un « tarif d'autorité » et, selon la couverture personnelle de l'utilisateur, son reste à charge pourra être plus ou moins élevé.

Toute prestation d'un professionnel de santé en libéral ne peut faire l'objet d'un remboursement par une caisse de sécurité sociale ou par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qu'à la condition qu'elle ait fait l'objet d'une **prescription médicale**.

Le 2° du I et le II de cet article instaurent plusieurs dispositions d'homogénéisation du financement de ces interventions, visant à assurer leur couverture par la structure chargée de la coordination du parcours.

Dans le cas où ce parcours sera coordonné par un CAMSP, l'article prévoit que son financement sera **intégralement assuré par les régimes d'assurance maladie**, par double dérogation au financement de droit commun de ces structures, dont la dotation globale à enveloppe fermée est attribuée à 80 % par l'ARS et à 20 % par le conseil départemental.

Dans le cas général, l'article insère un nouvel article L. 174-17 au code de la sécurité sociale qui prévoit que les structures désignées « *perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce* » versée par la caisse de sécurité sociale chargée de la couverture maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

L'article apporte **deux modifications majeures et bienvenues** au parcours actuel des familles dont l'enfant présente des troubles du neuro-développement :

- il facilite la coordination des intervenants en la confiant à une structure désignée, délestant ainsi les familles de la charge de contacter un à un chacun des professionnels ;

- il assure le financement des prestations dont les frais devaient être avancés par les familles, qui subissaient souvent d'importants restes à charge, en assurant le versement préalable d'une dotation aux structures coordinatrices.

Pour autant, la commission émet quelques réserves sur l'efficacité et la pertinence de ce dispositif, qui lui semble souffrir de quelques approximations.

A. Un dispositif qui occulte le stade du repérage

Le repérage, le diagnostic et l'accompagnement des enfants atteints de troubles du neuro-développement a fait l'objet de recommandations de bonne pratique publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) et réactualisées en février 2018. Cette dernière préconise un accompagnement de ces troubles en **trois stades** :

- le premier stade, qui est aussi le plus délicat, est celui du **repérage**, qui incombe aux professionnels de la petite enfance, aux professionnels de l'Éducation nationale ou aux professionnels de santé exerçant en libéral ou en service de protection maternelle et infantile (PMI). C'est notamment de ces derniers que dépend le repérage le plus précoce possible de troubles du neuro-développement. L'article L. 2132-2 du CSP dispose en effet que « *tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires* ». L'article R. 2132-1 du même code énumère ces derniers en renvoyant à la « *surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations* » ;

- le deuxième stade est celui du **diagnostic**. Il est le fait d'une équipe pluridisciplinaire, souvent structurée dans le cadre d'un CAMSP ou d'un CMPP. Cette étape souffre de deux importants défauts : son **intervention beaucoup trop tardive**, consécutive à un repérage insuffisant et à l'engorgement des structures, et le **non-conventionnement des professionnels sollicités**, à l'origine des restes à charge ;

- le troisième stade est celui de l'**intervention proprement dite**. Elle s'effectue en CRA ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés.

L'article 40 entend substantiellement améliorer la deuxième étape, mais **ne porte aucune modification de la première étape**, dont dépend pourtant toute prise en charge précoce efficace.

Les dispositions actuelles du CSP ainsi que le détail des recommandations de bonne pratique de la HAS devraient normalement suffire à court terme à la sensibilisation des médecins chargés du repérage. L'étude d'impact mentionne à ce titre « *des actions d'ores et déjà réalisées auprès des professionnels de santé pour faire connaître les évolutions apportées par les nouveaux modèles* » et annonce une mobilisation du comité d'animation nationale des actions de protection maternelle et infantile en ce sens.

Pour autant, votre rapporteur estime l'adaptation rapide de la phase de repérage, ignorée par l'article 40, trop importante pour qu'elle ne connaisse pas de modification comparable à celle de la phase de diagnostic. Compte tenu de la qualité et du caractère didactique des recommandations de bonne pratique de la HAS, votre rapporteur propose par un **amendement n° 82** de les prendre comme référence explicite des missions des médecins de la PMI.

B. Les risques de la notion de « trouble du neuro-développement »

Comme précédemment indiqué, la notion de « trouble du neuro-développement » ne connaîtra d'application opérationnelle qu'à partir de la publication de la CIM-11 en 2022.

En l'état actuel des choses, après le repérage et le diagnostic d'un trouble du spectre autistique ou d'un autre trouble neurologique chez l'enfant, la famille, munie du **certificat médical l'attestant**, doit se rapprocher de la MDPH afin que cette dernière organise le parcours de l'enfant. Or les équipes médicales des MDPH n'acceptent que des certificats médicaux conformes à la CIM en vigueur, soit la CIM-10. Ainsi, le risque existe qu'un médecin de la PMI désirant ouvrir le droit d'un enfant souffrant de TND au parcours de soins décrit par l'article 40 ne puisse matériellement le faire avant 2022.

Votre rapporteur insiste donc pour que **des dispositions soient immédiatement prises auprès des MDPH, par instruction ministérielle, afin que ces dernières tiennent compte de certificats médicaux posant un diagnostic de TND.**

Par ailleurs, votre rapporteur souhaite soulever le risque de la grande plasticité de la notion neuve de « trouble du neuro-développement » qui, si elle permet d'indéniables avancées *diagnostiques*, introduit une hétérogénéité dangereuse en matière de *repérage*. En effet, l'étude d'impact insiste sur la nécessité « *d'une consultation pour un bilan et des séances hebdomadaires de psychomotricien pour les enfants de moins de 3 ans* » et « *d'un bilan neuropsychologique pour les enfants entre 3 et 5 ans, de séances d'ergothérapie pour les enfants de 5 à 6 ans* ». Même si le dispositif ne mentionne pas explicitement d'âge, l'étude d'impact sembler prioriser **les enfants de moins de 6 ans**.

Or, parmi certains troubles qui seront prochainement inclus dans les troubles du neuro-développement, l'apparition des premiers symptômes peut intervenir après 6 ans. Les troubles « dys », les TDA/H et les troubles de la déficience intellectuelle sont très souvent **repérés au moment de la première scolarité**. C'est pourquoi votre commission a adopté un **amendement n° 83** prévoyant de préciser l'éligibilité des enfants à ce parcours de bilan avant et pendant leur scolarité.

C. Un financement aux contours incertains

Présentée le 6 avril 2018, la stratégie nationale pour l'autisme pour 2018-2022, qui prend le relais des différents plans autisme, prévoit effectivement un montant de crédits de **106 millions d'euros** pour le financement d'un « parcours de soins coordonné » et d'un « forfait d'intervention précoce ». Aux termes de l'article 40, ces 106 millions d'euros seront financés par l'Ondam soins de ville.

Le dispositif proposé semble rapprocher deux modalités de financement différentes, selon la structure chargée de l'organisation du parcours. Le principe initial (1° du I) est celui de « *la prise en charge par l'assurance maladie* ». Cela étant, l'article 40 précise que :

- pour les CAMSP (2° du I), « *les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours* ». Ce dernier donne donc lieu à **l'ouverture d'un droit personnel** et consacre une **dépense de guichet** ;

- pour les autres structures (II), il est indiqué qu'une dotation leur sera versée pour assurer le financement du parcours. Le principe énoncé est alors celui de **l'enveloppe budgétaire fermée**, qui n'autorise normalement pas de dépassement.

Cette dichotomie financière, dont **l'ambiguïté doit être levée**, risque d'encourager l'engorgement des CAMSP, que l'on constate déjà.

D. Les contrats de bonnes pratiques

Dans le cas où les structures désignées par le directeur général de l'ARS ne salarieraient pas l'ensemble des professionnels de santé et auxiliaires médicaux nécessaires au parcours coordonné, ces structures *peuvent* conclure avec ces derniers un contrat rappelant les engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions d'information du médecin traitant.

Le rapport de M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, explique le caractère facultatif de ces contrats par l'hypothèse de conventionnement de certains de ces professionnels, qui rendrait toute contractualisation inutile.

Votre rapporteur ne partage pas cet avis, précisément parce que l'article 40 ne mentionne pas de clause financière générale à ces contrats et n'y fait référence que dans le cas spécifique des ergothérapeutes et des psychomotriciens. C'est pourquoi il estime nécessaire que ces contrats, qui renvoient à des bonnes pratiques professionnelles nécessaires à tout accompagnement des troubles du neuro-développement, soient rendus **obligatoires** pour tout professionnel intervenant, conventionné ou non.

Votre commission a donc adopté un **amendement n° 84** en ce sens. Cet amendement précise par ailleurs une adaptation de ces contrats au cas où les ergothérapeutes et psychomotriciens sont déjà salariés par la structure.

E. Un risque de rupture d'égalité

De façon plus générale, votre rapporteur identifie dans l'article 40 un **risque de rupture d'égalité**. L'organisation du parcours de bilan et intervention précoce en cas de troubles du neuro-développement s'appuie sur des **structures médico-sociales de droit commun** (parmi celles figurant à l'article L. 312-1 du CASF), mais prévoit des **dispositions financières spécifiques** à l'accompagnement de ces troubles.

Cela signifie concrètement que l'intervention de professionnels libéraux sollicités par des CAMSP, des CMPP ou toute autre structure d'accompagnement sera, pour une même structure, intégralement prise en charge par l'assurance maladie pour les troubles du neuro-développement, mais restera potentiellement à la charge des famille en cas de handicap physique ou sensoriel.

Bien que partageant l'ambition exprimée par cet article, votre rapporteur exprime ses doutes quant à la méthode employée, consistant à aménager des parcours spécifiques et différemment financés selon le type de handicap.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 41

(art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015
relative à l'adaptation de la société au vieillissement)

**Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

Objet : *Cet article propose d'accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des Ehpad et de faire passer le délai de convergence de sept à cinq ans.*

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de revenir sur les modalités de définition du forfait soins versé aux établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

A. Le droit existant : une convergence tarifaire sur sept ans

Ces modalités ont été profondément modifiées par la loi du 28 décembre 2015 portant adaptation de la société au vieillissement¹ (ASV).

Article 58 de la loi ASV

« VII. - Pour les années 2017 à 2023 et par dérogation au 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par la somme des montants suivants :

1° Le montant des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale ;

2° Une fraction de la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 dudit code, et le montant mentionné au 1° du présent VII.

La fraction mentionnée au 2° est fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.

Le cas échéant, cette somme est minorée dans les conditions prévues au dernier alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12 du même code. »

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La tarification des prestations de soins en Ehpad a connu plusieurs évolutions, répondant au souci de faire davantage correspondre le montant des dotations versées avec le besoin réellement exprimé par les résidents :

- la loi du 2 janvier 2002¹, qui a réformé en profondeur le secteur médico-social et notamment l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, a durablement établi le **principe d'un double financement des Ehpad**. À côté des prestations relatives à la dépendance de l'utilisateur, couvertes par le conseil départemental, les prestations de soins remboursables par la sécurité sociale étaient directement assurées par l'établissement, qui bénéficiait pour ce faire d'un tarif à la prestation simplement arrêté par les services déconcentrés du ministère chargé des affaires sociales ;

- la LFSS pour 2009² a posé pour la première fois le principe d'un **forfait global de soins**, plus précisément d'une enveloppe fermée attribuée aux Ehpad au titre de la couverture des dépenses de soins relevant du champ de l'assurance maladie. Ce forfait global devait prendre en compte « le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents ». L'introduction de ce forfait global tendait à endiguer la « *très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à la disposition [des Ehpad] pour couvrir le coût des forfaits soins* ». Afin de mieux correspondre aux besoins réellement exprimés, le calcul de ce forfait global ne résultait plus d'un tarif individuellement appliqué par l'autorité tarifaire déconcentrée, mais d'une équation dont les termes découlaient d'une unité de référence uniformément appliquée car définie par arrêté ministériel, le Gir moyen pondéré soins (GMPS) ;

- pour autant, l'introduction du GMPS n'a pas immédiatement permis d'améliorer la pertinence et le ciblage de la dotation aux soins, en raison du maintien d'une logique de reconduction annuelle par simple application d'un taux d'évolution aux dotations existantes. C'est pourquoi la loi ASV a précisé le cadre budgétaire de l'attribution tarifaire.

D'une part, l'obligation pour les Ehpad de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) permet à l'autorité tarifaire de s'extraire du carcan strictement annuel et de profiter du cadre pluriannuel pour définir des dotations plus adaptées.

D'autre part, la loi organise les modalités d'une « **convergence tarifaire** ». Cette dernière prévoit l'obligation pour les autorités tarifaires chargées de verser les forfaits soins de **faire tendre la dotation constatée**, issue de la reconduction historique, **vers la dotation calculée après intégration du GMPS**. L'objectif est, d'ici le 1^{er} janvier 2024, de diffuser à l'ensemble des Ehpad le modèle du forfait global fondé sur le GMPS.

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, article 63.

Cette convergence s'étend sur une durée de 7 ans et prévoit que, à partir de 2017, le forfait global relatif aux soins se calculera comme la **somme du forfait versé au titre de l'exercice précédent**, revalorisé du taux d'évolution de la masse salariale¹, et **d'un septième de la différence entre ce forfait constaté et le forfait global calculé avec prise en compte du GMPS**.

Chaque exercice jusqu'en 2024 doit permettre au forfait effectivement versé de se rapprocher de la dotation-cible. Il est à noter que, dans le cas où le forfait ciblé serait inférieur au forfait effectif, cette convergence se traduirait par une diminution progressive des versements.

Le calcul de ce forfait doit tenir compte de deux ajustements :

- l'attribution de financements complémentaires, qui sont annuellement versés au titre des prises en charge particulièrement exigeantes, notamment des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, est exclue du champ de la convergence tarifaire ;

- cette convergence tarifaire doit en revanche tenir compte des minorations éventuelles que les autorités tarifaires doivent appliquer si le gestionnaire d'Ehpad refuse de signer un Cpom.

Ainsi, le forfait global de soins répond à l'équation suivante :

Formule du nouveau forfait global de soins

Forfait global de soins (équation tarifaire)			
GMPS x valeur de point définie au niveau national x capacité autorisée de l'Ehpad	+	Financements complémentaires	± Modulation en fonction de l'activité de l'Ehpad

B. Le droit proposé : une convergence tarifaire sur cinq ans

L'article 41 du PLFSS pour 2019 réduit le délai initial de la convergence tarifaire à **5 ans**, ramenant ainsi l'exercice de la diffusion généralisée de la dotation cible à **2021**.

Il en déduit logiquement que la fraction de la différence entre le forfait effectif et le forfait cible sera ramenée en 2019 à un tiers (et non plus un cinquième), en 2020 à un demi (et non plus un quart) et en 2021 à l'intégralité du reste (et non plus un tiers).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Ce taux est indiqué chaque année au sein de l'instruction établissant la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux pour l'exercice en cours. Il est de 0,70 % en 2018.

III - La position de la commission

A. Les incidences financières de l'accélération de la convergence tarifaire

Le déploiement a débuté au cours de l'exercice 2016 avec la publication de la nouvelle formule de calcul du forfait soins. La construction de la nouvelle équation tarifaire, dont doit résulter le montant de la dotation, entraîne une augmentation des tarifs versés. **85 % des Ehpad**, en majeure partie des Ehpad gérés par des acteurs publics, **connaîtront ainsi une valorisation de leurs crédits médicalisés**.

Bien qu'elle n'ait pas suscité l'inquiétude des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées auditionnés par votre rapporteur, l'accélération du rythme de la convergence tarifaire n'est pas sans poser quelques interrogations.

Lors de son audition au cours de l'examen du PLFSS pour 2018, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) avait indiqué à votre rapporteur que **430 millions d'euros** seraient consacrés **sur la période 2017-2021** au soutien financier à la réforme, à raison de 100 millions d'euros pour les quatre premiers exercices et 30 millions d'euros pour 2021. Ces crédits sont exclusivement issus de l'Ondam médico-social. Compte tenu de l'échéancier alors en vigueur, on en avait déduit que des crédits supplémentaires, dont le montant n'était pas encore déterminé, seraient alloués pour les exercices 2022 et 2023.

L'étude d'impact de l'article 41 fournit à cet égard des renseignements plus précis. Elle indique en effet que « *sur la période 2019-2021, les Ehpad percevront **143 millions d'euros supplémentaires** du fait de l'application de cette mesure, en plus des 217 millions d'euros déjà programmés* ». Ce sont donc 360 millions d'euros qui viendront s'ajouter aux 200 millions d'euros déjà engagés pour 2017 et 2018, portant ainsi le total du soutien financier à la réforme tarifaire à **560 millions d'euros**, soit 130 millions de plus qu'initialement annoncé.

Or l'étude d'impact évalue l'impact financier global de la mesure sur 2019-2022 (alors que l'achèvement de la réforme est prévu en 2021) à une dépense supplémentaire annuelle de 48 millions d'euros, soit 192 millions d'euros sur quatre ans. Ce sont donc 49 millions d'euros de plus que les 143 millions d'euros supplémentaires évoqués au début de l'étude d'impact. Cette différence sera probablement financée par les ressources propres de la CNSA, et non par l'Ondam médico-social.

Ce montant global, situé entre 560 et 600 millions d'euros, doit être évalué à l'aune d'autres critères. Le Gouvernement a en effet pris l'engagement d'une revalorisation systématique du GMPS de chaque établissement au moment de la signature de son Cpom ainsi qu'à l'issue des **trois années** suivant cette signature -à moins que ce délai ne soit révisé à la suite du présent projet de loi.

Au regard de l'évolution des besoins, ces revalorisations ne manqueront pas d'entraîner des augmentations du forfait global de soins, dont le niveau pourrait excéder les 560 à 600 millions d'euros envisagés sur 2017-2021.

Plusieurs acteurs associatifs ont à ce titre fait part de leur inquiétude sur la conséquence d'une augmentation du GMPS sur le versement d'un forfait soins dont le niveau global est plafonné par une enveloppe fermée. Cette conséquence pourrait être la **diminution de la valeur de point définie au niveau national**, ce qui ne manquerait pas de pénaliser l'ensemble du secteur. Votre rapporteur invite sur ce point à la plus grande vigilance.

B. Votre commission suggère deux mesures de simplification

Les événements de janvier 2018, qui ont vu une mobilisation sans précédent des personnels d'Ehpad pour la dénonciation de leurs conditions de travail ainsi que des impacts non anticipés de la réforme tarifaire, ont été à l'origine d'une série de travaux et de rapports qui ont tous conclu à l'urgence d'une réforme en profondeur du secteur. Le Gouvernement a pris acte de ces préconisations en confiant à M. Dominique Libault, le pilotage d'une concertation d'ensemble dont les travaux devraient être rendus au début de l'année 2019.

Dans l'attente de ces conclusions, le PLFSS pour 2019 ne comporte en conséquence pas de dispositions particulièrement stratégiques relatives à la prise en charge du grand âge. Votre rapporteur relève tout de même avec satisfaction que l'amendement à l'article 29 adopté à l'Assemblée nationale introduit une **souplesse supplémentaire** dans les dérogations ouvertes par l'article 51 de la LFSS pour 2018, qui ouvre la possibilité pour les établissements et services médico-sociaux de s'extraire de leur régime de droit commun dans le cadre d'expérimentations. Ces dernières étaient jusqu'alors limitées aux règles tarifaires, et seront désormais étendues aux règles d'organisation.

Votre commission a souhaité introduire deux assouplissements supplémentaires, dont elle estime qu'ils ne compromettent pas les résultats de la concertation en cours. Par un **amendement n° 85**, elle attribue un pouvoir général de prescription médicamenteuse aux médecins coordonnateurs des Ehpad, sans que ce dernier ne se substitue à celui du médecin traitant.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

CHAPITRE IV

Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42

(art. L. 133-4, L. 162-4, L. 162-16-5, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 [nouveau], L. 162-16-5-2 à L. 162-16-5-4 [nouveau], L. 162-17, L. 162-17-1-2 [nouveau], L. 162-17-2-1, L. 162-17-2-2 [nouveau], L. 162-17-4, L. 162-18, L. 162-22-7-3, L. 165-1-4 [nouveau] et L. 165-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-12 du code de la santé publique)

Adaptations diverses des modalités de prise en charge des produits de santé

Objet : Cet article comprend diverses mesures touchant aux modalités de prise en charge des produits de santé. Un premier ensemble porte sur les dispositifs d'accès précoce : il est proposé d'ouvrir les ATU aux extensions d'indication, de créer un accès direct en post-ATU, de renforcer les conditions d'accès à ce dispositif et de modifier les conditions de la prise en charge financière des produits bénéficiant de ces régimes, et de créer un dispositif d'accès précoce dédié pour les dispositifs médicaux. Un deuxième ensemble concerne l'encadrement financier et le renforcement de la pertinence des prises en charge de droit commun, au travers de la mise en place d'un mécanisme de régulation du prix des médicaments en association, d'un renforcement des obligations de collecte des données de vie réelle, de l'introduction de conditions nouvelles pour l'inscription d'un produit au remboursement et de la modification des règles relatives à la prise en charge des médicaments homéopathiques. Il est enfin proposé de supprimer l'avis préalable de l'Uncam pour la prise en charge des médicaments sous RTU et de procéder à diverses mesures de coordination dans le code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article 42, particulièrement long et touffu, comporte **de très nombreuses mesures touchant aux conditions de prise en charge des produits de santé**, qui vont de l'accès précoce aux différentes indications des dernières générations d'anticancéreux à l'évaluation de l'homéopathie par la HAS.

Selon la classification opérée par l'étude d'impact, les mesures relevant de cet article se répartissent en deux grandes catégories :

- celles qui touchent aux dispositifs d'accès précoce aux produits de santé,

- et celles relatives à l'encadrement financier et à la pertinence des prises en charge de droit commun, de manière à faire émerger, dans un cadre financier contraint, « *de nouveaux outils permettant de s'assurer que les soins pertinents et de la meilleure qualité possible soient bien diffusés sur l'ensemble du territoire* ».

➤ MESURES RELATIVES AUX DISPOSITIFS D'ACCES PRECOCE

A. Une refonte substantielle du régime des ATU

Le présent article propose tout d'abord une modification substantielle du régime des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), dans la ligne des orientations fixées dans le cadre du Csis. Les évolutions proposées traduisent par ailleurs certaines des propositions majeures formulées dans le cadre du rapport de la Mecss du Sénat sur le modèle français d'accès précoce aux médicaments innovants¹.

1. L'ouverture du dispositif aux extensions d'indication

a) Le régime actuel des ATU, réservé aux premières indications demandées par les laboratoires, n'est pas adapté aux dernières générations de traitements oncologiques

Ainsi que l'a souligné le rapport de la Mecss précité, **la question des extensions d'indication constitue, en l'état actuel du droit, le « trou dans la raquette » majeur du dispositif des ATU.**

- Celles-ci sont en effet délivrées pour un médicament innovant en tant qu'il constitue une entité moléculaire nouvelle, et non pour une ou plusieurs indications de ce médicament en tant qu'il constitue un mode d'action thérapeutique. Elles ne sont par ailleurs délivrées qu'en amont de la première AMM pour le produit considéré.

Il résulte de ces deux limitations que, **passée la délivrance de l'AMM, le périmètre de l'ATU se fige et devient limité au produit employé dans les indications ayant fait l'objet de la demande d'AMM.** Les premières indications demandées par le laboratoire au stade de la demande d'AMM deviennent ainsi les seules autorisées jusqu'à la sortie du régime dérogatoire d'ATU.

En outre, les ATU n'étant délivrées qu'une seule fois par produit, **une nouvelle indication ne peut faire l'objet d'une nouvelle procédure d'accès précoce.** À la sortie du produit du régime dérogatoire de post-ATU, il faudra repasser par l'ensemble du circuit du médicament pour permettre la prise en charge d'une nouvelle indication par l'assurance maladie.

¹ « *Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce* », rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, publié le 13 juin 2018.

- Ce régime est **inadapté aux dernières innovations thérapeutiques, notamment dans le domaine de l'oncologie**. Le mode d'action des immunothérapies permet en effet le développement rapide d'indications parallèles ou successives, ce qui modifie en profondeur les conditions de l'accès au marché : celui-ci se fait désormais par phases successives et indication par indication.

Dans ce contexte, **la législation française ne garantit pas nécessairement aux patients français d'avoir accès au traitement le plus efficace disponible**. Le rapport précité cite à ce titre l'exemple du *nivolumab*, qui, après avoir bénéficié d'une ATU en 2014, est aujourd'hui autorisé et admis au remboursement contre les mélanomes et les cancers du poumon. Alors même que les essais cliniques sont positifs et qu'une AMM est déjà donnée aux États-Unis dans ces indications, il est cependant impossible de le prescrire à des patients français atteints, notamment, de cancers de la vessie ou ORL.

Partant de ce constat, **le rapport du Sénat dans sa proposition n° 3 comme le Csis dans sa mesure phare n° 3 ont constaté l'urgente nécessité d'ouvrir le dispositif des ATU aux extensions d'indication**.

b) Une redéfinition du périmètre des ATU

- Des ATU ouvertes à « certains médicaments dans des indications thérapeutiques précises »

Cette ouverture est tout d'abord inscrite à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui prévoit le principe et les conditions de la mise à disposition dérogatoire de certains médicaments par le biais des ATU.

Le **paragraphe II** précise que cette voie d'accès, « ouverte à certains médicaments » dans la rédaction actuelle du code de la santé publique, l'est désormais « dans des indications thérapeutiques précises ».

- Une clarification du périmètre de prise en charge pour la phase d'ATU

Cette extension du champ des ATU nécessite d'aménager les conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie. C'est l'objet du **5° du paragraphe I**, qui crée dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-5-1-1 relatif aux conditions de la prise en charge financière par l'assurance maladie des produits sous ATU.

La rédaction proposée ne se borne donc pas à étendre cette prise en charge aux extensions d'indications. Elle **clarifie d'une manière plus générale la question du financement de la phase d'ATU, pour l'ensemble de leur périmètre y compris les extensions d'indications**, en y consacrant un article dédié.

La rédaction proposée pour ce nouvel article se compose de deux paragraphes. Le second renvoie ses modalités d'application à un décret en Conseil d'État.

Le premier prévoit tout d'abord, en son premier alinéa, le principe selon lequel **les médicaments bénéficiant d'une ATU pour certaines de leurs indications sont pris en charge par l'assurance maladie** dès lors qu'ils sont dispensés par certains hôpitaux du champ MCO ou certains établissements disposant d'une PUI.

Ce périmètre de prise en charge ne vaut **que pour les ATU de cohorte, qui pourront seules bénéficier d'une prise en charge précoce dans le cadre d'une extension d'indication après obtention de l'AMM.**

Ce principe est déduit d'une lecture *a contrario* du deuxième alinéa, qui précise que les ATU nominatives ne peuvent être prises en charge par l'assurance maladie que dans deux cas de figure : avant la délivrance de l'AMM, ou dans le cadre de la continuité de traitement si celui-ci a été initié durant la phase d'ATU -comme c'est déjà le cas en l'état actuel du droit.

Le troisième alinéa précise que, dans les cas où un même médicament bénéficie à la fois d'une prise en charge pour certaines de ses indications dans les conditions de droit commun, après obtention de l'AMM et inscription au remboursement, et d'une prise en charge en ATU ou post-ATU pour d'autres indications, les conditions de sa dispensation pourront être modifiées par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé. Le **d) du 6°** prévoit le même dispositif dans le cadre du post-ATU.

Selon les informations transmises par la DSS, cette disposition vise à permettre le basculement de la délivrance de l'ensemble d'un médicament à l'hôpital, dans l'hypothèse où une extension d'indication surviendrait alors que le produit concerné fait déjà l'objet d'une délivrance en ville. Cette solution est nécessaire « *à court terme* » pour assurer le suivi des indications, aussi longtemps que les systèmes d'information déployés en dehors de l'hôpital ne permettent pas de l'assurer.

- Une adaptation du post-ATU aux extensions d'indication

- Le **a) du 6° du paragraphe I** adapte la phase de post-ATU, dont le régime est prévu par l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, à ce nouveau régime d'ATU par indications. Cette série de modifications est portée au I de cet article.

Pour mémoire, la notion de « post-ATU » renvoie à un régime relais de dispensation et de prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une ATU pour la période qui va de la délivrance de l'AMM à leur inscription au remboursement. Ce régime permet la continuité des traitements au cours de cette période, parfois longue, qui aboutit à l'entrée du médicament concerné dans une prise en charge de droit commun.

Le **deuxième alinéa** du a) supprime une rédaction prévoyant que le dispositif des ATU n'est accessible qu'avant l'obtention de l'AMM.

Le **troisième alinéa** effectue une coordination avec le nouvel article L. 162-16-5-1-1 : la phase de post-ATU est ouverte aux médicaments ayant bénéficié d'une ATU et d'une prise en charge au titre de cet article.

Les **quatrième et cinquième alinéas** clarifient et adaptent le périmètre du post-ATU de cohorte en prévoyant qu'il porte sur l'indication ayant fait l'objet de l'ATU dès lors qu'elle est mentionnée dans l'AMM du médicament.

Le **dernier alinéa** porte sur la poursuite dérogatoire des traitements initiés en ATU nominative après l'obtention de l'AMM. Dans ce cas de figure, la prise en charge par l'assurance maladie peut être poursuivie même si l'indication concernée n'est pas mentionnée dans l'AMM, à la condition cependant qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable dans le cadre de l'instruction de l'AMM.

- Le **7° du paragraphe I** procède à une coordination des dispositions portées par le nouvel article L. 162-16-5-1-1 avec celles de l'article L. 162-16-5-3 ; les **a) et b) du 4°** avec celles de l'article L. 162-16-5-1.

2. Un élargissement et un encadrement renforcé de la phase de post-ATU

a) Une possibilité nouvelle d'accès direct en post-ATU

- Le présent article **crée une voie dérogatoire permettant un accès direct à une prise en charge de post-ATU**, dans les conditions fixées par l'article L. 162-16-5-2, pour des médicaments n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge préalable en ATU.

Cette évolution vise à répondre à une difficulté soulevée par le rapport de la Mecss précité. On observe depuis quelques années une compression de la phase d'ATU proprement dite (soit avant la délivrance de l'AMM) et une extension concomitante de la séquence post-ATU, du fait de la plus grande précocité des AMM délivrées. Dans ce contexte, **certains médicaments présentant pourtant le profil adéquat pour en bénéficier ne peuvent s'inscrire dans le dispositif des ATU, faute de temps**. Les patients qui auraient pu en bénéficier sous ATU doivent alors attendre le déblocage des négociations tarifaires et l'inscription au remboursement du médicament concerné pour y avoir accès, ce qui peut entraîner d'importantes pertes de chance lorsque le processus excède plusieurs mois, voire années.

- Le **b) du 6° du paragraphe I** modifie en ce sens le deuxième paragraphe de l'article L. 165-16-5-2 pour prévoir que **certains médicaments n'ayant pas fait l'objet d'une ATU mais disposant déjà d'une AMM pourront bénéficier d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie**. Cette prise en charge devra faire l'objet d'un avis de la commission de la transparence de la HAS, puis être prévue par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions et modalités de cet accès direct en post-ATU seront définies par un décret en Conseil d'État.

L'étude d'impact précise le champ des médicaments potentiellement concernés par cette mesure : il s'agit des médicaments qui, sans avoir bénéficié d'une ATU, en remplissent toutes les conditions ; il s'agira donc essentiellement de médicaments innovants permettant de prendre en charge des situations graves en l'absence d'alternative thérapeutique, et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont établies.

b) Un renforcement des conditions d'accès au post-ATU

Afin d'éviter, aux termes de l'étude d'impact, que le dispositif d'ATU ne devienne une voie détournée d'accès à une prise en charge pérenne, le **c) du 6° du paragraphe I** vise à **renforcer les conditions du bénéfice de ce régime dérogatoire**. Après le **deuxième alinéa**, qui procède à une coordination, les alinéas suivants apportent des **précisions sur les événements marquant la borne de fermeture de la période de post-ATU**.

Le **troisième alinéa** précise tout d'abord qu'elle peut être marquée non seulement par une décision d'inscription au remboursement, mais également par une **décision de refus d'admission au remboursement**.

Le quatrième alinéa complète les dispositions précisant les délais dans lesquels les industriels doivent présenter leur demande d'admission au remboursement pour bénéficier d'une prise en charge en post-ATU. En l'état actuel du droit, celle-ci est conditionnée à la présentation d'une demande d'inscription au remboursement dans le mois suivant l'obtention de l'AMM ; la prise en charge de post-ATU s'arrête par ailleurs dès lors que le laboratoire retire sa demande d'inscription.

Le présent article indique **qu'une demande d'inscription au remboursement doit être présentée concomitamment à la demande de prise en charge directe en post-ATU**. Il étend par ailleurs l'arrêt automatique du post-ATU en cas de retrait de la demande d'inscription au remboursement aux cas dans lesquels l'accès au post-ATU s'est fait de manière directe, sans ATU préalable.

Le dernier alinéa précise, dans un nouveau D. du III de l'article L. 162-16-5-2, que les dispositions relatives à l'interruption de la période de post-ATU sont applicables aux ATU de cohorte comme aux ATU nominatives.

3. Plusieurs modifications des conditions et modalités de la prise en charge financière des spécialités sous ATU et post-ATU

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 162-16-5-1 prévoit que tout médicament faisant l'objet d'une ATU est pris en charge par l'assurance maladie dès l'octroi de cette autorisation, sur la base d'une indemnité librement fixée par les laboratoires. Ce financement est assuré au-delà de l'obtention de l'AMM, jusqu'à la fin du post-ATU, marquée par la fixation d'un prix par négociation conventionnelle avec le Ceps.

Dans les cas où le prix finalement fixé par le Ceps est inférieur à l'indemnité demandée par le laboratoire en ATU et post-ATU, celui-ci reverse la différence à l'assurance maladie, de manière rétroactive et sous forme de remise.

Ces principes font l'objet de plusieurs adaptations pour les nouvelles voies d'accès au dispositif des ATU comme pour son cadre général.

a) L'adaptation des conditions financières des ATU aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU

Le **4° du paragraphe I** modifie l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, qui détermine les modalités de la fixation du prix des médicaments sous ATU, afin de les adapter aux nouvelles voies d'accès prévues par le présent article.

- Le principe d'une indemnité librement fixée par l'industriel demeure

Il résulte du **dernier alinéa du a)** et du **c)** que le principe demeure celui d'une indemnité librement fixée par les industriels, avec remboursement rétroactif, pour les seuls médicaments qui n'ont pas été déjà admis au remboursement pour une ou plusieurs autres de leurs indications.

Le **troisième alinéa du a)** ouvre par ailleurs la possibilité d'une mise à disposition gratuite aux patients des spécialités sous ATU ou post-ATU par les industriels.

- Pour les nouvelles voies d'accès ouvertes par le présent article, la prise en charge se fera au travers d'une compensation fixée par les autorités ministérielles

- Le **d)** substitue aux actuelles dispositions du V de l'article L. 162-16-5-1, qui deviennent son nouveau VI, la définition d'un nouveau régime financier pour les médicaments dont certaines indications sont déjà admises au remboursement, tandis que d'autres bénéficient du régime ATU ou post-ATU, ainsi que pour les spécialités bénéficiant d'un accès direct en post-ATU. Dans les deux cas, **une compensation sera fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, à titre temporaire, pour la mise à disposition du médicament avant son admission au remboursement.**

- **Le principe de remboursement rétroactif s'appliquera par ailleurs avant même la sortie du dispositif d'ATU.** Dans ces deux cas, les industriels devront reverser chaque année, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de la compensation fixée par les autorités ministérielles.

Dans les cas où le *capping* déterminé par le II de l'article L. 162-16-5-1 s'applique (versement de remises dans les cas où le montant facturé excède 30 millions d'euros au total et 10 000 euros par patient), les remises versées à ce titre sont retranchées du chiffre d'affaires facturé.

Il est à noter que, pour les cas d'extension d'indication sous ATU, la détermination du chiffre d'affaires facturé au titre d'une indication ne se fera pas par constatation des montants réellement facturés. Il sera calculé au *pro rata* du chiffre d'affaires facturé au total par l'industriel au titre du médicament concerné, en prenant en compte la part de l'utilisation de ce médicament dans l'indication concernée.

Le **paragraphe IV** du présent article précise que cette part d'utilisation sera transitoirement calculée sur la base des estimations de populations cibles réalisées par le Ceps, jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu par l'article L. 162-16-5-3, relatif aux conditions de la transmission des données relatives aux indications dans le cadre de la facturation des prises en charge. L'application de cette disposition, qui conditionne le remboursement à l'hôpital des médicaments sous ATU à la transmission à l'assurance maladie de l'indication pour laquelle ces médicaments ont été prescrits, permettra en effet de déterminer avec précision la part d'utilisation de ce médicament dans ses différentes indications. Selon les indications figurant dans le rapport de l'Assemblée nationale, ce décret devrait être pris au plus tard le 1^{er} juin 2019.

- Les conditions d'application de ces dispositions relatives à la compensation fixée par les ministres et au remboursement annuel qui incombera aux entreprises seront fixées par décret en Conseil d'État.

- Le **e) du 4^o** étend la possibilité d'une **restitution de trop-perçus au laboratoire après fixation du prix définitif par le Ceps** pour les différentes indications du médicament concerné, actuellement limitée aux remises versées au titre des seuils de 30 millions d'euros par produit et 10 000 euros par patient, à la restitution annuelle de la différence entre les montants facturés par les laboratoires et celui de la compensation fixée par les ministres. Ainsi, si le prix fixé par le Ceps pour l'indication bénéficiant d'une ATU est finalement plus élevé que le montant de cette compensation, les remises versées par le laboratoire pourront lui être restituées en tout ou partie.

- Le **f)** procède à des coordinations et des clarifications dans le VII de l'article L. 162-16-5-1, relatif aux obligations attachées au financement des produits sous ATU durant cette phase. Il est notamment précisé que les conditions et engagements prévus par les textes valent pour les ATU de cohorte comme pour les ATU nominatives.

b) Une simplification du mode de calcul de la remise rétroactivement versée dans le cadre de la régulation financière générale des ATU

Le **e) du 14^o du paragraphe I** modifie le mode de calcul du prix net de référence pris en compte pour la détermination de la remise rétroactive versée par les laboratoires au sortir de la phase de post-ATU.

- Le dispositif issu de la LFSS pour 2017 concentre les critiques

L'article 97 de la loi de la LFSS pour 2017 a prévu, à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, que le montant du remboursement dû par les laboratoires est calculé non plus par rapport au tarif de remboursement du médicament concerné, c'est-à-dire par rapport à son prix facial, mais par rapport à son prix net de référence, c'est-à-dire à son prix facial minoré des remises conventionnellement consenties par le laboratoire.

Ce prix net de référence est calculé à partir du niveau prévisionnel des prix nets de remises sur les trois années à venir. Il repose donc sur une prévision des volumes de vente pour les trois années suivant la sortie du dispositif ATU.

Le rapport de la Mecss du Sénat précité a mis en évidence les très importantes difficultés associées à ce nouveau mode de régulation, qui aurait, selon les industriels, fortement dégradé l'attractivité des ATU. Le rapport souligne en particulier que *« ce mode de calcul est dénoncé comme remettant en cause la lisibilité et la prévisibilité du mécanisme de sortie des ATU, dans la mesure où le prix net qui sert de base à la détermination de la remise est calculé sur la base de volumes prévisionnels de vente. Les laboratoires estiment que cela revient à mettre en place un mécanisme de remise sur un chiffre d'affaires potentiel, qui est par nature incertain et soumis à de nombreux aléas -comme par exemple l'arrivée sur le marché d'un nouveau traitement concurrent »*.

- La réduction de trois à un an des projections de volumes de vente pour le calcul du prix net de référence

Il est proposé de modifier le septième alinéa de l'article L. 162-18, qui détaille le mode de calcul du prix net de référence, pour préciser que celui-ci est calculé en défalquant les remises qui pourraient être dues au titre de la seule prochaine année.

4. Des dispositions visant à garantir la continuité des traitements au sortir des phases d'ATU et de post-ATU

Le 8° du paragraphe I introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-16-5-4 prévoyant **des obligations nouvelles pour les industriels à la sortie des périodes de mises à disposition dérogatoire de leurs produits** (ATU et post-ATU).

Le II de ce nouvel article prévoit que le non respect de ces obligations par un laboratoire peut donner lieu à une **sanction financière prononcée par le Ceps**, dans des conditions qui seront fixées par un décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité est plafonné à 30 % du CAHT réalisé par le laboratoire au titre de la spécialité concernée pour les deux années précédant la constatation du manquement.

a) Un dispositif protecteur des patients...

Le I de ce nouvel article fixe le principe général selon lequel **les industriels dont les produits bénéficient d'une prise en charge en ATU ou en post-ATU prennent l'engagement d'assurer la continuité des traitements initiés sous ces régimes dérogatoires**. Cet engagement s'entend non seulement au titre de la période de prise en charge dérogatoire, mais également pour une durée d'un an à compter de la sortie du dispositif d'ATU ou de post-ATU.

Cet engagement est cependant **aménagé dans deux cas de figure**. En premier lieu, lorsque la commercialisation du médicament concerné est interrompue pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients, l'obligation de continuité à la charge des industriels ne s'applique pas. En second lieu, lorsque l'indication ayant fait l'objet d'une prise en charge dérogatoire n'est pas admise au remboursement, le délai d'un an en sortie de dispositif dérogatoire est réduit à 45 jours.

b) ... comme des établissements de santé

Le cinquième alinéa du nouvel article L. 162-16-5-4, qui règle les **conditions de la prise en charge financière des spécialités durant la période de continuité de traitement**, intègre une disposition protectrice des établissements de santé.

Cet alinéa prévoit tout d'abord le principe général selon lequel, durant cette période, les conditions de prise en charge des produits ayant bénéficié d'une ATU sont celles prévues par le Ceps pour l'admission au remboursement.

Il comporte par ailleurs une disposition portant spécifiquement sur les cas dans lesquels l'admission au remboursement a été prévue pour une utilisation à l'hôpital uniquement. Dans la mesure où le prix du médicament est libre à l'hôpital, et directement négocié par les établissements avec les laboratoires, le prix facturé aux établissements en sortie d'ATU pourrait excéder celui fixé par le Ceps. Or, si la prise en charge par l'assurance maladie couvre la totalité des montants facturés par les établissements au cours des phases d'ATU et de post-ATU, elle est ensuite limitée au tarif de responsabilité. Afin de prévenir d'éventuelles difficultés financières pour les hôpitaux, il est donc prévu que **le laboratoire doit permettre l'achat de son produit par les hôpitaux, durant la période de continuité de traitement, à un tarif n'excédant pas le prix de référence fixé par le Ceps**.

B. La création d'un mécanisme d'accès précoce pour les dispositifs médicaux

Les 16° et 17° du paragraphe I créent un mécanisme d'accès précoce spécifique aux dispositifs médicaux.

Cette disposition constitue la **traduction de la mesure phare n°5 du Csis**, qui prévoit de « *développer les mécanismes de prise en charge anticipée pour les dispositifs médicaux* ». Il était annoncé qu' « *une procédure de prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux, avant le résultat des négociations tarifaires en vue de la prise en charge de droit commun, viendra compléter le forfait innovation. Cet accès rapide serait réservé aux dispositifs médicaux innovants, indiqués dans une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques, et pour lesquels l'efficacité et la sécurité sont établies. Les ministres chargés de l'inscription de ce produit fixeront un tarif de remboursement temporaire, dans l'attente de la conclusion de négociation entre le CEPS et l'entreprise concerné.* »

a) *Un dispositif d'accès précoce qui se distingue à la fois du forfait innovation et du dispositif d'ATU pour les médicaments*

- La mesure proposée se distingue du forfait innovation, mis en place en 2009 et introduit en 2015 à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, et que le dispositif d'accès précoce doit venir « *compléter* », selon les annonces faites dans le cadre du Csis.

Aux termes du ministère de la santé, ce forfait innovation constitue l'un des trois piliers de soutien à l'innovation en santé, avec les ATU pour les médicaments innovants et le RIHN pour les actes innovants de biologie et d'anatomocytopathologie.

Il consiste en **une prise en charge précoce et dérogatoire des dispositifs médicaux et des actes potentiellement innovants, conditionnée à la réalisation d'études cliniques et éventuellement médico-économiques** permettant de fournir des données encore manquantes. L'étude d'impact précise qu'il s'agit d'un dispositif d'accompagnement de phase III, tandis que la procédure d'accès précoce proprement dite s'appliquera une fois la qualité et la sécurité des soins bien établis. En d'autres termes, **le forfait innovation intervient pendant la phase de développement du produit, tandis que la procédure d'accès précoce proposée interviendra plus tard, lorsque les évaluations cliniques seront déjà consolidées.**

Le site Internet du ministère de la santé indique que le forfait innovation ne constitue ni un simple financement précoce pour une technologie de santé, ni un simple mécanisme de financement de la recherche clinique ou médico-économique ; il s'agit d'un outil « *fusionnant ces deux approches, et permettant un accès sécurisé à des innovations de rupture pour les patients tout en colligeant de manière structurée et encadrée les données clinique et/ou médico-économique manquantes qui permettront de prendre une décision ultérieure de prise en charge plus robuste. Le forfait innovation est donc un pari « éclairé » sur une innovation à fort potentiel pour laquelle la collectivité est prête à engager une approche du type « payer pour voir » au lieu de l'approche de droit commun « voir pour payer »* ».

Selon les conclusions du Csis, la procédure d'accès à ce dispositif est cependant peu lisible. Afin d'améliorer son attractivité, il est prévu de simplifier et de clarifier d'ici 2019 la procédure d'instruction du forfait innovation, en assortissant chacune des étapes du processus de délais fixes à respecter par les autorités.

- La mesure proposée **se distingue également du dispositif d'ATU existant pour les médicaments : l'accès précoce portera en effet sur la prise en charge par l'assurance maladie, et non sur l'accès au marché.**

L'étude d'impact souligne à ce titre que si aucun dispositif comparable à l'ATU n'existe à ce jour pour les dispositifs médicaux, c'est parce que *« contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux peuvent être achetés par les établissements de santé sans qu'il soit nécessaire de l'autoriser a priori ; en outre, le processus d'autorisation sanitaire pour un dispositif médical est moins normé que celui de l'AMM pour le médicament »*.

b) Un dispositif partiellement calqué sur celui des ATU

Le dispositif proposé sera codifié dans un nouvel article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale, composé de quatre paragraphes, ainsi que dans un nouvel alinéa de l'article L. 165-4.

- Le premier alinéa du premier paragraphe de l'article L. 165-1-4 définit le fonctionnement du mécanisme.

Son **périmètre** est tout d'abord précisé : il portera sur *« certains produits et prestations »*, pour une indication particulière.

La prise en charge par l'assurance maladie sera **conditionnée au dépôt d'une demande d'inscription** sur la liste des produits et prestations (LPP) de l'article L. 165-1.

Cette prise en charge sera **temporaire et décidée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission spécialisée de la HAS** - c'est-à-dire la Cnedimts. Il est à noter que si le rôle attendu de la Cnedimts apparaît clairement à la lecture de l'étude d'impact, la rédaction proposée apparaît très floue sur ce point.

L'étude d'impact précise à ce titre que la Cnedimts rendra *« un premier avis rapide »* au moment du dépôt de la demande de prise en charge auprès des ministres et de la HAS dès lors que le produit apparaîtra comme à la fois innovant, indiqué dans une maladie grave pour le traitement de laquelle il n'existe pas d'alternative clinique, et comme efficace et sûr au regard des études cliniques fournies. L'évaluation complète par la Cnedimts puis la négociation avec le Ceps suivront ensuite leur cours habituel.

Les conditions et les modalités de cette prise en charge temporaire seront définies par un décret en Conseil d'État, qui déterminera également les situations dans lesquelles elle pourra être interrompue.

Il est précisé que les produits et prestations concernés **ne pourront être distribués que dans certains établissements de santé** pour bénéficier d'une prise en charge anticipée. Les conditions de distribution des produits par ailleurs pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun, par exemple au titre d'une autre indication, pourront faire l'objet d'une modification par les autorités ministérielles ; il pourra par exemple s'agir de prévoir que leur distribution se fera uniquement à l'hôpital.

- Le **régime financier** du dispositif est ensuite déterminé par le premier paragraphe en son dernier alinéa, le deuxième et le troisième paragraphe du nouvel article L. 165-1-4.

Comme pour les ATU médicamenteuses, une **compensation** sera fixée par les ministres compétents. L'étude d'impact précise que cette compensation s'analysera comme un tarif temporaire net, qui sera déterminé au regard des règles usuelles de fixation des tarifs et, le cas échéant, par rapport aux références conventionnelles existantes. Les industriels fixeront cependant librement le prix de leur produit auprès des établissements de santé pendant toute la durée de la prise en charge temporaire.

C'est pourquoi le paragraphe II prévoit un **mécanisme de remboursement rétroactif annuel**, sous forme de remises, de la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise et le montant qui aurait résulté de l'application de la compensation fixée par les ministres. La part du chiffre d'affaires correspondant à l'indication bénéficiant de la prise en charge temporaire sera déterminée selon le même mode de calcul que celui prévu par le présent article pour les ATU.

Les dispositions du paragraphe III sont elles aussi calquées sur le régime financier des ATU tel qu'il résulte du présent article. Les remises ainsi versées pourront faire l'objet d'une **restitution aux entreprises** dans les cas où le prix ou tarif net fixé par convention avec le Ceps, au sortir de la phase de prise en charge dérogatoire, sera finalement plus élevé que le montant de la compensation.

- Le quatrième paragraphe étend aux dispositifs médicaux **les obligations relatives à la continuité de traitement** incombant aux industriels à l'issue de la phase de prise en charge dérogatoire, telles qu'elles résultent de la rédaction du nouvel article L. 162-16-5-4 issue du présent article.

- Le **a) du 17°** ajoute un nouveau paragraphe IV à l'article L. 165-4, relatif à la fixation du prix net des dispositifs médicaux par convention avec le Ceps, pour prévoir les **modalités de la fixation du prix des produits et prestations ayant bénéficié d'une prise en charge précoce**. Il reproduit très largement les dispositions prévues à l'article L. 162-18 pour les médicaments ayant bénéficié des régimes d'ATU et de post-ATU. Le **b)** procède en conséquence à une modification de la numérotation du paragraphe suivant.

Le premier alinéa indique que les accords conventionnels passés entre les entreprises et le Ceps pour la détermination du prix net de ces produits incluront les seules remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluront également des prévisions de volumes de ventes, qui seront distinguées par indication et porteront sur la seule année à venir.

Le deuxième alinéa précise les modalités de calcul du prix net de référence – qui permet lui-même le calcul de la remise rétroactive due au titre de l'accès précoce. Son montant est obtenu en retranchant du tarif de responsabilité fixé par le Ceps les remises qui pourraient être dues au titre de l'année suivante.

Le troisième alinéa précise cependant qu'un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de ce calcul peut être conventionnellement fixé. Le quatrième alinéa prévoit que le prix net de référence est identifié au tarif de responsabilité lorsqu'aucune remise n'est prévue par voie conventionnelle.

➤ **MESURES TOUCHANT À L'ENCADREMENT FINANCIER ET À LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE DE DROIT COMMUN**

Ce deuxième ensemble de mesures comprend **plusieurs dispositions introduisant une conditionnalité des prises en charge par l'assurance maladie au respect d'exigences nouvelles**, définies notamment dans l'objectif d'améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé, de mieux encadrer les dépenses associées et de renforcer le pilotage du système de santé.

A. Un nouvel outil à la main du Ceps pour les produits utilisés en association : la fixation de remises unilatérales

Le **b) du 14° du paragraphe I** modifie l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale pour **permettre au Ceps de fixer des remises de manière unilatérale pour les médicaments utilisés en association.**

1. Le périmètre de la mesure : les combothérapies, qui posent des problèmes de régulation financière spécifiques

- Les produits visés par la mesure sont « *les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments* » -couramment désignés par l'expression de « médicaments en association » ou de « combothérapie ». Il s'agit de médicaments qui produisent leurs effets thérapeutiques, pour une indication donnée, dès lors qu'ils sont utilisés ensemble.

Sont notamment concernés les traitements dits de « trithérapie » contre le VIH, mais également les traitements contre le cancer, qui prennent de plus en plus souvent la forme d'association de produits innovants. Selon les indications fournies par le Ceps, les médicaments utilisés dans le traitement du myélome sont particulièrement visés par cet article.

- **Le recours à ces combothérapies pose, pour deux raisons, des problèmes financiers importants.**

En premier lieu, les médicaments utilisés dans ce cadre sont le plus souvent des produits innovants et très onéreux, dont l'utilisation combinée démultiplie le coût des traitements.

En second lieu, les médicaments concernés étant le plus souvent commercialisés par des laboratoires différents, le coût des thérapies associées est difficilement maîtrisable par la voie de la négociation conventionnelle classique entre le Ceps et chacun des industriels concernés. Il arrive en effet que ces médicaments, évalués séparément, obtiennent une ASMR de niveau différent, alors que leur utilisation combinée débouche sur la mise en œuvre d'une thérapie innovante ; se pose dès lors un problème d'équité dans la fixation du prix net des différentes spécialités. Celle-ci est par ailleurs compliquée par l'application des règles de libre concurrence.

Cette difficulté est résumée, dans l'étude d'impact, par la formule suivante : « *la fixation d'un prix net équitable entre les différents laboratoires, et permettant de respecter l'équilibre financier total au regard de l'utilisation de produits concomitamment ou séquentiellement, n'est pas toujours possible par voie conventionnelle* ».

2. La mesure proposée : la possibilité pour le Ceps de fixer des remises unilatérales conditionnant l'accès des produits au remboursement

- Pour répondre à ces difficultés, le texte prévoit la **possibilité de conditionner le remboursement des spécialités utilisées en association au versement obligatoire de remises par les industriels.**

Le remboursement visé par l'article est celui qui peut être fait au titre de l'inscription de spécialités pharmaceutiques sur les listes de droit commun, y compris pour celles bénéficiant d'une importation parallèle, au titre de l'inscription sur la liste en sus, ou bénéficiant d'une RTU.

Il est précisé que **ces remises pourront porter ou sur une seule spécialité, ou sur « un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires ».**

Entendu par votre rapporteure, le Leem a fait valoir sur ce point que **le dispositif prévu pourrait être contraire aux règles de la libre concurrence.** Le Ceps a cependant estimé que cet argument n'était pas pertinent dans la mesure où de simples clauses d'encadrement des prix ne suffiraient pas à créer une distorsion de concurrence. Une telle situation pourrait *a contrario* être créée par la mise en place de clauses d'accompagnement des prix, qui pourraient par exemple prendre la forme de clauses de répartition du marché ; ce n'est cependant pas la solution retenue dans le cadre du présent article. Le Ceps a par ailleurs indiqué que la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), qui siège au sein du comité, se montre particulièrement attentive au développement de potentielles atteintes à la

libre concurrence. Interrogée sur le même point, la DSS a fait valoir que le but du mécanisme était « *de payer chaque médicament d'une association de traitement au regard de sa valeur propre, et de son rôle dans l'association* », et qu'il s'agit d'une simple extension de mécanismes déjà en application : la fixation du prix individuel des médicaments obéit déjà à la même logique, et le mécanisme de l'association est déjà en vigueur pour les dispositifs médicaux¹.

La rédaction proposée précise par ailleurs **les critères qui pourront être pris en compte pour la détermination des remises**, qui sont ceux prévus à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale : elles seront notamment liées à l'ancienneté de l'inscription du médicament au remboursement, aux volumes de ventes prévus ou constatés, au prix et au coût net du médicament, à son prix d'achat constaté, aux montants remboursés pour les médicaments ayant la même visée thérapeutique, ou encore à l'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens.

La fixation de ces remises interviendra, par principe, dans le cadre conventionnel. A défaut de convention, elles seront fixées par décision du Ceps. Le **principe de la primauté conventionnelle** est clairement indiqué par l'exposé des motifs, qui précise que le dispositif « *ne s'appliquera que si une solution conventionnelle n'est pas trouvée avec l'ensemble des parties* ».

- Les *a), c), d) et f)* procèdent à des modifications de numérotation et le *g)* à une coordination dans l'article L. 162-18.

B. Un renforcement des obligations en matière de collecte des données en vie réelle

Le **10° du paragraphe I** crée un nouvel article L. 162-17-1-2 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit que **le remboursement par l'assurance maladie des produits de santé peut être conditionné à la transmission de données relatives à l'utilisation de ces produits en vie réelle**.

- Un rapport remis à la ministre en charge de la santé en mai 2017² a souligné « *l'enjeu majeur* » que représentent les données en vie réelle « *pour la qualité des soins et la régulation du système de santé* », et la nécessité de développer les outils pour en faciliter le recueil et l'exploitation.

¹ L'article 59 de la LFSS pour 2018 a mis en place un dispositif comparable à celui proposé par le présent article pour les médicaments utilisés en association, à savoir la subordination du remboursement des dispositifs médicaux par l'assurance maladie au versement obligatoire de remises par les fabricants ou les distributeurs.

² « Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé – L'exemple du médicament », Pr Bernard Bégaud, Dominique Polton et Franck von Lennep, mai 2017.

Définition et enjeux des données de vie réelle
Extraits du rapport sur les données de vie réelle de mai 2017

On désigne sous le terme « données de vie réelle », ou « données de vraie vie », des données qui sont sans intervention sur les modalités usuelles de prise en charge des malades et ne sont pas collectées dans un cadre expérimental (le cadre notamment des essais randomisés contrôlés, ECR), mais qui sont générées à l'occasion des soins réalisés en routine pour un patient, et qui reflètent donc a priori la pratique courante. De telles données peuvent provenir de multiples sources : elles peuvent être extraites des dossiers informatisés de patients, ou constituer un sous-produit des informations utilisées pour le remboursement des soins ; elles peuvent être collectées de manière spécifique, par exemple dans le cadre de procédures de pharmacovigilance, ou pour constituer des registres ou des cohortes, ou plus ponctuellement dans le cadre d'études ad hoc ; elles peuvent également provenir du web, des réseaux sociaux, des objets connectés, etc. [...]

Les études en vie réelle sont donc complémentaires des essais cliniques ; elles permettent, en premier lieu, d'observer dans quelle mesure les conditions des essais sont vérifiées dans la vraie vie : population rejointe (c'est-à-dire la population réellement traitée), dosage, conditions de prescription, observance... Par ailleurs, elles peuvent porter, si l'information est facilement accessible, sur des populations numériquement plus importantes, ce qui peut permettre de mettre en évidence des effets non repérables dans les essais cliniques, du fait des effectifs limités de patients inclus. De la même manière, l'horizon temporel des essais est en général insuffisant pour observer des impacts à long terme qu'un suivi prolongé en vie réelle pourra permettre de détecter. Il est ainsi largement admis qu'en matière de sécurité et d'effets indésirables, les observations en vie réelle sont essentielles en complément des essais cliniques - et ce d'autant plus que les résultats des essais sont difficilement transposables à la population globale, les patients les plus à risque d'effets indésirables, patients fragiles, à comorbidités multiples, n'étant souvent pas inclus.

En l'état actuel du droit, seule la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments bénéficiant d'une ATU est conditionnée à la production de données de suivi des patients traités, en application du V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique. Celui-ci prévoit que l'industriel doit conclure avec l'ANSM un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations (dit PUT) portant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament.

L'étude d'impact associe **de très nombreux objectifs** à la mesure proposée :

- la définition d'un cadre général de collecte de données qui bénéficiera aux opérations de recueil d'ores et déjà mises en place par certains acteurs locaux ou régionaux ;

-
- le suivi de l'utilisation des médicaments dans le cadre du post-ATU ;
 - le recueil des indications des dispositifs médicaux utilisés en accès précoce pour calculer le montant des remises dues par les industriels ;
 - l'accélération de la révision de l'évaluation de certains produits de santé ;
 - l'adaptation des règles de prise en charge des médicaments.

- Le premier alinéa de la rédaction proposée précise tout d'abord le **périmètre de la mesure** : sont potentiellement concernés l'ensemble des produits de santé (soit les dispositifs médicaux) et les médicaments, mais également les prestations associées, dès lors qu'ils sont admis au remboursement dans les conditions du droit commun (y compris pour les médicaments bénéficiant d'une importation parallèle ou distribués en rétrocession hospitalière), au titre d'une RTU, dans le cadre de la liste en sus, au bénéfice d'une ATU ou encore sur le fondement d'un tarif de responsabilité.

Les **informations à fournir** sont également précisées par ce premier alinéa : elles concerneront les patients traités, le contexte de la prescription, les indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et les résultats ou effets du traitement. Ces informations correspondent aux lacunes identifiées du système national des données de santé (SNDS) : celui-ci comporte un ensemble très riche de données de gestion, qu'il est cependant difficile de pouvoir exploiter dans une optique de suivi et d'amélioration du système de santé faute d'informations contextuelles et médicales associées.

Les produits concernés par cette obligation de transmission comme les données à fournir seront déterminés par un **arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale**.

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 162-17-1-2 précise les **destinataires des données collectées** : il s'agira du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram) et des systèmes d'information hospitaliers, chaînés au sein du SNDS. Ces informations pourront également être transmises au service du contrôle médical de l'assurance maladie, dans un cadre qui sera spécifiquement fixé par un décret en Conseil d'État.

Le troisième alinéa prévoit le **possible déclenchement d'une procédure de recouvrement de l'indu** en cas de non-respect de ces obligations de transmission. Selon les informations fournies par la DSS, **cette procédure concernera essentiellement les prescripteurs**.

C. L'introduction de conditions nouvelles pour l'inscription d'un médicament au remboursement

Le 9° du paragraphe I modifie l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, relatif à l'inscription des médicaments au remboursement, pour prévoir qu'elle peut « être assortie de conditions particulières de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge ».

Ces conditions viennent s'ajouter à celles déjà prévues par le troisième alinéa de cet article L. 162-17, qui vise des « conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation [des] soins », ainsi que la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités.

Le 2° modifie en conséquence l'article L. 162-4 du même code, relatif à l'obligation incombant aux médecins de signaler sur leurs ordonnances le caractère non remboursable des produits et prestations qu'ils prescrivent, pour préciser que cette obligation vaut également lorsqu'est en cause le respect des conditions de prise en charge prévues par l'article L. 162-17.

Il est à noter que ces dispositions ne font l'objet d'aucune mention dans l'étude d'impact annexée au présent article. Interrogée sur ce point, la DSS a indiqué qu'il s'agissait d'une extension au médicament du dispositif déjà applicable aux produits relevant de la LPP, dans le but **d'éviter les mésusages**. Cette disposition permettra notamment de **préciser que l'inscription au remboursement d'un médicament tient compte de la durée de sa prise en charge** – qui correspond à la durée pendant laquelle la prise de ce médicament est médicalement indiquée. En l'état des systèmes d'information de l'assurance maladie, seuls des contrôles *a posteriori* pourront être conduits sur ce point ; ils porteront sur quelques médicaments ciblés, pour lesquels les prescripteurs comme les pharmaciens auront préalablement fait l'objet d'une campagne d'information relative, notamment, à cette durée de prise en charge.

D. L'encadrement de la fixation des règles relatives à la prise en charge de l'homéopathie

Le 12° du paragraphe I crée un nouvel article L. 162-17-2-2 prévoyant **un encadrement réglementaire renforcé des règles de prise en charge des médicaments homéopathiques**.

- Les médicaments concernés sont **ceux mis à disposition des patients à la suite d'un simple enregistrement auprès de l'ANSM**, et non en application d'une AMM. Les médicaments homéopathiques sont en effet dispensés de la procédure d'AMM, en application de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, lorsque trois conditions sont réunies : un mode d'administration par voie orale ou externe ; l'absence de toute indication thérapeutique particulière inscrite sur l'étiquetage ou les informations relatives au médicament ; le respect d'un degré de dilution garantissant l'innocuité du médicament.

Le premier alinéa du nouvel article L. 162-17-2-2 prévoit que **les règles de prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments seront définies par décret en Conseil d'État**. Ces règles pourront valoir ou pour l'ensemble de ces médicaments, ou pour certains seulement d'entre eux.

Le deuxième alinéa précise les éléments sur lesquels ce décret devra se prononcer :

- la procédure ainsi que les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments par la commission de la transparence de la HAS. Entendue par votre rapporteure, la HAS a précisé sur ce point que la commission se prononcerait au regard des critères usuels de l'évaluation des médicaments (efficacité, effets indésirables, intérêt de santé publique attaché) ;

- les conditions dans lesquelles ils pourront être admis au remboursement ou, au contraire, exclus de toute prise en charge par l'assurance maladie.

- Pour rappel, le taux de remboursement des médicaments homéopathiques est aujourd'hui fixé à 30 %. En 2016, les 620 millions d'euros de ventes de médicaments homéopathiques représentent 1,13 % du total des ventes de médicaments en France ; 130 millions sont pris en charge par l'assurance maladie, soit 0,69 % des dépenses de médicaments remboursables.

Ces 130 millions d'euros représentent donc le montant brut de l'économie qui pourrait être réalisée par l'assurance maladie si l'évaluation conduite par la HAS aboutissait à une décision de **déremboursement des spécialités homéopathiques**. Interrogée sur ce point, la DSS a indiqué qu'il est « possible qu'une substitution entre des médicaments homéopathiques et allopathiques se produise entraînant, une baisse du rendement de la mesure. A l'inverse, on devrait observer également une diminution des consultations en lien avec une prescription d'homéopathie¹ ». Ces deux effets étant susceptibles de se compenser, l'estimation de 130 millions peut apparaître comme une perspective réaliste.

➤ AUTRES MESURES

A. La suppression de l'avis préalable de l'Uncam pour la prise en charge d'un médicament en RTU

Le **11° du paragraphe I** supprime, à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale relatif au régime des RTU, la nécessité de recueillir l'avis préalable de l'Uncam pour l'ouverture de la prise en charge associée. Selon le rapport de l'Assemblée nationale, « cet avis, uniquement formel, ralentit aujourd'hui le processus d'autorisation sans y ajouter une véritable plus-value ».

¹ Les ordonnances comportant uniquement des médicaments homéopathiques représentent 35 % des ordonnances comportant au moins une spécialité homéopathique.

B. Mesures de coordination

- Les **1°**, **3°** et **15°** du **paragraphe I** procèdent à diverses coordinations dans le code de la sécurité sociale, rendues nécessaires par les dispositions portées par le présent article.

- Le **13°** opère une coordination à l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, qui porte les dispositions relatives aux accords-cadres conclus entre le Ceps et les entreprises du médicament. Il ajoute à la liste des prix fixés par décision du comité le tarif unifié unilatéralement fixé pour les médicaments relevant de la rétrocession hospitalière et de la liste en sus (dont le régime est respectivement réglé par les articles L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du même code).

Il clarifie par ailleurs l'articulation entre les procédures de fixation unilatérales de prix ouvertes par cet article et celles prévues aux articles L. 162-16-4 (procédure générale de fixation des prix), L. 162-16-5 (rétrocession hospitalière), L. 162-16-5 (liste en sus) et L. 162-18 (médicaments en association), dans la mesure où ces différents outils à la main du Ceps ne répondent pas aux mêmes critères. Il est précisé que ces possibilités de fixation et de révision des prix doivent être entendues indépendamment les unes des autres.

C. Entrée en vigueur

Le **paragraphe III** prévoit que l'ensemble des dispositions du présent article entreront en vigueur au 1^{er} mars 2019, à l'exception de celles relatives au recueil des données en vie réelle et à la prise en charge de l'homéopathie, qui trouveront à s'appliquer dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **vingt-sept amendements** à cet article.

- Vingt-et-un d'entre eux sont des amendements rédactionnels ou de coordination présentés par son rapporteur général.

Deux amendements identiques, présentés par le rapporteur général et notre collègue députée Agnès Firmin Le Bodo et plusieurs membres du groupe UDI, Agir et Indépendants, **clarifient le rôle de la Cnedimts** dans le mécanisme d'accès précoce mis en place pour les dispositifs médicaux.

- Un amendement adopté à l'initiative de notre collègue député Jean-Carles Grelier et de plusieurs membres du groupe Les Républicains précise que **l'accès direct en post-ATU se fait à la demande des entreprises**.

- Deux amendements adoptés à l'initiative du rapporteur général **précisent le champ de la réévaluation des médicaments homéopathiques ouverte par cet article, afin de couvrir l'ensemble de ces spécialités.** Il s'agit ainsi de prendre en compte certains médicaments homéopathiques n'ayant pas fait l'objet d'une procédure d'enregistrement, notamment parce qu'ils sont apparus sur le marché avant 1994.

- Un amendement plus substantiel du Gouvernement précise que, pour les produits déjà admis au remboursement dans les conditions du droit commun et dont une nouvelle indication bénéficie d'un accès précoce au marché par ATU (et fait donc l'objet d'une compensation), le plafonnement à 30 millions d'euros de la dépense moyenne annuelle par médicament au titre des produits sous ATU ne s'applique qu'à la part des ventes du produit effectuées au titre de cette nouvelle indication.

Interrogée par votre rapporteure sur ce point, la DSS a rappelé que le mécanisme de plafonnement des dépenses sous ATU vise à protéger l'assurance maladie contre des dépenses excessivement élevées au titre d'une prise en charge dérogatoire ; elle a souligné que ce mécanisme se déclenche pour des sommes élevées (30 millions d'euros pour un seul médicament). Elle a en enfin rappelé que le mécanisme ne joue, pour les entreprises concernées, qu'en trésorerie, du fait de l'application rétroactive du prix négocié avec le Ceps au terme de la négociation tarifaire.

III - La position de la commission

- Votre commission des affaires sociales a tout d'abord témoigné **de sa perplexité, et même de son inquiétude devant la complexité de cet article.**

Celle-ci résulte pour partie de sa construction, qui rassemble plusieurs sujets n'ayant que peu à voir les uns avec les autres. Il en résulte une intrication de dispositifs tout à fait illisible, qui ne peut résulter que de la volonté de ne pas présenter, en affichage, un trop grand nombre de mesures touchant à la régulation du médicament. L'efficacité comme la clarté du débat parlementaire se seraient pourtant bien mieux satisfaits de la répartition en différents articles des nombreux thèmes abordés par celui-ci.

Elle résulte également du fond des dispositions proposées. Le degré de raffinement atteint par les divers dispositifs de prise en charge réglés par cet article en rend la compréhension tout à fait inaccessible au profane - et, plus grave, aux sièges étrangers des entreprises pharmaceutiques qui, pour la plupart, sont d'envergure internationale. Cette évolution apparaît contraire à l'esprit qui avait présidé aux conclusions adoptées par le Csis, qui ont mis l'accent sur la nécessité de rendre la régulation du médicament plus claire et plus lisible. De ce point de vue, le présent PLFSS ne se place aucunement en rupture avec les précédents.

Votre commission ne peut que se réjouir de voir certaines des préconisations formulées dans le cadre de son rapport précité sur l'accès précoce aux innovations médicamenteuses retenues dans le cadre du présent article : la réduction de trois à un an des projections de volumes de vente pour le calcul du prix net de référence en sortie d'ATU comme l'ouverture du dispositif aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU constituent des mesures indispensables, dont votre rapporteure regarde avec satisfaction la rapidité de la mise en œuvre. La complexité du régime financier mis en place pour en assurer l'application ne peut cependant que laisser pantois.

Une telle complexité **ne peut que desservir l'attractivité de la France** pour les entreprises pharmaceutiques, voire risquer de remettre en cause l'accès des patients à certaines innovations médicamenteuses. Elle **pose plus généralement la question de la qualité du débat parlementaire sur l'ensemble des sujets touchant à la régulation du médicament** ; il suffit pour s'en convaincre de se remémorer les conditions de l'adoption de l'article 97 de la LFSS pour 2017, qui avait été introduit dans le texte par amendement gouvernemental en nouvelle lecture, sans étude d'impact préalable, alors même qu'il apportait des modifications d'ampleur et d'une très forte technicité au régime des ATU.

- **Votre commission s'inquiète par ailleurs de constater année après année, dans le cadre de l'examen annuel du PLFSS, le recul croissant du principe de la primauté conventionnelle dans la régulation des produits de santé.** C'était notamment le cas, dans le cadre de la LFSS pour 2018, s'agissant de la régulation des dispositifs médicaux, encadrée par l'article 59 de la loi. Dans le cadre du présent article, une extension d'indication en accès précoce comme un accès direct en post-ATU se feront dans un premier temps dans les conditions de prix déterminés par la puissance publique.

Votre rapporteure est bien entendu sensible au risque de dérapage pour les finances de l'assurance maladie que représentent les indemnités parfois extrêmement élevées demandées par les laboratoires pharmaceutiques. Elle entend également l'argument selon lequel ces mesures ne jouent qu'en trésorerie, dans la mesure où le prix net négocié avec le Ceps vient rétroactivement s'appliquer. Elle prend enfin acte des abus constatés de la part de certains acteurs - qui ne sauraient cependant être érigés en loi générale en la matière.

Elle estime cependant que **le principe de la primauté conventionnelle doit continuer de régir l'organisation des soins comme la régulation des produits de santé.** L'efficacité de l'action publique en matière de santé ne saurait en effet découler que de la bonne implication et coopération de l'ensemble des acteurs concernés.

Dans un marché pharmaceutique mondialisé, le maintien de l'attractivité de la France constitue par ailleurs un enjeu majeur pour la garantie sur le long terme de l'accès aux soins des patients ; c'était d'ailleurs le sens des conclusions du dernier Csis, dont la mesure phare n° 14 vise à « *refonder les orientations du Ceps pour donner toute sa place à la négociation conventionnelle* ».

Elle estime dès lors indispensable d'envoyer un signal en ce sens aux acteurs concernés en **introduisant un mécanisme de négociation conventionnelle, semblable à celui qui a communément cours en matière de fixation des prix des produits de santé, pour la détermination de la compensation applicable aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU**. C'est l'objectif de l'**amendement n° 86** adopté par votre commission des affaires sociales.

- Votre commission des affaires sociales souhaite par ailleurs attirer l'attention du Gouvernement sur **les difficultés liées à la régulation des dispositifs médicaux**, dont l'essentiel du dispositif a été mis en place dans le cadre de la LFSS pour 2017. Celui-ci est largement calqué sur la régulation du médicament, alors même que les logiques de production de ces deux secteurs diffèrent très largement.

Elle réitère les obligations formulées l'an passé dans le cadre de l'examen de l'article 59 : les mesures de régulation mises en place apparaissent particulièrement ambitieuses pour un secteur économique en cours de structuration, et qui repose encore principalement sur un réseau de petites entreprises produisant le plus souvent en petites séries et avec un gain marginal faible ; leur articulation avec la volonté de développer plus largement les prises en charge ambulatoires doit être à tout le moins clarifiée. À cet égard, l'absence d'accord-cadre passé entre les entreprises du secteur et le Ceps ne manque pas d'interroger¹.

Dans l'attente d'une souhaitable remise à plat des modalités de la régulation applicable aux dispositifs médicaux, votre rapporteure propose de modifier le II de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, qui fixe les critères pouvant être pris en compte pour décider de la baisse du tarif de responsabilité de certains produits et prestations, afin de :

- préciser que **le critère du prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs doit être apprécié sur trois ans (amendement n° 87)**. Les professionnels du secteur indiquent en effet que l'application de la rédaction actuelle de ces dispositions, qui ne prévoit pas d'intervalle de temps, est susceptible d'entraîner, pour certains dispositifs médicaux, une **spirale des prix à la baisse** ;

¹ Interrogée sur ce point, la DSS a indiqué que cette question figurait au programme de travail du Ceps pour l'année 2019.

- prévoir que **le critère des volumes de vente prévus ou constatés doit être apprécié du point de vue de l'adéquation de leur évolution aux besoins en santé (amendement n° 88)**. L'application de la rédaction actuelle emporte en effet une régulation strictement comptable, qui ne tient aucunement compte des besoins en santé de la population, ni des orientations par ailleurs prises pour le développement des prises en charge non hospitalières.

- S'agissant des dispositions relatives à la prise en charge des **médicaments homéopathiques**, votre rapporteure est **favorable à une clarification du débat par la conduite d'une évaluation scientifique identique à celle qui a cours pour l'ensemble des autres médicaments**. Il n'apparaît pas acceptable qu'il existe une dérogation aux règles de prise en charge par l'assurance maladie qui ne fasse l'objet d'aucune justification -sinon scientifique, du moins médicale.

Elle souligne cependant la **nécessité d'engager dès aujourd'hui une réflexion sur la prise en charge des patients potentiellement concernés par un déremboursement de ces spécialités**.

Les solutions ouvertes par la rédaction du présent article sont en effet binaires : les médicaments homéopathiques seront « *admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie* ». Il faut donc envisager la possibilité qu'au moins une large partie de ces médicaments soit portée à la charge des patients qui souhaiteraient continuer à les consommer. Dans ces conditions, **un effet report sur d'autres spécialités médicamenteuses, aux effets secondaires potentiellement plus marqués** (comme, par exemple, des anti-inflammatoires) **et au coût possiblement plus élevé** pour l'assurance maladie, est à envisager. Interrogée sur ce point, la DGS a indiqué que « *des mesures d'accompagnement des prescripteurs et des patients seront mises en place afin d'éviter un report inadéquat vers des spécialités dont le profil de risque est moins favorable* ».

Les administrations de sécurité sociale ont cependant relativisé la possible portée de cet effet report : le prix des spécialités homéopathiques étant généralement très faible, il n'est pas certain que leur déremboursement ait une incidence sur la décision des patients d'y recourir. En tout état de cause, la question devra faire l'objet d'un examen attentif au moment de la décision portant sur le remboursement de ces médicaments.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 42 bis (nouveau)

**Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de l'ouverture
des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des ATU à de nouvelles indications.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Bertrand Bouyx (La République en Marche) avec un avis de sagesse du Gouvernement, prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'ouverture des ATU aux extensions d'indication. Il est prévu que cet article doit être remis dans les deux années suivant la promulgation du présent projet de loi.

II - La position de la commission

Le sujet du rapport proposé ne manque pas d'intérêt, et le suivi des extensions d'indication prises en charge dans le cadre des ATU devra effectivement faire l'objet d'un intérêt particulier de la part de la commission des affaires sociales.

Pour autant, suivant sa position habituelle sur ce point, votre commission des affaires sociales n'est pas favorable à la multiplication des demandes de rapport, et propose donc la suppression de celui-ci (**amendement n° 89**).

Elle souligne que cette analyse trouverait au demeurant toute sa place dans le rapport annuel du comité économique des produits de santé (Ceps).

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 43

(art. L. 5121-1, L. 5121-10, L. 5125-23,
L. 5125-23-2 et L. 5125-23-4 du code de la santé publique ; art. L. 162-16,
L. 162-16-7 et L. 162-22-7-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Favoriser le recours aux médicaments génériques,
hybrides et biosimilaires**

Objet : Cet article inscrit dans la loi la possibilité de recourir à des médicaments hybrides, incite au renforcement du recours aux médicaments génériques et hybrides par la restriction du recours à la mention « non substituable » et l'incitation financière des patients, et prévoit une incitation financière à l'efficacité des prescriptions hospitalières.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à favoriser le recours aux médicaments non *princeps*, c'est-à-dire aux médicaments hybrides, génériques et biosimilaires. Cet objectif est décliné selon quatre axes, le paragraphe IV prévoyant leur entrée en vigueur générale au 1^{er} janvier 2020.

A. L'ouverture du recours aux médicaments hybrides par la définition de ces spécialités et leur inscription parmi les produits substituables par le pharmacien

Le 1^o du paragraphe I du présent article introduit à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique une définition des médicaments hybrides ainsi que du groupe hybride, sur le modèle de celles figurant à cet article pour les médicaments génériques et biosimilaires. Ces définitions apparaissent au sein du 5^o relatif aux médicaments génériques.

1. Les médicaments hybrides, un sous-ensemble des spécialités génériques

Les médicaments hybrides constituent donc **un sous-ensemble des médicaments génériques** (ils sont définis par l'étude d'impact comme des « médicaments génériques particuliers »). Ces deux types de médicaments diffèrent sur deux points : leur nature et la procédure d'autorisation et de contrôle qui découle de leurs spécificités.

- Ce 5^o définit le médicament générique comme un médicament dont la composition qualitative et quantitative en principes actifs et la forme pharmaceutique est la même que celle du médicament de référence.

Du fait de cette identité de composition, les études précliniques et cliniques en principe exigées pour la mise sur le marché des médicaments ne sont pas nécessaires dans le cadre de la procédure d'AMM pour les génériques : elles sont en effet analogues à celles déjà réalisées et présentées pour l'obtention de l'AMM du médicament de référence.

Il est en revanche demandé aux industriels de démontrer la bioéquivalence du médicament générique par rapport au produit de référence, c'est-à-dire de prouver que les deux médicaments produisent les mêmes taux de principe actif dans l'organisme.

- La spécialité hybride d'une spécialité de référence constitue quant à elle, aux termes de la rédaction proposée par le présent article, « *une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité* ». Selon l'étude d'impact, ces médicaments présentent cependant une « équivalence thérapeutique » avec la spécialité de référence.

L'évaluation préalable précise par ailleurs que les médicaments hybrides **présentent généralement un avantage pour les patients en ce qu'ils apportent** « *une variation utile par rapport au médicament de référence* ». Un nouveau conditionnement, un nouveau dosage (sous la forme d'un seul comprimé de 400 mg de substance active, plutôt que de deux comprimés dosés à 200 mg), une nouvelle forme galénique (présentation du médicament sous forme de solution buvable plutôt qu'en comprimé, par exemple) ou encore un nouveau dispositif médical associé à la substance active (sous la forme d'un dispositif d'inhalation différent, par exemple) peut ainsi permettre « *une plus grande facilité d'emploi* » pour certains patients. Selon la DSS, il existe déjà de nombreux médicaments hybrides, dans de nombreuses classes thérapeutiques.

Du fait de ces différences, **les dossiers présentés pour obtenir l'AMM d'un médicament hybride diffèrent à la fois de ceux présentés pour les spécialités génériques et les spécialités de référence** : ils ne sont ni aussi simplifiés que ceux demandés pour les médicaments génériques, dans la mesure où la bioéquivalence de ces produits par rapport aux spécialités de référence ne peut par définition être démontrée, ni identiques à ceux exigés pour les spécialités de référence dont ils sont dérivés. Selon les cas, ils doivent donc comporter des données démontrant la qualité du médicament, des éléments permettant de justifier les différences présentées par rapport à la spécialité de référence, ou encore des études de biodisponibilité spécifiques. L'AMM repose au total pour partie sur les résultats d'essais cliniques du médicament de référence, et pour partie sur de nouvelles données.

C'est en ce sens que le présent article propose de préciser, à la suite de la définition du médicament hybride, que « *l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences* ».

**Une définition législative du médicament hybride
plus restreinte que sa définition européenne et réglementaire**

La notion de médicament hybride n'existe pas explicitement dans la législation européenne. La directive 2001/83/CE¹, sans faire référence à cette notion, prévoit cependant au paragraphe 3 de son article 10 une procédure d'autorisation spécifique pour ces médicaments, qui s'applique *« lorsque la bioéquivalence ne peut pas être démontrée avec des études de biodisponibilité, ou parce qu'elle comporte des différences relatives à la substance active, aux indications thérapeutiques, au dosage ou à la voie d'administration par rapport au médicament de référence »*.

La notion de médicament hybride est cependant utilisée en pratique par l'agence européenne du médicament (EMA). Dans un document publié sur son site Internet le 22 novembre 2012 et intitulé *« Questions et réponses relatives aux médicaments génériques »*, il est indiqué que *« les fabricants de médicaments génériques peuvent (...) choisir de développer un médicament générique qui est basé sur un médicament de référence, mais qui est présenté sous un dosage différent ou avec une voie d'administration différente de ceux du médicament de référence. Ils peuvent également décider de développer un médicament avec une indication légèrement différente, comme une indication limitée, qui permettra une utilisation du médicament sans prescription médicale. Ce type de médicament générique est appelé médicament «hybride», parce que son autorisation repose en partie sur les résultats d'essais cliniques du médicament de référence et en partie sur de nouvelles données. »*

Les dispositions européennes ont été **transcrites en droit français en 2008 à l'article R. 5121-28 du code de la santé publique**, dont le 2° règle le régime des demandes d'AMM portant *« sur une spécialité qui ne répond pas à la définition de la spécialité générique parce qu'elle comporte, par rapport à une spécialité de référence qui est ou a été autorisée depuis au moins huit ans en France, des différences relatives à la substance active, aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité et que la spécialité ne répond pas aux conditions prévues par l'article R. 5121-29-1, le dossier fourni à l'appui de la demande comporte, outre les données chimiques, pharmaceutiques et biologiques, les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences »*.

Il est à noter que **les différences portant sur la substance active ne figurent pas dans la définition qu'il est proposé d'inscrire dans la partie législative du code de la santé publique.**

1. La mise en place d'un registre spécifique et encadré par voie réglementaire pour les groupes hybrides

Le **groupe hybride** est défini par le 1° du **paragraphe I** comme le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides, sur le modèle de la définition du groupe générique.

¹ Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Le *b*) du 2° précise, à l'article L. 5121-10 du code de la santé publique relatif aux modalités de la mise sur le marché et de la commercialisation des médicaments génériques, que les groupes hybrides feront l'objet d'un **registre spécifique**, dont les conditions d'élaboration seront fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précisera notamment les modalités de l'inscription et de la radiation des spécialités hybrides dans ces groupes, qui seront opérées par le directeur général de l'ANSM. Il constituera le pendant du répertoire des génériques.

La diffusion des médicaments hybrides sera par ailleurs encadrée par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, qui fixera la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits dans ce registre.

Le *a*) du même 2° procède à une coordination dans le même article L. 5121-10 pour étendre ses dispositions aux spécialités hybrides.

2. L'alignement des modalités de substitution des médicaments hybrides sur celles des génériques

- Le 3° du **paragraphe I** modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, qui encadre la nature des médicaments pouvant être délivrés par le pharmacien à partir d'une prescription, pour ajouter les médicaments hybrides aux médicaments pouvant être délivrés à partir d'une prescription en DCI ou en substitution de la spécialité prescrite (*b* et *d* de ce 3°).

- Le *c*) **limite cependant a priori la possibilité de substitution par un médicament hybride** en prévoyant qu'une telle substitution ne pourra être effectuée que dans les situations médicales préalablement définies par un arrêté des ministres de la sécurité sociale et de la santé, pris après avis de l'ANSM. La substitution au sein du registre des hybrides sera donc plus restreinte que celle autorisée dans le répertoire des génériques.

L'étude d'impact précise sur ce point que les conditions précises de substitution dépendront de chaque spécialité, et qu'il pourra notamment être demandé au pharmacien de mener une action d'éducation thérapeutique du patient à l'usage du nouveau produit de santé qui lui sera dispensé.

- Les *a*), *d*) et *e*) procèdent à des modifications de numérotation.

Le paragraphe IV indique que l'ensemble des dispositions relatives aux médicaments hybrides entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

B. Un renforcement recours aux médicaments génériques et hybrides...

1. ... par une restriction du recours à la mention « non substituable »

a) L'obligation de faire figurer une mention expresse et justifiée sur l'ordonnance

Le c) du 3° du paragraphe I modifie par ailleurs l'étendue de la possibilité de substitution d'une spécialité générique ou hybride par le pharmacien à la spécialité prescrite par le médecin.

Il est proposé de prévoir **qu'une substitution est par principe possible dans tous les cas où le médecin prescripteur ne l'a pas exclu « par une mention expresse et justifiée portant sur l'ordonnance »**, couramment dénommée mention « non substituable ».

En l'état actuel du droit, seul le caractère exprès de l'exclusion de la substitution par le prescripteur, « *pour des raisons particulières tenant au patient* », est prévu par la loi. Le caractère manuscrit de la mention « non substituable » disparaît cependant, l'étude d'impact précisant qu'elle pourra être portée sur l'ordonnance au moyen du logiciel d'aide à la prescription.

L'introduction d'une obligation de justification constitue donc un renforcement sensible de l'encadrement de la prescription de spécialités princeps.

Cette justification sera opérée par les prescripteurs selon des modalités de fond et de présentation qui seront prévues par un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'ANSM. L'étude d'impact indique à ce titre qu'il sera demandé « *à chaque médecin de justifier sur son ordonnance la raison de l'apposition de la mention « non substituable », en cohérence avec les situations précisées dans l'arrêté* ».

b) Le cas particulier des médicaments inhalés : la fin de la limitation de la substitution aux initiations de traitement

Le 4° du paragraphe I supprime la prescription des médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif des cas dans lesquels des conditions particulières s'attachent à une initiation de traitement. En l'état actuel du droit, l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique prévoit que le prescripteur peut alors exclure la possibilité de substitution par le pharmacien, l'ordonnance devant préciser. Seuls les médicaments biologiques seront désormais concernés par cette possibilité.

Le 5° abroge en conséquence l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, qui prévoit une dérogation au dispositif supprimé par le 4°, en précisant les conditions de substitution des médicaments inhalés à l'aide d'un dispositif, et en limitant cette possibilité à l'initiation de traitement ou à la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament.

Cette évolution est justifiée par l'étude d'impact par le fait que les possibilités de substitution ouvertes pour les médicaments inhalés sont « *plus restrictives que nécessaire* ». La restriction de la substitution de ces médicaments à la seule initiation de traitement se heurterait en effet à la difficulté pour le pharmacien d'identifier précisément ces situations, et ne serait plus justifiée au regard des connaissances acquises sur le recours aux inhalés génériques.

2. ... par une incitation financière des patients à opter pour les médicaments génériques

- Le c) du 1^o du **paragraphe II** modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, relatif à la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments prescrits et délivrés aux patients, pour prévoir en son paragraphe III que le montant de leur remboursement sera désormais limité à celui du prix du médicament générique ou hybride correspondant le plus cher.

L'étude d'impact indique que cette mesure vise à lutter contre le refus des médicaments génériques par les patients, qui subsiste en dépit du déploiement du dispositif « tiers payant contre générique ». L'incitation financière sera désormais plus importante, dans la mesure le refus d'un générique par l'assuré aboutira à laisser à sa charge la différence entre le prix du médicament princeps et le prix du générique le plus cher.

Dans ce cadre nouveau, le b) du 2^o du **paragraphe II** supprime les dispositions de l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale permettant à l'accord conventionnel entre les pharmaciens et l'assurance maladie déployant le mécanisme « tiers payant contre générique » de faire une exception à ce principe dans les zones présentant un taux de substitution satisfaisant.

- Cette mesure s'accompagne d'une **double obligation pour les pharmaciens**, qui figurera également au III de l'article L. 162-16 :

- l'obligation de délivrer le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie de la spécialité concernée ;

- l'obligation de proposer au patient un médicament dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur parmi les spécialités génériques ou hybrides disponibles. L'étude d'impact indique que le respect de cette obligation permettra d'assurer la complète information du patient.

- La rédaction proposée pour le IV de l'article L. 162-16 prévoit cependant une exception à ce régime dans les cas où la possibilité de substitution a été exclue et médicalement justifiée par le prescripteur, ou lorsque la substitution dans le registre des hybrides n'est pas permise la substitution d'une spécialité hybride n'est pas permise.

- La dernière phrase du *c) du 3°* rend les dispositions de l'article L. 162-16 ainsi modifié applicables à tous les médicaments remboursables, qu'ils soient délivrés dans le circuit officinal ou en rétrocession.

- Les *a), b), d), e)* et *f)* procèdent à des modifications de numérotation et de coordination.

Le paragraphe IV prévoit que ces dispositions entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

C. Une incitation financière à l'efficacité des prescriptions hospitalières

Le **3° du paragraphe II** crée un nouvel article L. 162-22-7-4 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit la **possibilité pour les établissements de santé performants dans leurs prescriptions de produits de santé de bénéficier d'une dotation du Fir**.

Les établissements concernés sont ceux pratiquant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO).

La rédaction proposée indique que leur performance sera évaluée au moyen d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions, qui seront annuellement mesurés dans chaque établissement. La liste de ces indicateurs sera fixée par un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, qui précisera par ailleurs les modalités du calcul de la dotation par établissement.

L'étude d'impact indique que cette disposition pourra à court terme être mobilisée **pour inciter à la prescription de biosimilaires** s'agissant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Il s'agit en somme, par cette mesure, de transposer à l'hôpital le principe de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) mise en œuvre pour les prescripteurs de ville.

Le **paragraphe III** précise que ces incitations financières pourront être calculées en prenant en compte les prescriptions effectuées à compter de l'année 2018.

Interrogée sur le point de savoir si cette formulation pouvait être interprétée comme une application rétroactive de la disposition proposée, la DSS a indiqué que cette disposition législative vise à sécuriser juridiquement une annonce déjà faite aux établissements de santé par le biais d'une instruction émanant des ARS. Ces établissements ont donc déjà été informés des enjeux attachés à la prescription des biosimilaires au titre de l'année 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements** à cet article.

Le premier est un amendement rédactionnel adopté à l'initiative de son rapporteur général.

Le second, présenté par le Gouvernement, constitue un amendement de cohérence : il précise l'articulation entre le régime actuel de la mention « non substituable », qui doit être portée sur l'ordonnance de manière manuscrite, et le régime mis en place par le présent article. Il est indiqué que l'obligation de la forme manuscrite perdurera jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté prévu par la nouvelle rédaction de l'article L. 5125-23.

III - La position de la commission

Cet article suscite des interrogations à plusieurs titres.

- En premier lieu, **l'introduction dans la loi d'un régime spécifique pour les médicaments hybrides** ne laisse pas d'étonner quand cette notion est **largement absente du débat public**, et surtout quand elle **n'a pas fait l'objet de travaux ni de conclusions particulières dans le cadre du dernier Csis**.

Sans remettre en cause l'encadrement du recours à ces médicaments proposés par le présent article, qui paraît à première vue garantir une sécurisation adéquate de leur utilisation, ni l'intérêt de santé publique associé à leur diffusion, votre rapporteure souligne que **l'adoption en l'état du dispositif proposé n'apparaît à ce stade ni de bonne politique, ni de bonne gestion**. La tenue d'un débat parlementaire éclairé sur cette question nécessiterait que la question puisse être étudiée de manière plus approfondie, afin que ses implications en termes de santé publique, de coût, de transposition du droit communautaire ou encore d'évolution du tissu industriel puissent être mieux saisies.

Votre rapporteure rappelle par ailleurs que les difficultés de diffusion des médicaments génériques en France sont en partie liées à la méfiance des patients face à des produits de santé encore trop souvent mal connus.

Dans ce contexte, votre commission demande la **suspension transitoire de l'adoption de ces dispositions (amendement n° 90)**, afin que le régime proposé puisse être affiné dans le cadre d'un dialogue entre les administrations de santé et les industriels, et qu'une complète information des parlementaires comme du grand public puisse être assurée.

- En deuxième lieu, la modification du régime de la mention « non substituable », en ce qu'elle suscite l'opposition de l'ensemble des acteurs concernés -médecins comme pharmaciens-, paraît devoir rester inopérante en pratique, voire contre-productive.

L'obligation de faire porter sur l'ordonnance la justification médicale de la non substitution du *princeps* est en effet ressentie comme **une obligation supplémentaire à la charge des prescripteurs**. Le conditionnement de l'absence de substitution à une telle justification est par ailleurs pointé comme **potentiellement créateur de tensions avec les médecins comme avec les pharmaciens**, et donc de perte de temps médical et pharmaceutique, dans la mesure où cette disposition s'articule avec celle qui prévoit de faire porter la différence entre le prix du *princeps* et celui du générique à la charge des patients qui refuseraient la substitution.

Il apparaît en outre **sinon impossible, du moins très difficile de contrôler la réalité des motifs médicaux qui seront avancés par les prescripteurs**, ce qui ne peut que faire douter de l'efficacité pratique de la mesure proposée.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission des affaires sociales considère que la disposition proposée ne constitue pas une solution opérante à l'enjeu de la diffusion du médicament générique. Elle relève par ailleurs que celle-ci ne pourra être assurée que par une coopération active entre prescripteurs et pharmaciens, à rebours des politiques menées jusqu'ici. C'est pourquoi, sur proposition de sa rapporteure, elle a adopté un **amendement n° 91** visant, d'une part, à **supprimer les dispositions du présent article prévoyant une justification médicale de la mention « non substituable »**, et, d'autre part, à **confier à la négociation conventionnelle le soin de définir les contours d'une politique interprofessionnelle de diffusion des médicaments génériques et biosimilaires**.

- En troisième et dernier lieu, la création d'un nouveau dispositif d'intéressement des établissements de santé à la pertinence de leurs prescriptions de manière indépendante des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes), introduits dans la LFSS il y a deux ans seulement, laisse perplexe. Estimant que la multiplication des outils d'orientation de la pertinence des soins ne peut que compliquer la tâche des établissements hospitaliers, votre commission a adopté, sur proposition de sa rapporteure, **un amendement n° 92** visant à **intégrer ce dispositif d'intéressement dans le cadre des Caqes**.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article 43 bis (nouveau)**(art. L. 1151-1 du code de la santé publique)***Encadrement de l'utilisation de certains médicaments innovants**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ajoute les médicaments à la liste des produits de santé dont l'utilisation et la prescription peuvent faire l'objet d'un encadrement spécifique.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à **ajouter les médicaments à la liste des produits de santé dont l'utilisation et la prescription peuvent faire l'objet d'un encadrement spécifique.**

Il est proposé de modifier en ce sens l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, qui porte actuellement uniquement sur « *la pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique* » ainsi que sur « *la prescription de certains dispositifs médicaux nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées* ».

La pratique de ces actes et la prescription de ces dispositifs médicaux peuvent être soumis à des règles particulières fixées par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé après avis de la HAS. Il est par ailleurs précisé que la pratique des actes et le recours aux produits visés peut être temporairement limitée à certains établissements de santé.

La rédaction proposée **étend ces dispositions aux médicaments.** L'exposé sommaire de l'amendement gouvernemental précise qu'il s'agit de **viser les médicaments innovants**, en ce que l'utilisation de certains d'entre eux requiert un haut niveau d'encadrement.

II - La position de la commission

Votre commission ne remet pas en cause la finalité de cet article : l'utilisation de certains médicaments innovants, en ce qu'ils sont extrêmement onéreux ou en ce qu'elle requiert des connaissances et une technicité particulières, doit en effet faire l'objet de mesures d'accompagnement des praticiens et des établissements concernés.

Votre rapporteure **s'interroge néanmoins sur le périmètre de la mesure, en ce que rien dans la rédaction proposée ne limite a priori le dispositif aux seuls médicaments innovants.** Des précisions et des engagements seront donc demandés sur ce point à la ministre des affaires sociales et de la santé lors de la discussion du texte en séance publique.

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

TITRE III

MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article additionnel avant l'article 44

(art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale)

Recul de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 63 ans à compter du 1^{er} mai 2020

Objet : Cet article reporte l'âge minimum légal de départ à la retraite de 62 ans à 63 ans, à compter du 1^{er} mai 2020, pour les générations nées à compter du 1^{er} mai 1958.

Le recul d'un an de l'âge légal de retraite avait déjà été adopté par votre commission puis par le Sénat au cours de la discussion de la LFSS pour 2016¹. Les partenaires sociaux venaient alors de signer un accord courageux permettant de sauver les régimes de retraite complémentaire des salariés du privé Agirc-Arrco². Votre commission estimait qu'il fallait en tirer toutes les conséquences pour les régimes de base.

Cette mesure contribue également, dans la perspective du rejet de la sous-revalorisation des prestations sociales proposée à l'article 44³, au rééquilibrage financier nécessaire au maintien d'un solde positif des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2019.

Constante sur cette position, votre commission a adopté un **amendement n° 93** visant à **reculer progressivement l'âge minimum légal de départ à la retraite** actuellement fixé, à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, à 62 ans pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1955.

Cet âge serait fixé à 63 ans, à compter du 1^{er} mai 2020, pour les générations nées après le 1^{er} mai 1958.

S'inscrivant dans la continuité de la réforme des retraites de 2010 qui avait **progressivement reporté** cet âge de 60 ans à 62 ans, cet amendement aménage pour les assurés nés entre le 1^{er} mai 1957 et le 30 avril 1958 un relèvement de cet âge d'un semestre à compter du 1^{er} mai 2019.

¹ Voir le rapport de votre commission sur le PLFSS pour 2015, en particulier le commentaire de l'amendement portant article additionnel après l'article 36.

² Accord du 30 octobre 2015.

³ Voir le commentaire de l'article 44.

Le calendrier de ce relèvement progressif est résumé dans le tableau ci-dessous.

Votre commission réaffirme ainsi solennellement son attachement à la mise en œuvre d'un pilotage équilibré et responsable du système des retraites. Ce dernier ne peut reposer exclusivement sur les retraités et la baisse de leur pension, comme le Gouvernement s'emploie à le faire depuis un an.

**Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite
prévu par l'amendement n° 93 de votre commission**

Date de naissance	Âge légal de départ	Date d'entrée en vigueur
<i>Réforme des retraites de 2010</i>		
À partir du 1 ^{er} juillet 1951	60 ans et 4 mois	1 ^{er} juillet 2013
À partir du 1 ^{er} janvier 1952	60 ans et 9 mois	1 ^{er} janvier 2014
À partir du 1 ^{er} janvier 1953	61 ans et 2 mois	1 ^{er} janvier 2015
À partir du 1 ^{er} janvier 1954	61 ans et 7 mois	1 ^{er} janvier 2016
À partir du 1 ^{er} janvier 1955	62 ans	1 ^{er} janvier 2017
<i>Amendement sénatorial au PLFSS pour 2019</i>		
À partir du 1 ^{er} mai 1957	62 ans et 6 mois	1 ^{er} mai 2019
À partir du 1 ^{er} mai 1958	63 ans	1 ^{er} mai 2020

Source : Commission des affaires sociales.

L'accord intervenu pour l'Agirc-Arrco met notamment en œuvre, à compter du 1^{er} janvier 2019, un mécanisme de bonus-malus invitant les salariés du privé à reculer leur départ à la retraite d'un an, sous peine de subir une décote de 10 % de leur retraite complémentaire pendant trois ans. Cette mesure instaure une inégalité entre le secteur privé et le secteur public dont les salariés ne sont pas soumis à cet arbitrage.

L'amendement de votre commission, proposant le recul d'un an de l'âge minimum légal dans les régimes de base d'assurance vieillesse, permet donc de rétablir l'égalité entre tous les assurés, principe qui est effectif depuis la réforme des retraites de 2003.

Les enseignements tirés des expériences étrangères dans les pays ayant mis en œuvre une réforme systémique¹ montre que la question de l'âge demeure centrale. Il permet non seulement, d'assurer l'équilibre financier d'un régime dans un contexte de poursuite de l'allongement de la durée de la vie mais également de protéger les salariés contre eux-mêmes d'un départ trop tôt qui entrainerait une pension trop faible.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel ainsi modifié.

¹ Voir la communication du 4 juillet 2018 de vos rapporteurs Jean-Marie Vanlerenberghe et René-Paul Savary.

Article 44

Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales

Objet : Cet article limite la revalorisation des prestations sociales à 0,3 % en 2019 et en 2020, à l'exception de certains minima sociaux qui seront revalorisés au rythme prévu à droit constant (inflation ou revalorisation exceptionnelle).

I - Le dispositif proposé

Le présent article, dérogeant à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale (*voir encadré*), fixe la revalorisation du montant des prestations sociales et des plafonds de ressources relevant de cet article à 0,3 % en 2019 et en 2020.

***L'article L. 161-25 du code de la sécurité
depuis les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2016***

La version de l'article L. 161-25 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 :

« Art. L. 161-25. - La revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées.

Si ce coefficient est inférieur à un, il est porté à cette valeur ».

Les lois financières pour 2016 ont modifié les dates et règles de revalorisation des prestations sociales prises en charge par l'État et la sécurité sociale en procédant à trois changements :

- *l'harmonisation partielle des dates de revalorisation des prestations sociales* en les fixant soit le 1^{er} avril, soit le 1^{er} octobre. La LFSS pour 2018 a supprimé la date du 1^{er} octobre, qui était la date de revalorisation des pensions de retraite de base et des prestations qui lui sont liées pour la fixer au 1^{er} janvier, en même temps que celle fixée pour le minimum vieillesse, prestation qui était revalorisée le 1^{er} avril. Les deux dates de revalorisation des prestations sociales sont donc désormais le 1^{er} janvier et le 1^{er} avril ;

- *la prise en compte de l'inflation constatée et non plus de l'inflation prévisionnelle* : l'évaluation de l'inflation prévisionnelle était un exercice complexe qui nécessitait l'application de correctifs en cas d'écart avec l'inflation finalement constatée ;

- *la mise en place d'un « bouclier » afin de prévenir toute évolution à la baisse des prestations en cas d'inflation négative* : en cas de baisse des prix, le coefficient de revalorisation égal à l'inflation est porté à l'unité. Le montant des prestations sociales ne peut donc diminuer.

Sans cet article, les prestations et plafonds mentionnés auraient été revalorisés sur la base de l'inflation moyenne des douze derniers mois, constatée l'avant-dernier mois précédent le mois de la revalorisation.

Ainsi en 2019 :

- les prestations revalorisées le 1^{er} janvier auraient été indexées sur l'inflation moyenne observée entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 octobre 2018 ;

Les prestations revalorisées le 1^{er} janvier

Les prestations de la branche vieillesse (art. L. 161-23-1 renvoyant à art. L. 161-25) : les **pensions de base** (y compris la pension des avocats)¹, la retraite complémentaire du BTP, la retraite complémentaire des contractuels de la fonction publique (Ircantec), l'allocation de congé-solidarité, la pension de majorée de référence des exploitants agricoles et le seuil d'écrêtement, la retraite complémentaire des travailleurs indépendants, les pensions de retraite additionnelle des enseignants du privé, le **minimum vieillesse** (ASPA et anciennes allocations), le **minimum contributif**, l'**allocation de veuvage**, le minimum de réversion, le plafond de ressources pour la majoration de pension de réversion, la majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge, la majoration forfaitaire pour enfant à charge ;

Les prestations et rente d'invalidité et d'accidents du travail et maladies professionnelles versées par l'État et les régimes spéciaux équilibrés par l'État.

- les prestations revalorisées le 1^{er} avril l'auraient été sur la base de l'inflation moyennée constatée entre 1^{er} février 2018 et le 31 janvier 2019.

Les prestations revalorisées le 1^{er} avril

Les prestations familiales : les bases mensuelles sur lesquelles sont calculées les prestations sont revalorisées à la date du 1^{er} avril et commandent la revalorisation de l'ensemble des prestations de la branche famille.

Les prestations d'invalidité et les rentes AT-MP des régimes de sécurité sociale : pensions d'invalidité, indemnité en capital AT-MP, les rentes AT-MP et le salaire minimum des rentes AT-MP, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, la majoration pour tierce personne AT-MP, l'allocation supplémentaire d'invalidité.

Les plafonds de ressources pour la complémentaire santé : couverture maladie complémentaire (CMU-c) et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Les prestations hors champ de la sécurité sociale (mais relevant du champ de l'article L. 161-25) : le revenu de solidarité active, l'allocation pour demandeur d'asile, l'allocation temporaire d'attente, l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants, la prestation transitoire de solidarité, l'allocation aux adultes handicapés.

Les prestations hors champ de la sécurité sociale (ne relevant pas de l'article L. 161-25) : la prime d'activité, les allocations pour le logement et l'aide médicale d'État.

¹ Les règles de revalorisation des pensions de retraite de base du régime des avocats font l'objet de dispositions propres fixées à l'article L. 723-11-2 du code de la sécurité sociale.

L'article exclut toutefois une série de neuf prestations dont la revalorisation ne sera pas concernée par la dérogation prévue au premier alinéa. Ces prestations, ainsi que les plafonds prévus le cas échéant pour leur service, demeureront donc revalorisés en fonction de l'inflation constatée ou d'un droit dérogatoire en vigueur :

- l'allocation de veuvage (1°) ;
- le minimum vieillesse (2°), y compris à Mayotte (8°) et à Saint-Pierre-et-Miquelon (9°). L'article 40 de la LFSS pour 2018 prévoit, que de 2018 à 2020, les montants constitutifs de l'Aspa peuvent être portés par décret à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application de l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale, renvoyant lui-même à l'article L. 161-25 ;
- l'allocation supplémentaire d'invalidité (3°) ;
- le plafond de ressource pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (4°) ;
- le revenu de solidarité active (5°) ;
- les allocations d'assurance chômage (allocation d'assurance et allocations de solidarité) et l'allocation temporaire d'attente (6°) ;
- l'allocation pour demandeur d'asile (7°).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Comme l'ont expliqué vos rapporteurs « AT-MP », « assurance vieillesse » et « famille » dans leur analyse sur l'équilibre financier de ces branches¹, la décision du Gouvernement de sous-revaloriser les prestations sociales fait massivement porter la charge d'ajustement de nos finances publiques sur les retraités et les familles ainsi que, de façon tout à fait incompréhensible au vu des excédents de la branche AT-MP, sur les personnes qui perçoivent une rente d'invalidité ou d'accident du travail.

Au niveau de la branche retraite, cette décision intervient alors que l'année 2018 a déjà été marquée pour les retraités par une absence de revalorisation des pensions et par l'augmentation d'1,7 point de CSG non compensée.

Il en va de même pour les familles, qui ont participé depuis cinq ans à l'effort de modération des dépenses sociales avec la modulation des allocations familiales en fonction des revenus depuis 2015 et l'harmonisation par le bas d'un certain nombre de montant de prestations et de plafonds de ressources décidée dans la LFSS pour 2018.

¹ Voir les quatrième, cinquième et sixième parties du tome I « Exposé général » de ce rapport.

Considérant cette mesure de sous-revalorisation comme injuste, votre commission a donc adopté un amendement n° 94 visant à la rejeter.

Il prévoit que la revalorisation de l'ensemble des prestations sociales sera indexée, dès 2019, sur l'indice des prix hors tabac prévu par le projet de loi de finances de l'année afin de protéger le pouvoir d'achat des personnes concernées pour l'année à venir.

Ce mécanisme d'indexation correspond à celui qui était en vigueur entre 1993 et 2015 et prévoit un **mécanisme de correction dans le cas où l'inflation réelle se révélerait supérieure à l'inflation prévisionnelle**.

L'impact financier pour l'année 2019 peut être estimé pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, relevant du champ de ce PLFSS, à un montant de **1,75 milliards d'euros**.

Le coût de la mesure décidée par votre commission est compensée à due concurrence par deux mesures dont l'une est de nature structurelle :

- le recul d'un an de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 63 ans à compter du 1^{er} mai 2020 avec un premier recul de cet âge d'un semestre au 1^{er} mai 2019, qui rapporterait environ 750 millions d'euros¹ ;

- une taxation exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie à hauteur d'un milliard d'euros².

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 45

(art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale
et art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977
portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon
de diverses dispositions relatives aux affaires sociales)

Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

Objet : Cet article prévoit la majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les ménages bénéficiant au titre d'un enfant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

I - Le dispositif proposé

A. Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est une aide financière versée pour compenser le coût de la garde d'un enfant. Il fait partie de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

¹ Voir le commentaire de l'amendement portant article additionnel avant l'article 44.

² Voir le commentaire de l'amendement portant article additionnel après l'article 12.

La **Paje**¹ regroupe un ensemble d'aides aux familles ayant un jeune enfant. Elle comprend quatre dispositifs :

- la **prime à la naissance ou à l'adoption**², destinée à soutenir les familles face aux dépenses liées à la naissance ou à l'adoption d'un enfant. Elle est versée sous condition de ressources.

- l'**allocation de base**³, destinée à faire face aux dépenses d'entretien et d'éducation du jeune enfant. Elle est versée sous condition de ressources jusqu'aux trois ans de l'enfant.

- la **prestation partagée d'éducation de l'enfant**⁴ (Prepree), versée aux parents qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper de leur jeune enfant.

- le **complément de libre choix du mode de garde**⁵ (CMG).

Le CMG est versé par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de la Mutualité sociale agricole (Cmsa). En 2017, **840 000 foyers** ont bénéficié du CMG, pour un coût de **6,3 milliards d'euros**⁶.

Le CMG est **versé à condition que le ménage exerce une activité professionnelle**. Cette condition n'est pas applicable :

- lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

- lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ;

- lorsque la personne bénéficie du revenu de solidarité active (RSA) et qu'elle est inscrite dans « une démarche d'insertion professionnelle ».

Les ménages ayant recours pour la garde de leur enfant à un établissement bénéficiant de financements du fonds national d'action sociale (Fnas) de la branche famille ne peuvent pas prétendre au CMG.

On distingue le **CMG « emploi direct »** du **CMG « structure »**.

- **Le CMG « emploi direct »**

Le CMG « emploi direct » est attribué au foyer qui emploie une assistante maternelle agréée⁷ ou un employé à domicile¹ pour garder son enfant.

¹ La Paje a été créée par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

² Art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 531-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale.

⁶ Cnaf, Rapport d'activité 2017, p. 51. Pour les prestations versées par les CAF uniquement.

⁷ Art. L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le CMG « emploi direct » se décompose en deux volets : le premier volet vise à **prendre en charge les cotisations et contributions sociales** de la personne employée et le second volet vise à **compenser une partie de la rémunération nette**.

Concernant la **prise en charge des cotisations et contributions sociales**, elle est totale pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée dès lors que sa rémunération ne dépasse pas par jour et par enfant cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance. Pour un employé à domicile, cette prise en charge est partielle et correspond à 50 % des cotisations et contributions sociales dans la limite d'un plafond revalorisé chaque année en fonction de l'inflation².

Concernant la **compensation de la rémunération nette**, elle correspond à une part du salaire net et des « indemnités et fournitures destinées à l'entretien de l'enfant ». En cas d'emploi d'une assistante maternelle, cette part du CMG est calculée par enfant. Elle est calculée par ménage pour un employé à domicile. **Le montant de CMG versé à ce titre est plafonné en fonction des ressources du ménage, de sa composition, et du nombre d'enfants à charge.**

- **Le CMG « structure »**

Le CMG « structure » est destiné à soutenir les familles qui recourent, pour la garde de leur enfant, à **une association ou à une entreprise habilitée employant des assistants maternels ou des employés à domicile ou à une micro-crèche.**

Le montant versé au titre du CMG « structure » vise à prendre partiellement en charge le coût de la garde de l'enfant et il est plafonné en fonction des ressources du ménage, de sa composition et du nombre d'enfants à charge.

Le CMG n'est versé que si l'enfant est gardé pendant une durée d'au moins seize heures par mois.

- **Barème et montants du CMG**

Les prestations de la Paje sont ouvertes au titre d'un enfant dont l'âge est inférieur ou égal à trois ans³. Par dérogation, **le CMG peut être versé au titre d'un enfant âgé de trois à six ans**. Dans ce cas, **les montants versés sont réduits de moitié**⁴.

Le montant de CMG versé au titre de la rémunération nette pour un emploi direct ou au titre du CMG « structure » ne peut dépasser **85 %** de la rémunération nette ou du coût de la garde⁵.

¹ Art. L. 7221-1 du code du travail.

² Art. D. 531-17 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 531-1 et D. 531-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. D. 531-20 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. D. 531-18 et D. 531-23 du code de la sécurité sociale.

Le montant du CMG est déterminé en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), revalorisée le 1^{er} avril de chaque année en fonction de l'inflation hors tabac¹.

**Montants du CMG versés pour la garde
d'un enfant de moins de 3 ans au 1^{er} avril 2018**

CMG	En % de la BMAF	En euros
<i>Emploi direct (part correspondant à la rémunération nette)</i>		
CMG maximal	114,04	469,75
CMG intermédiaire	71,91	296,21
CMG minimal	43,14	177,70
<i>Association ou entreprise employant un assistant maternel</i>		
CMG maximal	172,57	710,85
CMG intermédiaire	143,81	592,38
CMG minimal	115,05	473,91
<i>Association ou entreprise employant une garde à domicile ou micro-crèche</i>		
CMG maximal	208,53	858,98
CMG intermédiaire	179,76	740,47
CMG minimal	151	622

Sources : Commission des affaires sociales du Sénat ; articles D. 531-18 et D. 531-23 du code de la sécurité sociale et instruction interministérielle du 22 mars 2018 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2018 des prestations familiales servies en métropole.

Le **CMG maximal** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources inférieur ou égal à 20 550 euros s'il a un enfant à charge**. Ce plafond est majoré de 2 917 euros par enfant supplémentaire à charge.

Le **CMG minimal** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources supérieur à 45 666 euros s'il a un enfant à charge**. Ce plafond est majoré de 6 482 euros par enfant supplémentaire à charge.

Le **CMG intermédiaire** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources supérieur à celui ouvrant droit au CMG maximal et inférieur ou égal à celui ouvrant droit au CMG minimal**².

Le montant du CMG versé peut être majoré dans les cas suivants :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques (majoration de 10 %) ;
- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de l'AAH (majoration de 30 %) ;
- lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule (majoration de 30 %)¹.

¹ Art. L.161-25 et L. 551-1 du code de la sécurité sociale.

² Art. D. 531-18-1 du code de la sécurité sociale.

B. Les mesures proposées

1. Majoration du CMG pour les familles ayant un enfant handicapé à charge.

Le présent article vise à **ouvrir la majoration du montant du CMG aux familles bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) au titre d'un enfant dont elles ont la charge.**

Seraient donc éligibles à cette majoration du CMG **les familles au sein desquelles un enfant est en situation de handicap et qui bénéficient à ce titre de l'Aeeh.** Par conséquent, ce dispositif sera ouvert aux familles faisant une demande de CMG majoré pour la garde de leur enfant handicapé ainsi qu'aux familles effectuant cette demande pour la garde de l'un de leur enfant et qui bénéficient de l'Aeeh au titre d'un autre de leurs enfants.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé²

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) est une prestation versée à la personne qui assume la charge d'un enfant handicapé de moins de vingt ans afin de compenser les frais d'éducation et de soins liés à son handicap. Elle n'est pas soumise à condition de ressources.

On dénombre **265 000 allocataires de l'Aeeh en 2017** pour une dépense qui s'élève à 938 millions d'euros³. L'allocation est versée par les caisses d'allocation familiales (CAF) et les caisses de la Mutualité sociale agricole (Cmsa).

L'éligibilité à l'AAH est soumise à une évaluation médicale par la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH). L'enfant doit se voir reconnaître :

- soit un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ;
- soit un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et fréquenter un établissement social ou médico-social ou bénéficier d'un dispositif adapté ou d'un accompagnement pour sa scolarisation ou recourir à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la CDAPH.

L'Aeeh ne peut être versée lorsque l'enfant est accueilli dans un internat et bénéficie d'une prise en charge totale des frais de séjour par l'État, l'assurance maladie ou l'aide sociale.

Le **montant de l'Aeeh** est fixé à 32 % de la base mensuelle des allocations familiales⁴, soit **131,81 euros par mois** au 1^{er} avril 2018.

Un **complément d'allocation** peut être attribué, sur décision de la CDAPH, aux allocataires de l'Aeeh au titre de l'enfant dont le handicap exige des dépenses coûteuses ou nécessite l'aide d'une tierce personne. Le montant de ce complément varie selon le niveau du handicap, classé de 1 à 6.

Lorsqu'un parent assume seul la charge de son enfant handicapé, il peut prétendre à une **majoration de l'Aeeh pour parent isolé.**

¹ Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018. Elle a été introduite par l'article 36 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

² Art. L. 541-1 à L. 541-4 du code de la sécurité sociale.

³ Cnaf, rapport d'activité 2017, p. 51.

⁴ Art. D. 541-1 du code de la sécurité sociale.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi¹, la majoration du montant de CMG prévue par le Gouvernement serait fixée par décret à **30 %**, soit une majoration identique à celle prévue pour les allocataires de l'AAH et les familles monoparentales.

Le **coût de la mesure** serait de **0,3 millions d'euros en 2019** puis de **1,8 million d'euros en 2020** qui correspondra à la première année pleine d'application du dispositif.

La mesure concernerait un nombre limité de personnes. En effet, en 2016, 33 000 familles bénéficiaient de l'Aeeh pour un enfant de moins de 6 ans, dont 7 000 d'entre elles pour un enfant de moins de trois ans. En outre, 4 700 familles bénéficiant de l'Aeeh pour un enfant âgé de 6 à 20 ans bénéficiaient également du CMG au titre d'un autre de leurs enfants².

Le **b** du **1°** du **I** du présent article ajoute à l'**article L. 531-5 du code de la sécurité sociale**, qui régit le CMG « emploi direct », la possibilité de majorer le plafond du CMG au titre d'un enfant en situation de handicap.

Le **2°** du **I** procède au même ajout à l'**article L. 531-6 du code de la sécurité sociale**, qui encadre le CMG « structure ».

En outre, le **II** du présent article modifie l'**article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales** afin de rendre applicable cette majoration au département de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le **III** prévoit que cette majoration sera **applicable aux gardes d'enfants qui seront réalisées à compter du 1^{er} novembre 2019**.

2. Suppression de la référence à l'allocation temporaire d'attente

Les bénéficiaires de l'allocation temporaire d'attente pouvaient déroger à la condition d'exercice d'une activité professionnelle pour prétendre au versement du CMG. Or, l'allocation temporaire d'attente a été supprimée depuis le 1^{er} septembre 2017.

Par conséquent, le **a** du **1°** du **I** du présent article **supprime, à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 5423-8 du code du travail** qui régissait l'allocation temporaire d'attente et qui a été abrogé³.

¹ Annexe 9 au PLFSS, p. 383.

² Annexe 9 au PLFSS, p. 385.

³ Les articles L. 5423-8 à L. 5423-14 du code du travail, relatifs à l'allocation temporaire d'attente, ont été abrogés par l'article 87 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements rédactionnels**, à l'initiative du rapporteur général. **Le premier amendement** supprime entièrement, et non plus partiellement, un alinéa de l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, qui deviendra sans objet.

Le second amendement modifie la rédaction du III, sans en changer le fond, en précisant que le présent article entrera en vigueur « le 1^{er} novembre 2019, pour les gardes réalisées à compter de cette date. »

III - La position de la commission

Votre commission s'est prononcée favorablement à la majoration du montant du CMG pour les familles monoparentales lors de l'examen du PLFSS pour 2018. Cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018.

Tout comme les familles monoparentales, votre rapporteure considère que les familles dont l'un des enfants est porteur de handicap doivent constituer l'un des publics prioritaires de la politique familiale.

Par conséquent, **votre rapporteure est favorable au soutien à la garde d'enfants pour les familles ayant un enfant en situation de handicap**. La majoration du CMG pour ces familles doit permettre de faciliter le recrutement d'un assistant maternel ou d'un employé à domicile dont le coût peut être plus important en cas de garde d'un enfant en situation de handicap.

Toutefois, **l'impact de cette mesure risque d'être limité** : sur les 265 000 allocataires de l'Aeéh, seules 33 000 en bénéficient au titre d'un enfant de moins de six ans, soit 12,5 % des bénéficiaires, et 4 700 familles bénéficient de l'Aeéh pour un enfant et le CMG pour un autre de leurs enfants. Il convient de souligner que les enfants porteurs de handicap mais non reconnus par le biais de l'Aeéh ne pourront pas bénéficier de cette majoration. Or, la reconnaissance du handicap chez les enfants peut être tardive et intervenir bien après ses trois ans, voire ses six ans. Par ailleurs, cette majoration du CMG ne sera possible que dans la mesure où le montant versé n'excède pas 85 % du coût de la garde.

En outre, votre rapporteure souhaite rappeler les difficultés de recrutement d'assistants maternels aujourd'hui, dont le nombre a baissé ces dernières années. En effet, 312 000 assistants maternels étaient en activité auprès de particuliers en 2015, soit une baisse de 4 % par rapport à 2013¹. Le nombre d'enfants gardés par des assistants maternels depuis 2013 a diminué de 3 %, comme l'ont expliqué les représentants de la profession d'assistant maternel auditionnés par votre rapporteure.

¹ HCFEA, *rapport sur L'accueil des enfants de moins de trois ans, 10 avril 2018.*

Le développement des modes de garde et d'accompagnement des enfants handicapés nécessite donc des mesures complémentaires à celle proposée par le présent article. À cet égard, votre rapporteure accueille favorablement les objectifs figurant dans la COG signée entre l'État et la Cnaf pour les années 2018-2022 s'agissant de la garde d'enfants handicapés. Elle prévoit que les établissements d'accueil du jeune enfant bénéficieront d'une bonification spécifique pour l'accueil d'enfants porteurs de handicap.

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

Article 46

*(art. L. 531-5, L. 531-6 et L. 543-1 du code de la sécurité sociale ;
art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977
portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon
de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ;
art. 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002
relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales
et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte)*

**Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire
à trois ans sur le CMG et l'allocation de rentrée scolaire
et recours au tiers payant pour le CMG « structure »**

Objet : Le présent article procède à l'extension du CMG à taux plein pour les enfants ayant dépassé l'âge de trois ans entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année ainsi qu'à l'adaptation des règles relatives à l'allocation de rentrée scolaire pour tirer les conséquences du futur abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans. Il ouvre également la possibilité de recourir au tiers payant pour le CMG « structure ».

I - Le dispositif proposé

A. Extension du complément de mode de garde à taux plein au-delà de l'âge de trois ans

Le **complément de libre choix du mode de garde (CMG)** est l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)¹. Les prestations de la Paje sont ouvertes au titre d'un enfant dont l'âge est inférieur ou égal à trois ans². Par dérogation, **le CMG peut être versé au titre d'un enfant âgé de trois à six ans**. Dans ce cas, **les montants versés sont réduits de moitié**³.

¹ Les règles encadrant le CMG sont détaillées au commentaire de l'article 45.

² Art. L. 531-1 et D. 531-1 du code de la sécurité sociale.

³ Art. D. 531-20 du code de la sécurité sociale.

Le présent article prévoit de **maintenir le versement d'un CMG à taux plein pour les enfants ayant atteint l'âge de trois ans entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année**, avant qu'ils ne fassent leur entrée à l'école maternelle, dont l'inscription deviendra obligatoire à compter de la rentrée 2019 en raison de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans. En effet, les enfants sont accueillis à l'école maternelle en septembre de l'année civile de leur troisième anniversaire. Ceux nés avant le 31 août atteignent donc l'âge de trois ans avant de faire leur entrée à l'école maternelle.

Le dispositif proposé permettra donc aux familles de bénéficier du CMG à taux plein au titre de leur enfant qui ne sera pas accueilli à l'école maternelle jusqu'à la rentrée scolaire suivant son troisième anniversaire.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS¹, **le coût net de cette extension du CMG à taux plein s'élèverait à 51 millions d'euros pour l'année 2020.**

Pour procéder à cette extension du CMG à taux plein, les 1^o et 2^o du I du présent article modifient les **articles L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale**, qui régissent respectivement le CMG « emploi direct » et le CMG « structure ».

Le II du présent article modifie **l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales** afin de rendre applicable cette extension du CMG au département de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le IV du présent article précise que ces dispositions relatives à l'extension du CMG **s'appliqueront aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020.**

B. Recours au tiers payant pour le CMG « structure »

Le CMG « **structure** » est aujourd'hui directement versé à la famille bénéficiaire². Par conséquent, la famille doit payer la structure, association ou entreprise assurant la garde de l'enfant, avant de recevoir le montant du CMG correspondant. Ce mécanisme crée donc une avance de frais pour les familles sur la part prise en charge par le CMG. C'est particulièrement le cas à l'ouverture du droit au CMG où la famille peut avancer l'équivalent de deux mois de frais de garde avant de recevoir la prestation.

Un mécanisme de tiers payant a déjà été mis en place pour le CMG « emploi direct ». À partir de 2019, les familles bénéficiaires du CMG « emploi direct » pourront choisir un service de tiers payant « tout-en-un » leur permettant de déléguer la rémunération de l'assistant maternel ou de l'employé à domicile.

¹ Annexe 9 au PLFSS, p. 396.

² Art. L. 531-6 du code de la sécurité sociale.

Le mécanisme du tiers payant pour le CMG « emploi direct »

Le circuit de paiement du CMG « emploi direct », encadré par l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale, a été réformé par la LFSS pour 2017 puis par la LFSS pour 2018.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les bénéficiaires du CMG « emploi direct » sont tenus d'adhérer au dispositif « Pajemploi », rattaché à l'Urssaf, pour déclarer l'assistant maternel ou le salarié à domicile qu'ils emploient

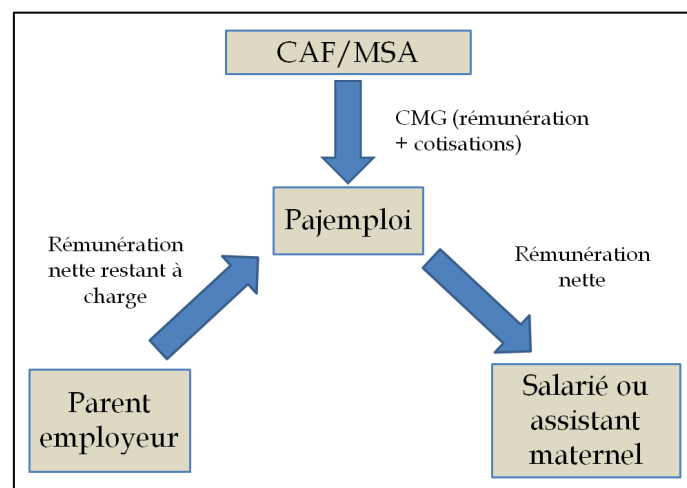
À partir de 2019, Pajemploi et le centre national du chèque emploi service (Cnesu) proposeront une offre de services dite « tout-en-un » qui permettra, pour le particulier employeur, de leur déléguer la rémunération de leur salarié. Cette offre gèrera également, à partir de 2020, le prélèvement de l'impôt à la source.

Les CAF et Cmsa verseront le montant du CMG auquel le parent employeur a droit directement à Pajemploi ou au centre du Cesu.

L'employeur continuera à déclarer au Cnesu ou à Pajemploi le nombre d'heures réalisé par son salarié au cours du mois et le salaire net qu'il souhaite lui verser. L'employeur sera alors prélevé du montant du salaire net versé et des cotisations et contributions dues restant éventuellement à charge, déduction faite du CMG « emploi direct ».

Pajemploi et le Cnesu assureront alors la rémunération nette de l'employé. Ils procéderont au versement des cotisations et contributions sociales à l'Urssaf et de l'impôt prélevé à la source à la DGFIP.

Circuit de paiement du CMG « emploi direct » lorsque l'employeur optera pour l'intermédiation par Pajemploi

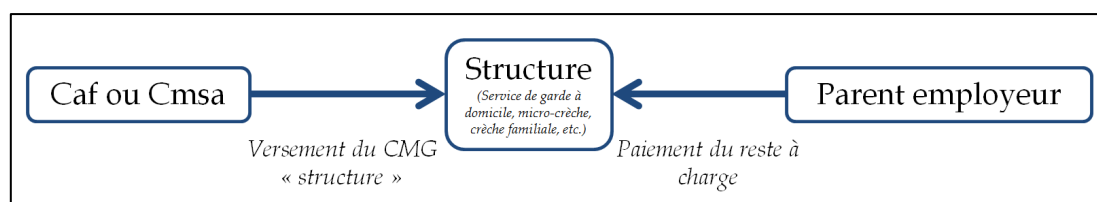


Source : Commission des affaires sociales du Sénat, rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, n° 77, Tome II, p. 204

Le 3^o du I du présent article ajoute un alinéa à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, qui encadre le CMG « structure » afin d'ouvrir la possibilité de recourir au tiers payant.

La prestation serait alors versée par les CAF et les Cmsa directement au gestionnaire, entreprise ou association proposant le service de garde. Ce dernier imputerait alors le montant du CMG perçu sur la facture mensuelle adressée aux parents.

Circuit de paiement proposé pour le CMG « structure »



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Le recours à ce mécanisme de tiers payant sera soumis à deux conditions : il sera mis en **place à la demande de la famille bénéficiaire** et **après accord de l'association ou de l'entreprise** qui assurera la garde. Les modalités d'application du dispositif devront être précisées par décret.

Le IV du présent article prévoit que ce dispositif sera **applicable aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022**.

C. Maintien de l'allocation de rentrée scolaire à partir de l'âge de six ans

L'**allocation de rentrée scolaire** (ARS) est régie par le chapitre 3 du titre 4 du livre 5 du code de la sécurité sociale (articles L. 543-1 à L. 543-3).

Elle est destinée à soutenir les familles dans la prise en charge des dépenses de la rentrée scolaire de leurs enfants.

L'ARS est attribuée pour chaque enfant « *inscrit en exécution de l'obligation scolaire*¹ » dans un établissement d'enseignement public ou privé, donc de l'âge de six ans à seize ans. Elle est attribuée jusqu'à dix-huit ans si le ménage déclare que l'enfant est toujours scolarisé.

Soumise à condition de ressources, l'ARS est versée aux ménages dont les revenus ne dépassent pas un plafond qui est majoré de 30 % par enfant à charge. L'assiette des revenus pris en compte correspond aux **revenus nets catégoriels de l'année civile de référence**, soit l'avant dernière année précédant le versement de l'allocation. Le plafond est revalorisé chaque année conformément à l'inflation hors tabac constatée pour l'année civile de référence.

¹ Art. L. 543-1 du code de la sécurité sociale.

Plafonds de ressources pour l'éligibilité à l'ARS

Nombre d'enfants	Plafond de ressources (revenus nets catégoriels 2016)
1 enfant	24 453 euros
2 enfants	30 096 euros
3 enfants	35 739 euros
Par enfant supplémentaire	+ 5 643 euros

Sources : Commission des affaires sociales ; arrêté du 27 décembre 2017 relatif au montant des plafonds de certaines prestations familiales et aux tranches du barème applicable au recouvrement des indus et à la saisie des prestations

Le montant versé varie en fonction de l'âge de l'enfant, selon trois tranches. Il est déterminé en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

Montants d'ARS versés pour la rentrée scolaire 2018

Âge de l'enfant	Montant net de l'ARS
6 à 10 ans	367,73 euros
11 à 14 ans	388,02 euros
15 à 18 ans	401,47 euros

Sources : Commission des affaires sociales ; article D. 543-1 du code de la sécurité sociale et instruction interministérielle du 22 mars 2018 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2018 des prestations familiales servies en métropole

L'allocation fait l'objet d'un **versement unique avant la rentrée scolaire**, en général au mois d'août. Elle est versée par les CAF et les Cmsa.

En 2017, l'ARS était versée à **3 millions de bénéficiaires** pour une dépense de **2 milliards d'euros**¹.

Le 4^o du I du présent article modifie l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale, qui encadre l'allocation de rentrée scolaire. Cette modification vise à **remplacer la notion d'inscription de l'enfant dans un établissement en « exécution de l'obligation scolaire » par l'atteinte d'un « âge déterminé »** pour l'enfant inscrit dans un établissement d'enseignement.

¹ Cnaf, rapport d'activité 2017, p. 51.

En effet, le maintien du droit actuel aurait pour effet d'ouvrir le droit à l'ARS dès les trois ans de l'enfant inscrit dans un établissement d'enseignement, en raison de l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire à trois ans prévu pour la rentrée scolaire de 2019.

Cette modification permet ainsi d'ouvrir le droit à l'ARS à un âge déterminé afin de le maintenir aux six ans de l'enfant, ainsi que le prévoit déjà l'article R. 543-2 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel « ouvre droit à l'allocation de rentrée scolaire chaque enfant à charge qui atteindra son sixième anniversaire avant le 1^{er} février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire. »

Le **III du présent article** modifie l'article 8 de l'ordonnance du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de **Mayotte** afin de procéder à une modification similaire, qui ouvrira le droit à l'ARS dans ce département « à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire ».

Le **IV** du présent article prévoit que **ces dispositions relatives à l'allocation de rentrée scolaire seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2019.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Il convient de rappeler au préalable que le taux de scolarisation à 3 ans était de 97,6 % en 2015. Il s'élevait à 100 % entre 4 et 6 ans, selon l'Insee. Par conséquent, l'abaissement de l'âge de la scolarisation obligatoire à 3 ans ne concernera qu'une très faible proportion des enfants. Elle peut toutefois être un levier de lutte contre les inégalités à destination des familles dont les parents sont moins impliqués dans la scolarité de leur enfant.

Les modifications apportées à **l'allocation de rentrée scolaire** ne changeront pas la situation actuelle, qui prévoit déjà son attribution à compter des six ans de l'enfant, pour les familles éligibles, alors que la quasi-totalité des enfants sont scolarisés dès trois ans.

Votre rapporteure accueille favorablement **l'extension du CMG à taux plein au-delà des trois ans de l'enfant** avant son entrée à l'école maternelle. Elle permettra d'éviter la réduction brutale du montant de CMG pour une famille bénéficiaire dont l'enfant atteint l'âge de trois ans et ne peut être encore scolarisé, ce qui avait pour conséquence d'augmenter le coût de la garde à la charge des familles pendant plusieurs mois.

Enfin, **l'ouverture d'un mécanisme de tiers payant pour le CMG « structure »** constitue une mesure de simplification des démarches pour les familles. Elle réduira les avances de frais à la charge des parents bénéficiant de cette aide pour la garde de leur enfant. Lors de l'examen du PLFSS pour 2018, votre commission s'était prononcée en faveur du nouveau circuit de paiement pour les bénéficiaire du CMG « emploi direct ». Ces circuits de paiement en tiers payant, pour les deux types de CMG, faciliteront en outre la mise en œuvre du prélèvement de l'impôt à la source qui sera mise en œuvre en 2020 pour les particuliers employeurs.

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

Article 47

(art. L.623-1, L. 623-4 et L. 663-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 722-10, L. 732-10, L. 732-10-1 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime)

Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

Objet : Cet article modifie les paramètres de l'indemnisation du congé de maternité bénéficiant aux travailleuses indépendantes et aux exploitantes agricoles, en harmonisant notamment la durée minimale d'interruption d'activité conditionnant l'accès aux prestations avec celle prévue pour les salariées.

I - Le dispositif proposé

• **Cette mesure résulte de travaux engagés par le Gouvernement depuis plus d'un an.** En juin 2017, la secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations avait annoncé la création d' « un congé maternité unique pour toutes les femmes, quel que soit leur statut ». Cette annonce reprenait l'une des promesses de campagne de l'actuel Président de la République, qui portait sur la mise en place d'un « congé de maternité unique, garanti pour toutes les femmes quel que soit leur statut (salariée, entrepreneuse, intermittente, non-salariée, statut multiple, etc.), aligné sur le régime le plus avantageux », soit celui des salariées.

Initialement annoncé pour le PLFSS pour 2018 après la concertation conduite en 2017, le projet a été repoussé l'an passé, et un rapport d'évaluation et de préfiguration de la réforme confié en janvier 2018 à notre collègue députée Marie-Pierre Rixain, présidente de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale. Ce rapport, qui comporte un état des lieux accompagné de plusieurs propositions relatives à l'harmonisation de la durée et de la rémunération du congé maternité entre toutes les professions, a été rendu public en septembre 2018¹.

¹ Mme Marie-Pierre Rixain, « Rendre effectif le congé de maternité pour toutes les femmes », juillet 2018.

Le présent article reprend certaines des propositions formulées dans le cadre de ce rapport, et **tend à harmoniser certaines des modalités d'indemnisation du congé de maternité des agricultrices non salariées et des travailleuses indépendantes avec celles applicables aux salariées** – en ne conservant, aux termes de l'étude d'impact, «*que les seules spécificités présentant une pertinence au regard de la nature de l'activité professionnelle exercée*».

• Pour mémoire, les **paramètres du congé de maternité des femmes salariées sont les suivants**, en application des dispositions du code du travail (articles L. 1125-17 et suivants) et du code de la sécurité sociale (article L. 331-3)¹ :

- la durée du congé de maternité est de **16 semaines au total**, pour une période qui s'étend par principe sur six semaines avant et dix semaines après la date présumée de l'accouchement. Pour être indemnisé, ce congé doit durer au minimum huit semaines ;
- les indemnités journalières sont calculées **sur la base des trois derniers salaires mensuels bruts réduits forfaitairement de 21 %**, dans la limite minimale de 9,39 € et la limite maximale de 86 € par jour.

Le tableau ci-après récapitule les différences entre les modalités du congé de maternité des salariées et de celui bénéficiant aux travailleuses indépendantes et aux agricultrices non salariées :

	Salariées	Travailleuses indépendantes	Agricultrices non salariées
Indemnisation	<p><u>II proportionnelles au revenu</u> (calculées sur la base des trois derniers salaires mensuels réduits forfaitairement de 21 %)</p> <p>Limite basse : 9,39 € Limite haute : 86 €</p> <p>Des conditions d'indemnisation plus favorables peuvent être prévues dans le cadre de dispositions collectives.</p>	<p><u>1. Allocation forfaitaire de repos maternel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - revenu annuel > 3862,80€ : 3 311 euros - revenu annuel < 3862,80 € : 331 euros <p><u>2. II forfaitaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - revenu annuel > 3862,80 € : 54,43 € / jour - revenu annuel < 3862,80 € : 5,44 € / jour 	<p><u>Allocation forfaitaire de remplacement</u> (conditionnée à un remplacement effectif + une durée d'affiliation d'au moins dix mois à la date de l'accouchement)</p> <p>Montant de l'allocation = prix de journée fixé par le service de remplacement (par convention avec la MSA) x nombre de jours de remplacement</p>
Durée maximum	<p><u>16 semaines (112 jours)</u>, dont 6 semaines avant et 10 semaines après la date présumée de l'accouchement</p> <p>Durée augmentée avec le nombre d'enfants à charge et en cas de grossesse multiple</p>	<p><u>74 jours</u> : 44 jours prolongeables par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs</p> <p>Majoration de durée dans les mêmes conditions que les salariées en cas de grossesse multiple</p> <p>Pas de majoration à partir du 3^e enfant</p>	<p><u>16 semaines (112 jours)</u>, dont 6 semaines avant et 10 semaines après la date présumée de l'accouchement</p> <p>Durée augmentée avec le nombre d'enfants à charge et en cas de grossesse multiple</p>
Durée minimum	<p><u>8 semaines</u>, dont 3 pour le congé prénatal</p> <p>Interdiction d'employer une salariée dans les 6 semaines suivant l'accouchement</p>	<p>Pas de durée minimum pour l'allocation forfaitaire de repos maternel</p> <p><u>44 jours</u> de cessation complète de toute activité professionnelle pour les II, dont 14 immédiatement avant la date présumée de l'accouchement</p>	<p><u>2 semaines (14 jours)</u></p>

¹ Les montants de l'allocation et des II bénéficiant aux travailleuses indépendantes, ainsi que des conditions de revenu, sont déterminés par référence au plafond de la sécurité sociale.

Source : Commission des affaires sociales

¹ Des dispositions collectives peuvent cependant prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables.

A. Les dispositions relatives au congé de maternité des travailleuses indépendantes

Le **paragraphe I** modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au congé de maternité des travailleuses indépendantes.

Ces travailleuses sont affiliées au régime général de la sécurité sociale depuis la suppression du régime social des indépendants (RSI) au 1^{er} janvier 2018 ; si la gestion des prestations est progressivement transférée aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour une période transitoire qui s'étend jusqu'au 1^{er} janvier 2010, les règles et modalités d'indemnisation des travailleuses indépendantes demeurent celles de l'ancien RSI.

En l'état actuel du droit, le congé de maternité de ces travailleuses présente, selon l'étude d'impact, deux caractéristiques :

- un niveau d'indemnisation « *avantageux* » résultant du mode de calcul des indemnités journalières, notamment pour les femmes ayant un revenu faible ou moyen ;
- une durée minimale d'interruption d'activité inférieure de 12 jours à celle bénéficiant aux salariées (soit 44 jours contre 56).

1. Par voie législative, l'alignement de la durée minimale du congé maternité sur celle bénéficiant aux salariées

• Le **a) du 1°** modifie la rédaction du I de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale afin de conditionner le versement de l'ensemble des indemnités du congé de maternité des travailleuses indépendantes à une **interruption d'activité d'au moins 8 semaines (56 jours)**.

Cette modification est opérée par l'introduction d'une référence à la durée minimale prévue par l'article L. 331-3 du même code, qui détermine les durées minimale et maximale du congé maternité des femmes salariées relevant du régime général. **La durée minimale du congé de maternité ouvrant droit, pour les travailleuses indépendantes, au bénéfice d'une indemnisation du congé de maternité est ainsi alignée sur celle des salariées.**

Cette condition de durée minimale sera applicable à la fois au bénéfice des indemnités journalières forfaitaires (aujourd'hui conditionné à une durée minimale d'arrêt de 44 jours) et à celui de l'allocation forfaitaire de repos maternel (aujourd'hui versée sans condition d'arrêt d'activité).

• Les **b), c) et d) du 1° et le 2°** procèdent à des modifications rédactionnelles dans les articles L. 623-1 et L. 623-4, afin de tirer les conséquences de la nouvelle rédaction du I de l'article L. 623-1.

Le **3°** procède à la correction d'une erreur matérielle à l'article L. 663-1, qui détermine la protection maternité applicable aux conjointes collaboratrices de travailleurs indépendants. Il s'agit de supprimer le caractère proportionnel à la durée et au coût du remplacement des indemnités complémentaires versées lorsqu'elles sont remplacées.

• Le premier alinéa du **paragraphe III** prévoit que ces dispositions entreront en vigueur pour les allocations dont le premier versement interviendra à compter du 1^{er} janvier 2019.

2. Par voie réglementaire, un alignement de la durée maximale de versement des indemnités journalières sur celle des salariées

Selon les indications figurant dans l'étude d'impact, le Gouvernement s'engage par ailleurs à **porter à 112 jours la durée maximale de versement des indemnités journalières**, soit une durée identique à celle bénéficiant aux salariées. Cette modification interviendra par voie réglementaire, un décret devant être pris avant la fin de l'année.

B. Les dispositions relatives au congé de maternité des exploitantes agricoles

1. Par voie législative, la création d'une indemnité journalière forfaitaire au bénéfice des exploitantes agricoles ne pouvant être remplacées

Le **paragraphe II** modifie les dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives au congé de maternité des exploitantes agricoles, affiliées au régime de la mutualité sociale agricole (MSA).

• Le régime actuel du congé maternité bénéficiant aux non salariées agricoles, qui repose sur une allocation de remplacement visant à rémunérer l'emploi d'une personne pour les remplacer dans leurs travaux afin de garantir la viabilité de l'exploitation pendant la durée du congé, présente selon l'étude d'impact **trois limites** :

- 40 % des exploitantes n'en bénéficient pas, en raison notamment de la difficulté à trouver une solution de remplacement ;
- l'assujettissement de l'allocation de remplacement à la CSG-CRDS¹ constitue un frein au recours à cette prestation en raison du niveau élevé de ces contributions (jusqu'à 1210 euros pour un remplacement moyen de 101 jours, alors que les exploitantes ont un revenu mensuel moyen de 797 euros) ;
- l'obligation d'interruption minimale de l'activité professionnelle pour bénéficier de l'allocation est limitée à deux semaines.

• Le 2^o procède à une réécriture de l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime, afin de prévoir le bénéfice d'une **indemnité journalière forfaitaire pour les cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole dont le remplacement ne peut être assuré** ainsi que le **conditionnement du versement des prestations maternité à une interruption minimale d'activité de huit semaines**.

¹ L'étude d'impact indique que cet assujettissement s'explique par le fait que ces contributions ne sont pas prélevées sur le salaire versé au remplaçant.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 723-10 comporte trois alinéas, au lieu de deux dans la rédaction actuelle :

- le premier détermine le régime de l'allocation de remplacement ouverte aux non salariées agricoles, désormais assorti d'une condition minimale d'arrêt de huit semaines (par référence à l'article L. 331-3 applicable aux salariées du régime général) ;
- le deuxième prévoit, par dérogation au premier alinéa (c'est-à-dire lorsque le remplacement ne peut être effectué) et pour les seules cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole, le bénéfice d'indemnités journalières forfaitaires, assorti de la même condition de durée d'interruption d'activité ;
- le troisième, relatif au congé de maternité des femmes présentant une grossesse pathologique du fait de l'exposition au diéthylstilbestrol, voit sa rédaction modifiée pour tirer les conséquences des dispositions introduites au deuxième alinéa.

L'étude d'impact précise que « l'allocation de remplacement demeure le dispositif privilégié, car le plus adapté aux contraintes des exploitantes agricoles », l'indemnité journalière constituant un dispositif « *subsidaire* ». Il est par ailleurs indiqué que cette indemnité journalière sera **forfaitaire**, « sur le modèle de celle des travailleuses indépendantes non agricoles et sur la même logique que l'indemnité journalière servie en cas de maladie aux exploitantes agricoles ».

• Les **a) et b) du 3°** modifient l'article L. 723-10-1 afin **d'étendre le bénéfice de l'indemnité journalière aux cas d'adoption ou d'accueil d'un enfant en vue de son adoption.**

La rédaction proposée emporte **trois différences par rapport au régime d'indemnisation ouvert en cas de maternité :**

- le bénéfice de l'indemnisation vaut pour les deux parents ;
- les indemnités journalières seront versées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité ;
- le bénéfice de l'indemnité journalière vaudra pour l'ensemble des non salariés agricoles, quel que soit leur statut, et non pour les seuls chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Le **b)** étend aux indemnités journalières la durée d'attribution maximale de dix semaines qui a cours pour l'allocation de remplacement.

• Le **1°** et le **4°** procèdent à des modifications rédactionnelles dans les articles L. 722-10 et L. 732-12-2 afin de tirer les conséquences de la mise en place de l'indemnité journalière forfaitaire.

• Le deuxième alinéa du **paragraphe III** prévoit que ces dispositions s'appliqueront aux arrêts de travail pour maternité débutant après le 31 décembre 2018.

2. Par voie réglementaire, la neutralisation du versement de la CSG-CRDS par les exploitantes agricoles en congé de maternité

L'étude d'impact indique que le Gouvernement procédera à la suppression du versement de la CSG-CRDS par les exploitantes en congé de maternité, dans l'objectif d'accroître l'attractivité du dispositif.

Cette suppression prendra la forme d'une compensation du montant de la CSG et de la CRDS dans le calcul du montant de l'allocation de remplacement, et d'un précomptage de ces cotisations par la MSA. Le montant en sera donc neutralisé et les exploitantes n'auront pas à procéder à son reversement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre rapporteure souligne que les mesures proposées poursuivent un objectif louable en ce qu'elles visent à rapprocher les conditions d'indemnisation des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles de celles des salariées, et à garantir une durée minimale effective du congé de maternité.

Elle s'interroge cependant sur la pertinence de l'approche incitative reposant sur la mise en place d'une durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le bénéfice des prestations de maternité. Une telle approche n'apparaît en effet pas nécessairement adaptée aux conditions d'activité des travailleuses indépendantes, dont certaines peuvent se trouver contraintes d'assurer une activité dans les semaines qui précèdent ou suivent leur accouchement pour garantir la viabilité de leur entreprise.

Elle s'interroge, d'une manière plus générale, sur l'objectif d'harmonisation attaché à la réforme proposée – justifié, dans le rapport Rixain, par les enjeux de santé publique attachés à l'interruption effective de l'activité professionnelle pendant la période précédant et suivant immédiatement un accouchement. Si un alignement de la durée maximale de versement des prestations apparaît tout à fait souhaitable, en ce qu'il permet aux femmes qui le souhaitent de bénéficier d'une indemnisation plus longue, il n'en va pas nécessairement de même s'agissant de la durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le versement des prestations.

Les travailleuses indépendantes se trouvent en effet dans une situation objectivement différente de celle des salariées : **l'enjeu n'est pas de garantir leur protection dans le cadre de l'organisation d'une entreprise, mais de leur permettre d'interrompre leur activité dans des conditions financièrement acceptables, tout en leur permettant de reprendre leur activité de manière souple et adaptée à la myriade de leurs situations personnelles.**

Le rapport précité de notre collègue députée Marie-Pierre Rixain relève à ce titre que « *les spécificités de l'exercice libéral demandent à être prises en compte dans la protection sociale accordée à ces professionnelles* », qui « *attendent une meilleure adéquation de la législation à leurs activités professionnelles. Leurs besoins s'expriment en effet différemment de ceux des salariées : lisibilité, flexibilité, souplesse, préservation de l'outil de travail. Ces besoins sont d'autant plus vivement ressentis que la plupart de ces femmes officient seules dans l'exercice de leur activité* ».

De ce point de vue, **la mesure proposée pourrait se révéler désincitative en pratique**, en ce qu'elle pourrait conduire certaines femmes à privilégier la poursuite de leur activité plutôt que le bénéfice des prestations de maternité - d'autant que la mesure n'est pas assortie d'une revalorisation du montant de ces prestations. **Il pourrait en résulter une dégradation de l'indemnisation du congé de maternité pour les travailleuses non salariées, à rebours de l'objectif affiché par le présent article.**

Votre commission des affaires sociales estime dès lors indispensable de poursuivre la réflexion sur ce sujet, et de **suspendre pour le moment l'application d'une durée minimale de cessation d'activité pour les travailleuses non salariées (amendement n° 95).**

Elle relève, d'une manière plus générale, que la multiplication des articles additionnels adoptés par l'Assemblée nationale à la suite du présent article, qui se trouvent dès lors soumis à l'examen du Sénat sans étude d'impact, témoigne d'une certaine **impréparation** sur ce sujet pourtant crucial.

Celui-ci devra faire l'objet d'une élaboration plus approfondie permettant la mise en œuvre d'un dispositif plus cohérent et plus adapté à la situation professionnelle des travailleuses indépendantes.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 47 bis (nouveau)

(art. L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 331-8 et L. 623-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1225-35 du code du travail)

**Allongement du congé paternité pendant la période
d'hospitalisation de l'enfant dans un service spécialisé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, vise à allonger le congé de paternité pendant la période d'hospitalisation lorsque l'enfant doit être hospitalisé, immédiatement après sa naissance, dans une unité de soins spécialisée.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a été adopté à l'unanimité en séance publique. Il prévoit **d'allonger le congé de paternité pendant la période d'hospitalisation lorsque l'enfant doit subir une hospitalisation postnatale** dans une unité de soins spécialisée.

1. Le droit en vigueur

Le **congé de paternité et d'accueil de l'enfant** a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002¹. Il est encadré par les **articles L. 1225-35 et L. 1225-36 du code du travail**.

Ces articles prévoient qu'après la naissance de l'enfant, le père salarié bénéficie d'un **congé de paternité de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs** en cas de naissances multiples. Le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à la mère par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou vivant maritalement avec elle peuvent aussi en bénéficier.

Le congé doit débiter dans un délai de quatre mois suivant la naissance de l'enfant. Le salarié concerné doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il souhaite prendre son congé paternité et préciser la date à laquelle il souhaite l'interrompre. Pendant la durée du congé de paternité, **le contrat de travail du bénéficiaire est suspendu**. Au terme du congé, le salarié retrouve son emploi ou « un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente² ».

Pendant la durée du congé, **le bénéficiaire qui relève du régime général perçoit une indemnité journalière identique à celle perçue par la mère au titre de son congé maternité³**. Cette indemnité n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité⁴.

Dans le champ du **régime agricole**, le congé paternité concerne également le père, le conjoint de la mère ou la personne liée par un Pacs avec elle. Il est accordé aux salariés et non-salariés agricoles, sous réserve qu'ils se fassent remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux. Ils bénéficient à ce titre d'une allocation de remplacement pendant la durée du congé paternité⁵.

Le **montant de l'indemnité journalière est calculé en déterminant le salaire journalier de base du bénéficiaire⁶**. Le montant de l'indemnité journalière versée ne peut être inférieur à 9,39 euros par jour et il est plafonné à 86 euros par jour pour les salariés relevant du régime général et pour ceux affiliés au régime agricole.

Les indemnités journalières de paternité sont **versées au bénéficiaire par l'Assurance maladie**, ou par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le travailleur s'il ne relève pas du régime général, comme c'est le cas pour le versement des indemnités journalières versées aux mères lors de leur congé maternité.

¹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

² Art. L. 1225-36 du code du travail.

³ Art. L. 331-3 et L. 331-8 du code de la sécurité sociale pour les personnes relevant du régime général et art. L. 623-1 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants.

⁴ Art. L. 331-8 du code de la sécurité sociale

⁵ Art. L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Art. R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, aux termes de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, **le financement de ce dispositif est intégralement pris en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)**. Ainsi, son coût s'est élevé pour la Cnaf à 263 millions d'euros en 2017. La Cnaf assure donc le remboursement du coût du dispositif aux organismes de sécurité sociale versant les indemnités, dont le principal est la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

En 2016, **400 000 bénéficiaires ont pris leur congé de paternité**, pour 783 000 naissances, soit un **taux de recours évalué à 67 %**, relativement stable depuis 2003. Ce sont 7 pères éligibles sur 10 qui ont eu recours au congé de paternité dans son intégralité et la majorité d'entre eux prend le congé de paternité dans le mois qui suit la naissance de l'enfant¹.

2. La mesure proposée

Le code de la sécurité sociale² prévoit qu'en cas de **naissance prématurée** de plus de six semaines avant la date du terme prévue, suivie d'une hospitalisation, **le congé maternité est rallongé du nombre de jours séparant la date de l'accouchement de celle présumée**. Or, **l'allongement du congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant n'est pas prévu par le droit actuellement en vigueur**.

Le III modifie l'article L. 1225-35 du code du travail qui encadre le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, pour y ajouter un alinéa. Celui-ci prévoit que **lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite, immédiatement après sa naissance, son hospitalisation dans une unité de soins spécialisée, le congé paternité sera de droit pendant la durée de l'hospitalisation**. Cette durée sera toutefois limitée par décret. En outre, un arrêté ministériel définira les unités de soins spécialisées concernées.

Le I du présent article modifie l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, qui encadre le congé de paternité pour les travailleurs relevant du régime agricole, pour rendre cette mesure applicable au **régime agricole**.

Le 1° du II modifie l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale, qui régit le congé de paternité pour les personnes rattachées au **régime général**, afin de mentionner l'alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail, ajouté par le présent article, et d'indiquer que l'indemnité journalière versée au titre du congé de paternité le sera également pendant la durée d'hospitalisation de l'enfant.

Le 2° du II modifie l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, qui encadre le congé de paternité pour les **travailleurs indépendants**, pour indiquer que le versement des indemnités journalières s'effectuera pendant la durée d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale, lorsque l'enfant devra être hospitalisé dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail. Un décret devra fixer les modalités d'application de ces dispositions nouvelles.

¹ Igas, Évaluation du congé paternité, rapport n° 2018-022R, juin 2018.

² Art. L. 331-3 du code de la sécurité sociale.

Le **IV** prévoit l'entrée en vigueur du présent article pour les naissances intervenant à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2019.

Lors de la présentation en séance publique de l'amendement visant à insérer le présent article, la ministre des solidarités et de la santé a indiqué que le **coût de cette mesure serait d'environ 25 millions d'euros en 2019 et de 33 millions d'euros en année pleine, pour la branche famille.**

II - La position de la commission

Le présent article traduit l'une des recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) consacré à *l'Évaluation du congé de paternité*, publié en juin 2018. La recommandation n° 8 du rapport propose en effet de « *prolonger la durée du congé de paternité pour les nouveau-nés prématurés ou hospitalisés avec complications, d'une durée équivalente à l'ensemble des journées d'hospitalisation et au minimum aux périodes de réanimation et de soins intensifs.* »

La mesure proposée concernerait ainsi principalement les nouveau-nés prématurés, dont le nombre est en hausse, comme l'indique le rapport de l'Igas : de 5,9 % des naissances en 1994 à 8 % en 2016, soit 60 000 naissances.

Ces situations où l'enfant est hospitalisé sont souvent sources de difficultés pour les familles et notamment pour les pères qui, bien souvent, doivent continuer de travailler. **L'allongement du congé paternité pendant la durée d'hospitalisation permettra ainsi de renforcer la disponibilité des pères** pour assurer le suivi de l'enfant, soutenir la mère pendant cette période et éventuellement s'occuper des autres enfants à charge. L'accompagnement du nouveau-né prématuré est également essentiel pour son développement et il sera ainsi facilité par la présence des deux parents pendant la durée de l'hospitalisation.

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

Article 47 ter (nouveau)

(art. L. 131-6-1-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Report des cotisations et contributions sociales
pendant le congé de maternité ou d'adoption
pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure un mécanisme de report des cotisations et contributions sociales au bénéfice des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles pendant leur congé de maternité ou d'adoption.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement.

- Son **paragraphe I** crée dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 131-6-1-1 réglant le régime des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendantes et les exploitants agricoles pendant leur congé de maternité ou d'adoption.

Ce nouvel article se compose de trois alinéas.

Le premier prévoit le principe selon lequel **les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles bénéficient d'un report de leurs cotisations ou de leurs contributions provisionnelles ou définitives pendant la durée de leur congé de maternité ou d'adoption**. Cette durée est définie par référence à la durée de versement des indemnités journalières auxquelles ces travailleurs peuvent prétendre au titre de leur congé de maternité ou d'adoption.

Les travailleurs concernés sont les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime micro-social et les travailleurs affiliés au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. La rédaction proposée vise, pour cette seconde catégorie, les travailleurs relevant du régime d'assurance vieillesse et veuvage de ce régime de protection sociale.

Le deuxième alinéa prévoit que **le paiement des cotisations ou contributions reportées pourra être effectué de manière échelonnée** sur une durée maximale de 12 mois. Cette durée de principe pourra être portée à 24 mois en cas de circonstances exceptionnelles, par décision du directeur de la caisse de sécurité sociale compétente.

Le troisième alinéa précise que ce report ne donnera pas lieu à des majorations ou à des pénalités de retard, le régime proposé étant mis en place à titre dérogatoire au droit commun du recouvrement des cotisations et contributions sociales. L'exposé des motifs de l'amendement gouvernemental précise que cet aménagement des conditions de remboursement de la dette créée par le report de cotisations a été construit comme un alignement sur les conditions offertes aux entreprises en difficulté.

• Le **paragraphe II** prévoit une entrée en vigueur de ces dispositions au 1^{er} janvier 2020 pour les seuls professionnels libéraux. *A contrario*, elles entrent donc en vigueur dès la promulgation de la loi pour les exploitants agricoles.

L'exposé des motifs indique que cette entrée en vigueur différée pour les professions libérales est rendue nécessaire par les développements informatiques à mettre en œuvre.

II - La position de la commission

Votre commission des affaires sociales est favorable à cet article, qui aux termes de l'exposé des motifs de l'amendement présenté par le Gouvernement, permettra aux travailleurs concernés d'éviter de consacrer une partie des indemnités journalières qui leur sont versées pendant leur congé de maternité ou d'adoption au règlement des appels de cotisations sociales, et de se retrouver par conséquent avec un reste à vivre très faible.

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

Article 47 quater (nouveau)

Information des travailleuses enceintes sur leurs droits

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, crée une obligation d'information des femmes enceintes sur leurs droits à la charge des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, résulte de l'adoption en séance publique de deux amendements identiques présentés, d'une part, par son rapporteur général et plusieurs de ses collègues du groupe La République en marche, et, d'autre part, par Mme Marie-Pierre Rixain et plusieurs de ses collègues du même groupe, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Le dispositif proposé se compose d'un unique alinéa non codifié.

Il est proposé de créer, à la charge des organismes de sécurité sociale compétents, une obligation d'information des travailleuses enceintes sur les droits dont elles peuvent bénéficier.

Cette information prendra la forme de l'envoi d'un document aux intéressées dès la réception de leur déclaration de grossesse.

Elle portera sur deux aspects : la description de l'ensemble de leurs droits, et une information portant spécifiquement sur la possibilité d'un report de cotisations sociales tel qu'ouvert par l'article 47 *ter* du présent projet de loi.

II - La position de la commission

Votre commission des affaires sociales considère que cet article va dans le bon sens, dans la mesure où l'information des intéressés sur leurs droits constitue la condition nécessaire de leur pleine application. Il constitue le pendant nécessaire des dispositions adoptées à l'article 47 *ter*.

Elle a adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un amendement de précision permettant de distinguer l'obligation d'information générale sur les prestations de maternité et les droits associés, qui vaut pour l'ensemble des femmes enceintes, de celle qui porte sur la possibilité du report de cotisations, qui concerne seulement certaines travailleuses (**amendement n° 96**).

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 47 quinquies (nouveau)

Expérimentation d'une possibilité de reprise progressive de l'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la mise en place au 1^{er} janvier 2020 d'une expérimentation relative à la reprise partielle d'activité pour les travailleuses indépendantes en congé de maternité, au terme de la durée minimale de huit semaines de cessation totale d'activité.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à la mise en place d'une expérimentation relative à la reprise partielle d'activité pour les travailleuses indépendantes en congé de maternité.

Il est proposé que cette expérimentation soit mise en place **pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2020**, et qu'un rapport d'évaluation soit remis par le Gouvernement au Parlement au moins trois mois avant qu'elle ne prenne fin.

Cette expérimentation est construite par dérogation aux dispositions de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale prévoyant le régime des prestations versées aux travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité, dans leur rédaction résultant de l'article 47 du présent projet de loi. Ces dispositions conditionnent le versement de l'allocation forfaitaire de repos maternel et des indemnités journalières forfaitaires à la cessation totale de l'activité de la travailleuses indépendante pendant au moins huit semaines.

L'expérimentation ouvre la possibilité pour ces travailleuses de continuer à percevoir des indemnités journalières en cas de reprise partielle de leur activité au terme de cette durée minimale de huit semaines. Cette reprise partielle d'activité ne pourra excéder une journée hebdomadaire entre la 9^e et la 12^e semaine incluses du congé de maternité, et deux journées hebdomadaires de la 13^e à la 16^e semaine.

Il est précisé que les journées travaillées dans ce cadre ne donneront pas lieu au versement d'indemnités journalières. Leur versement pourra cependant être reporté, dans la limite de dix jours au maximum, « à l'issue de la durée d'attribution fixée en application de l'article L. 623-1 ». Cette formulation quelque peu obscure semble renvoyer à la limite maximale de 112 jours qui, selon l'étude d'impact annexée à l'article 47 du présent projet de loi, sera fixée par voie réglementaire.

II - La position de la commission

Votre commission n'est pas hostile au principe de cet article, qui a le mérite de prendre en considération l'exigence de souplesse qui caractérise l'activité professionnelle de nombreuses travailleuses indépendantes.

Par cohérence avec la position prise sur l'article 47, elle propose cependant la suppression de cet article (**amendement n° 97**) et le renvoi de l'ensemble des dispositions touchant au congé de maternité des travailleuses indépendantes à un examen plus approfondi permettant la mise en place d'un dispositif plus adapté et plus cohérent.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 48

(art. L. 622-3, L. 632-1 et L. 646-4 du code de la sécurité sociale ;
art. 20-10-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996
relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité,
invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte
et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte)

**Convergence des règles en matière d'IJ
et de pension d'invalidité vers le régime général**

Objet : Cet article supprime, d'une part, la condition fixée aux travailleurs indépendants d'être à jour de leurs cotisations annuelles pour bénéficier des indemnités journalières maladie et maternité et d'autre part, octroie automatiquement la pension de retraite pour inaptitude à l'ensemble des travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité quelle que soit leur catégorie.

I - Le dispositif proposé

À la suite de la suppression du régime social des indépendants décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'intégration des travailleurs indépendants au sein du régime général nécessite d'aligner certaines règles leur étant actuellement applicables sur celles des salariés.

1. La suppression de la condition pour les travailleurs indépendants d'être à jour du paiement de leurs cotisations sociales pour le versement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie-maternité

Il en est ainsi du versement des indemnités journalières maladie et maternité pour le bénéfice duquel les travailleurs indépendants doivent remplir trois conditions cumulatives : justifier d'un arrêt de travail, d'un an d'affiliation en tant que travailleur indépendant et d'être à jour du paiement des cotisations annuelles.

Cette troisième condition- être à jour de ses cotisations- n'est pas vérifiée pour un salarié, ce dernier ne pouvant pâtir d'un éventuel défaut de paiement des cotisations d'assurance maladie-maternité de la part de son entreprise.

Afin de faciliter la gestion des indemnités journalières, le présent article supprime cette condition et réécrit intégralement l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, qui détermine les règles de versement des indemnités journalières pour les travailleurs indépendants (**I. 1°**).

La nouvelle rédaction précise que le bénéfice des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pour les travailleurs indépendants (les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale) est soumis à la condition de justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi qu'au paiement d'un montant minimal de cotisation dans les conditions fixées par décret. Le paiement d'un montant minimal de cotisation fait référence au principe d'une assiette minimale¹ sur la base de laquelle est calculée la cotisation d'assurance maladie.

Disparaît donc la condition d'être à jour de ses cotisations annuelles. Afin de conserver un lien entre la perception de l'indemnité journalière et le paiement d'une cotisation assise sur un salaire, le second paragraphe de l'article L. 622-3 dans sa nouvelle rédaction précise que le revenu d'activité pris en compte pour le calcul des indemnités journalières est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté de ses cotisations sociales, à la date d'arrêt de travail.

Ce lien entre le montant de l'indemnité journalière et le paiement effectif d'une cotisation permettra de maintenir « *un mécanisme incitatif au versement des cotisations s'agissant de prestations en espèces de nature contributive, avec un ajustement du droit en fonction des cotisations réellement acquittées par le travailleur indépendant* »².

Alors que la suppression de la condition du paiement préalable des cotisations s'appliquera pour les arrêts de travail postérieurs au 1^{er} janvier 2019, le **III** prévoit que cette dernière disposition n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2020. L'étude d'impact avance des « *raisons techniques* ».

En cohérence, le **II** opère la même simplification pour le territoire de Mayotte en supprimant une disposition de l'article 20-10-2 de l'ordonnance du 20 décembre 1996³. S'agissant du lien entre prestations et effectivité du paiement de la cotisation qui n'apparaît pas dans le texte législatif applicable à Mayotte, la direction de la sécurité sociale précise qu'un décret pourra fixer un critère de prise en compte du revenu effectivement cotisé.

Les règles de gestion étant spécifiques à ce territoire et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

¹ L'article D. 621-1 précise que la cotisation annuelle, y compris celle due au titre des première et deuxième années d'activité, ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 40 % de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale. L'assiette prise en compte pour ce risque est donc soit l'assiette réelle si elle est supérieure à 40 % du PASS, soit 40 % du PASS si les revenus d'activité du travailleur indépendant sont inférieurs. Cette disposition n'est en effet pas modifiée par le projet d'article.

² Étude d'impact, p. 414

³ Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

2. L'octroi automatique de la pension de retraite pour inaptitude à l'ensemble des travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Actuellement, seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive peuvent se voir attribuer automatiquement une pension de retraite au taux plein dès l'âge minimum légal. Cette disposition est prévue par l'article 23 du règlement invalidité-décès des travailleurs non-salariés¹.

Les titulaires d'une pension d'invalidité partielle au métier² doivent *a contrario* être reconnus inaptes par le médecin conseil pour pouvoir bénéficier d'une telle pension au même âge.

Pour les salariés du privé, les pensions d'invalidité, qu'elles soient de catégorie 2 et 3 (incapacité totale et permanente de travailler) ou de catégorie 1 (incapacité partielle) se transforment automatiquement en pension de retraite dès l'âge d'obtention du taux plein.

En effet, le premier alinéa de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale prévoit que la pension d'invalidité prend fin à l'âge d'obtention du taux plein. La seconde phrase de cet alinéa précise qu'elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

Or, pour les travailleurs indépendants, l'article L. 632-2 sur lequel sont fondées les pensions d'invalidité totale ou partielle des non-salariés prévoit seulement le principe de la fin de la pension d'invalidité à l'âge d'obtention du taux plein, par référence à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 341-15. La seconde phrase relative au remplacement de cette pension d'invalidité en pension de vieillesse à taux plein n'est pas visée.

C'est pourquoi ce remplacement est prévu par voie réglementaire mais uniquement pour les pensions d'invalidité totale. Afin d'aligner les règles de gestion applicables aux travailleurs indépendants sur celles des salariés, une modification du code de la sécurité sociale est nécessaire.

Le 2° du présent article modifie l'article L. 632-1 du code de la sécurité sociale afin que les pensions d'invalidité totale et partielle prennent non seulement fin lors de la retraite mais qu'elles soient également remplacées automatiquement par une pension de retraite à taux plein en visant le premier alinéa de l'article L. 341-15 dans son intégralité.

Le III prévoit une entrée en vigueur de cette disposition le 1^{er} janvier 2019.

Le 3° du présent article procède à la correction d'une erreur matérielle à l'article L. 646-4 du code de la sécurité sociale.

¹ Défini par l'arrêté du 4 juillet 2014 portant approbation des règlements des régimes d'assurance invalidité-décès des travailleurs non-salariés des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales.

² Lorsque l'état de l'assuré présente une perte de capacité de travail ou de gain supérieure à 2/3 par rapport aux conditions physiques requises pour la profession exercée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de son rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Le présent article contribue à faciliter la gestion des travailleurs indépendants au sein du régime général, après la suppression du RSI le 1^{er} janvier 2018.

Le maintien d'un lien entre le montant des indemnités journalières et le paiement effectif des cotisations sociales était essentiel. Le rapport du Sénat sur le RSI en 2014 avait souligné l'importance du lien cotisations-prestations comme élément constitutif de l'identité du régime des indépendants¹.

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

¹ *op. cit*

Article 49

(art. L. 133-4, L. 133-4-1, L. 161-17-1-1, L. 355-3, L. 553-2, L. 815-11, L. 821-5-1, L. 835-3, L. 845-3, L. 861-3 et L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation ; art. 20-5-6 et 20-8-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; art. 20, 35-3 et 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ; art. 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte ; art. 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au département de Mayotte ; art. 8-4 [nouveau], 9-6 et 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon)

**Amélioration du recouvrement de diverses sommes
par les organismes de sécurité sociale**

Objet : cet article propose de renforcer les mécanismes de recouvrement des prestations indûment versées par les organismes de sécurité sociale, notamment en instaurant un principe de fongibilité de l'ensemble des créances.

I - Le dispositif proposé

A. La fongibilité des prestations sociales pouvant faire l'objet d'une retenue afin de récupérer des indus

Le présent article propose de renforcer sensiblement la fongibilité des prestations sociales pouvant faire l'objet d'une retenue afin de récupérer des prestations indûment versées.

Actuellement, chaque branche procède à des retenues sur les seules allocations qu'elle verse. De ce fait, des branches versant des prestations régulières (vieillesse ou famille) ont de meilleures facultés de récupération que des branches dont l'action est plus ponctuelle (maladie ou AT-MP).

Il est proposé de **créer une fongibilité sur les prestations suivantes, qui permettrait une récupération des indus sur des prestations versées par d'autres branches que celle concernée par le versement des indus :**

- les prestations maladie, y compris en provenance de la protection complémentaire santé ;

-
- les pensions d'invalidité ;
 - les pensions d'assurance vieillesse ou de veuvage du régime de base ;
 - les prestations familiales ;
 - l'allocation de solidarité aux personnes âgées et l'allocation supplémentaire d'invalidité ;
 - l'allocation aux adultes handicapés ;
 - les allocations de logement en faveur des personnes âgées, informes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi ;
 - la prime d'activité ;
 - l'aide personnalisée au logement ;
 - le revenu de solidarité active indûment versé.

À cette fin, les 2°, 4°, *b* du 5°, 6°, 7°, *b* du 8° et le 9° du I, le II et le *b* du III du présent article proposent d'introduire un alinéa en ce sens au sein, respectivement, des articles L. 133-4-1, L. 355-3, L. 553-2, L. 815-11, L. 821-5-1, L. 835-3 et L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Le 3° du I du présent article propose d'inclure au sein de l'article L. 161-17-1-1 du code de la sécurité sociale une référence à l'article L. 355-3 du même code, relatif aux procédures de recouvrement des indus, afin qu'il soit mentionné dans ces dispositions qui fixent les droits et procédures s'appliquant aux prestations de retraite qui font l'objet d'une information par voie électronique par les organismes gestionnaires des systèmes de retraite de base et complémentaires obligatoires.

Cette faculté de récupération serait toujours encadrée par les règles suivantes.

Tout d'abord, un organisme de sécurité sociale ne pourrait recouvrer un indu auprès d'un autre organisme que s'il ne peut le recouvrer sur des prestations qu'il verse lui-même.

Ensuite, **la personne concernée ne doit pas contester le caractère indu de la prestation qui lui a été versée.** Tout recours, qu'il soit administratif ou contentieux, serait donc suspensif, tout comme il l'est d'ailleurs actuellement au sein de chaque branche.

De plus, **la personne concernée pourrait toujours opter pour un remboursement**, en un ou plusieurs versements, dans un délai fixé par voie réglementaire dans la limite de douze mois.

En outre, **la récupération devrait se faire avec l'accord de l'intéressé.** L'allocataire aurait donc la faculté de contester ce mode de récupération pour lui privilégier un autre, comme le remboursement direct en un ou plusieurs versements.

Enfin, **l'intéressé ne devrait pas être débiteur de la branche qui gère la prestation sur laquelle pourrait être effectuée la récupération.** Chaque branche resterait donc, en quelque sorte, prioritaire sur ses propres prestations.

Dans tous les cas, les sommes seraient récupérées selon les règles encadrant la branche à laquelle est déléguée la récupération. Les conditions d'application et le traitement comptable de ces opérations seraient déterminés par décret.

L'étude d'impact estime que ce dispositif pourrait permettre de **recouvrer 3 % d'indus supplémentaires.** Pour un total d'indus de l'ordre de 3,3 milliards d'euros (chiffre de 2016), **le rendement de cette mesure serait donc d'environ 100 millions d'euros.**

B. L'application des règles de recouvrement de l'indu aux personnes exerçant illégalement une profession de santé

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale régit les dispositions relatives au recouvrement des indus par les organismes concernés en cas en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation par des professionnels ou établissements.

Le cinquième alinéa de cet article précise que ces mêmes règles de récupération de l'indu s'appliquent en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Le 1° du I du présent article propose de compléter ce même cinquième alinéa afin qu'il y soit expressément indiqué que les règles de récupération de l'indu s'appliqueraient également lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce.

L'intéressé ne pourrait donc paradoxalement se prévaloir de sa qualité de non-professionnel de santé au sens strict pour se dérober à son obligation de remboursement.

C. Le renforcement des sanctions en cas de fraude à certaines prestations

Le *a* du 5° du I, le *a* du 8° du I et le *a* du III du présent article proposent de compléter, respectivement, les articles L. 553-2 et 835-3 de la sécurité sociale et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, relatifs aux **prestations familiales**, aux **allocations de logement** et à **l'aide personnalisée au logement**.

L'objet de cet ajout est, à chaque fois, de **permettre au directeur de la caisse d'allocations familiales, en cas de fraude, de majorer de majorer la retenue sur prestations d'un montant fixé par décret**, qui ne pourrait excéder 50 %. Ce taux serait doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de retenue.

Selon l'étude d'impact, cette mesure pourrait augmenter les sommes recouvrées de **36 millions d'euros** en 2019.

D. L'extension des mécanismes de récupération aux sommes dues par les organismes de protection complémentaire de santé

Le 10° du I du présent article propose de compléter l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale afin d'améliorer le recouvrement des sommes avancées par les caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre du tiers payant et à récupérer auprès des organismes complémentaires. À cette fin, **en cas de dépassement du délai de paiement, les organismes complémentaires pourraient se voir infliger une majoration de 10 %**. Les modalités d'application de ce dispositif, ainsi que celles selon lesquelles le directeur de la CPAM pourrait délivrer une contrainte serait définies par décret.

Le *b* du 11° du I du présent article propose de compléter l'article L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale afin que ces mêmes dispositions s'appliquent dans le cadre de l'aide à la complémentaire de santé. Le *a* du même 11° vise à ce que le recouvrement des sommes versées indûment dans ce même cadre puisse s'effectuer dans les conditions prévues pour les prestations maladie, ce qui permettrait notamment la délivrance d'une contrainte.

Selon l'étude d'impact, ces mesures pourraient rapporter **5 millions d'euros** à la branche maladie.

E. L'application du dispositif dans certaines collectivités d'outre-mer

Le IV du présent article propose d'appliquer l'ensemble des dispositions précédemment décrites à Mayotte. À cette fin, le code de la sécurité sociale n'étant pas directement applicable dans le Département de Mayotte, les ordonnances qui lui sont spécifiques doivent être modifiées en ce sens.

Le V du présent article propose, pour les mêmes raisons, de modifier les ordonnances applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

F. L'entrée en vigueur de ces dispositions

Le VI du présent article propose que l'ensemble de ses dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception de celles qui sont relatives à la fongibilité des récupérations d'indus sur prestations sociales, qui ne s'appliqueraient qu'à compter du 1^{er} janvier 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article en le modifiant simplement par deux amendements de précision rédactionnelle.

III - La position de la commission

Votre commission approuve les différents dispositifs proposés au sein du présent article, qui visent à améliorer la récupération d'indus dont le montant élevé est régulièrement mis en exergue par la Cour des comptes.

S'agissant de la principale disposition, à savoir la création d'un principe de fongibilité inter-branches des prestations aux fins de récupération des indus, il est à noter que le droit proposé encadre cette innovation de principe par plusieurs dispositions protectrices des allocataires. La nécessité d'obtenir le consentement de l'intéressé pour procéder à la récupération de l'indu sur une prestation servie par un autre régime doit, à cet égard, être soulignée. De ce fait, l'objectif, légitime, d'amélioration de récupération des sommes indûment versées ne devrait pas déséquilibrer les relations entre les organismes de sécurité sociale et les allocataires.

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

Article 50

*(art. L. 133-5-3, L. 133-5-4, L. 221-1, L. 222-1,
L. 223-1, L. 542-2 et L.831-4 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime ;
art. L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation)*

Modernisation de la délivrance des prestations sociales

Objet : Cet article crée une déclaration sociale nominative pour les revenus de remplacement, assigne aux caisses de sécurité sociale une mission de lutte contre le non-recours aux droits et instaure une base de données provisoire pour la mise en œuvre des nouvelles modalités de calcul des aides au logement.

I - Le dispositif proposé

A. Déclaration sociale nominative complémentaire pour les revenus de remplacement

Le présent article prévoit de créer **une déclaration sociale nominative (DSN) pour les revenus de remplacement**, en complément de celle existant pour les revenus d'activité.

La déclaration sociale nominative

Créée par la loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives¹, la **déclaration sociale nominative** (DSN) permet la transmission par l'employeur aux organismes de sécurité sociale d'informations relatives à chacun de ses salariés ou assimilés.

Cette **déclaration concerne toutes les entreprises employant des salariés. Transmise mensuellement par voie électronique**, elle contient le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois. Les entreprises ou leurs mandataires transmettent les données sur le site internet *net-entreprises.fr*, géré par le Groupement d'intérêt public Modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS).

Les données sont récupérées par l'AcoSS ou la MSA selon l'affiliation des entreprises, puis contrôlées et transmises aux différents organismes de sécurité sociale selon leurs besoins. La DSN s'est déployée en trois phases étalées entre 2013 et 2017 afin de remplacer progressivement les diverses déclarations effectuées par les employeurs auprès de plusieurs organismes.

Ainsi, **une entreprise relevant du régime général a vu la DSN se substituer à dix déclarations périodiques**, dont la déclaration annuelle des données sociales, et deux déclarations d'évènements (arrêts ou reprise de travail suite à une maladie et fin du contrat de travail) à effectuer².

Son déploiement est quasiment achevé pour les entreprises employant des salariés. Ainsi, la Cour des comptes constate qu'à la mi-mars 2018, seules 35 000 entreprises du régime général n'avaient pas recours à la DSN, soit 4 % de la cible. Les employeurs publics ne sont pour l'instant pas soumis à la DSN. Elle ne concerne pas non plus les particuliers employeurs.

La DSN permettra également aux employeurs, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'accomplir la transmission d'informations requises au titre de la retenue de l'impôt à la source.

La mise en œuvre d'une DSN pour les **revenus de remplacement** (pensions de retraite, allocations chômage, indemnités journalières, allocations sociales) vise à sécuriser et élargir le champ des informations mises à la disposition des organismes de sécurité sociale, dans **un objectif de réduction des indus et des erreurs de versement**. Elle complètera également la mise en place du **prélèvement à la source pour les revenus de remplacement** (PASRAU).

¹ Art. 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives.

² Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2018.

Le 1° du I du présent article **modifie l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale** qui régit la DSN, afin de créer un II *bis* **instaurant une DSN complémentaire pour les revenus de remplacement.**

Cette DSN concernera :

- tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la DSN ;

- tout organisme versant des prestations sociales, y compris les organismes de protection sociale complémentaire.

Ces organismes transmettront **mensuellement, par voie électronique, les informations pour chaque attributaire relatives aux versements qu'ils effectuent.** Il est précisé que ces données ne serviront qu'au recouvrement des cotisations et contributions sociales ainsi que de certaines impositions, à la vérification de leur montant, au calcul des droits des assurés aux prestations sociales et à l'accomplissement des missions des organismes destinataires. En outre, cette déclaration permettra d'accomplir la transmission d'informations requises au titre de la retenue de l'impôt à la source.

Le 2° du I modifie l'article L. 133-5-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'application de **pénalités en cas de défaut de production de la DSN par l'employeur,** afin de le rendre applicable à « toute personne » couverte par la DSN, non plus seulement les salariés, et **étendre ainsi les pénalités à la DSN pour les revenus de remplacement.**

Aux termes du A du VI, ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Le IV modifie également l'article L. 133-5-3 afin de préciser que **les données qui seront issues de cette DSN seront conservées « pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. »** Le B du VI précise que cette disposition relative au délai de conservation des données **entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2020.**

B. Lutte contre le non-recours aux droits

Bien que difficile à quantifier, **le non-recours aux droits sociaux est un enjeu significatif,** identifié ces dernières années par les pouvoirs publics qui tentent de mieux évaluer ses causes pour accroître l'accès aux droits. La lutte contre le non-recours aux droits est en effet essentielle pour réduire la pauvreté, le chômage et l'exclusion sociale. À titre d'exemple, les caisses d'allocations familiales (CAF) ont récemment estimé que **11 %** de leurs allocataires ne bénéficient pas de l'ensemble des droits auxquels ils pourraient prétendre¹.

¹ Christine Cloarec Le Nabour, Julien Damon, rapport remis au Premier ministre sur « La juste prestation », septembre 2018, p. 17.

Lors de son audition par votre commission, la présidente de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) s'est félicitée de la réussite des « **rendez-vous des droits** » organisés par les CAF depuis 2014 et qui ont été au nombre de 300 000 l'an dernier, se traduisant par un fort taux d'ouverture de droits à leur issue. En effet, il est estimé que 63 % des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits.¹ Le développement de ces dispositifs au sein des caisses de sécurité sociale, au contact des usagers, peut ainsi être un levier pour accroître l'accès aux droits sociaux.

Afin de lutter contre le non-recours au droit, **le présent article assigne à chaque caisse nationale de sécurité sociale la mission de « définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et de ses ressortissants ».**

Pour attribuer cette mission à chaque caisse nationale, le présent article procède aux modifications suivantes :

- le 3° du I modifie l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale pour assigner cette mission à la **Caisse nationale de l'assurance maladie** (Cnam) ;

- le 4° du I modifie l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale pour attribuer cette mission à la **Caisse nationale d'assurance vieillesse** (Cnav) ;

- le 5° du I modifie l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale pour l'application de cette mission à la **Caisse nationale des allocations familiales** (Cnaf) ;

- le II modifie l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime pour l'attribution de cette même mission à la **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole** (Ccmsa).

Le A du VI précise que ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

C. Ajustement de la base ressources et mise en place d'une base de données provisoire pour le calcul des aides au logement

1. La réforme des aides au logement

Les aides au logement vont connaître une réforme de leur calcul en 2019. Cette réforme dite de « **contemporanéisation des ressources** » permettra de calculer les aides au logement **sur la base des revenus contemporains des allocataires**, au lieu de prendre en compte ceux de l'avant-dernière année précédant la demande d'allocation.

¹ Drees, *Études et Résultats*, n° 1058, avril 2018. Données pour mars 2016.

L'objectif de cette réforme est de mieux ajuster les prestations versées à la situation du bénéficiaire en temps réel. **Le montant de la prestation pourra s'ajuster tous les trimestres à l'évolution des ressources.** Cet ajustement se fera de manière automatique, sur la base des déclarations sociales nominatives et des systèmes d'information mis en place pour le prélèvement de l'impôt à la source.

Cette réforme devrait permettre de réaliser une économie de 0,9 milliard d'euros pour le budget de l'État¹.

2. Les mesures proposées

a) Autorisation à prendre en compte des périodes de ressources différentes selon la nature des revenus

Afin de procéder au versement des aides au logement sur la base des revenus contemporains, des modifications législatives sont nécessaires pour tenir compte des différents types de revenus entrant dans la base de calcul.

La détermination et les conditions de prise en compte des ressources relèvent du domaine réglementaire pour l'ensemble des aides au logement : allocation de logement familiale² (ALF), aide personnalisée au logement³ (APL) et allocation de logement sociale⁴ (ALS).

Si la plupart des revenus, en particulier les revenus d'activité, sont connus mensuellement, par le biais de la DSN, ce n'est pas le cas pour des revenus d'autre nature, en particulier pour les revenus du patrimoine. Il est donc nécessaire d'inscrire dans la loi que certains revenus pourront être pris en compte sur **une autre période de référence**, afin de maintenir ces revenus dans la base ressources destinée à calculer le droit aux allocations logement.

Par conséquent le présent article prévoit, pour chaque aide au logement, que **« les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature »**. Il ajoute cette disposition aux différents articles régissant les aides au logement :

- le 6° du I modifie l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale, relatif à l'allocation de logement familiale ;

- le 7° du I modifie l'article L. 831-4 du code de la sécurité sociale, qui régit l'allocation de logement sociale ;

- le III modifie l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation relatif à l'aide personnalisée au logement.

¹ *Projet de loi de finances pour 2019, projet annuel de performance de la mission « cohésion des territoires ».*

² *Art. L. 542-2 du code de la sécurité sociale.*

³ *Art. L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation.*

⁴ *Art. L. 831-4 du code de la sécurité sociale.*

b) Création d'une base de données à titre transitoire

La mise en œuvre de la contemporanéité de la base ressources pour le calcul et le versement des aides au logement nécessite, pour les caisses de sécurité sociale versant ces prestations¹, de **pouvoir disposer des données actualisées nécessaires à ce calcul.**

Selon l'étude d'impact, la **mise en place d'une base de données transitoire est nécessaire afin de ne pas décaler la mise en œuvre de la réforme** en raison des « contraintes de développement informatique² »

Par la suite, **la base de données sera constituée par les informations issues des DSN** (revenus d'activité et de remplacement) qui seront conservées pendant la durée nécessaire au calcul et à la gestion des prestations, comme le prévoit le **IV** du présent article qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2020, date à laquelle **la base de données provisoire sera supprimée.**

Le **V** crée donc une **base de données provisoire, commune aux organismes de sécurité sociale**, à compter du 1^{er} janvier 2019 et jusqu'au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle elle sera supprimée.

Cette base contiendra les **données relatives aux ressources des personnes pouvant demander ou percevant une prestation sociale et nécessaires au calcul de ces prestations.** Elle rassemblera donc les données de la DSN et de la future DSN complémentaire pour les revenus de remplacement. Les personnels des caisses ne recevront que les données nécessaires à l'exercice de leurs missions pour les allocataires relevant de leur champ de compétences. Les conditions de cette transmission de données seront fixées par décret en Conseil d'État.

Pour la **protection des données personnelles**, les personnes seront individuellement informées lorsque des données les concernant figureront dans cette base. Ces données leur seront opposables et pourront, en cas d'erreur, être rectifiées par les personnes ayant assuré le versement et la déclaration des ressources concernées.

L'étude d'impact³ estime que la mise en œuvre de cette base de données ainsi que la DSN complémentaire représenteront un coût de **69 millions d'euros en 2019** pour les organismes de sécurité sociale, principalement en raison des développements informatiques conséquents à mener. En effet, les acteurs de la sécurité sociale mobiliseront 22 millions d'euros en 2019 pour le développement informatique. Il est prévu que la gestion de ces bases représente un coût de 30 millions d'euros sur les quatre prochaines années.

¹ Les aides au logement sont versées par les CAF et les Cmsa.

² Annexe 9 au PLFSS, p. 455.

³ Annexe 9 au PLFSS, p. 457.

Enfin le **C** du **VI** du présent article prévoit qu'au cours de l'année 2019, **l'administration fiscale communiquera aux CAF et aux Cmsa les informations nominatives concernant les revenus 2018 nécessaires à la détermination des bénéficiaires des aides au logement.** En effet, la retenue de l'impôt à la source étant prévue pour l'année 2019, cette disposition transitoire permet d'intégrer les revenus 2018, qui n'auraient sinon pas fait l'objet d'échanges d'informations entre les caisses concernées et l'administration fiscale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **cinq amendements rédactionnels** sur proposition du rapporteur général :

- le **premier amendement** ajoute le mot « sociales » après le terme « cotisations » pour préciser l'objet des données qui seront collectées par la DSN complémentaire sur les revenus de remplacement ;

- le **deuxième amendement** vise à préciser que les pénalités prévues à l'article L. 133-5-4 du code de la sécurité en cas de défaut de production de la DSN concerneront dorénavant **les déclarations sociales nominatives** ;

- le **troisième** vise à préciser la référence à un alinéa de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ;

- le **quatrième** vise à préciser que la base de données temporaire sera créée « le » 1^{er} janvier 2019 au lieu de prévoir qu'elle le sera « à compter de » cette date ;

- le **cinquième amendement** précise enfin que l'administration fiscale communiquera aux CAF et aux Cmsa les informations nominatives concernant les revenus « de l'année 2018 » au lieu des « revenus 2018 ».

III - La position de la commission

Concernant la création de la **DSN complémentaire pour les revenus de remplacement**, sa mise en œuvre permettra de poursuivre le mouvement de simplification des déclarations sociales. Elle contribuera à sécuriser les données utilisées par les organismes de sécurité sociale pour calculer les prestations et réduire ainsi les risques d'indus. Cette DSN constituera également un outil facilitant la mise en œuvre de la retenue à la source de l'impôt et le développement de la contemporanéisation des ressources prises en compte pour le calcul des prestations sociales.

La **contemporanéisation des revenus pris en compte pour le calcul des aides au logement** permettra d'adapter les prestations à la situation contemporaine du bénéficiaire afin de mieux ajuster les aides versées à ses besoins. La bonne mise en œuvre de cette réforme nécessite, pour les organismes de sécurité sociale, de disposer de données fiables à partir desquelles pourront être calculées les prestations.

Par conséquent, la création d'une **base de données provisoire** et d'une **DSN complémentaire** contribueront à répondre à cette nécessité. Votre rapporteure restera attentive au déploiement de cette réforme car elle nécessitera, d'une part, un accompagnement des usagers par les CAF et les Cmsa. D'autre part, sa réussite conditionnera l'extension de cette contemporanéisation des bases ressources au calcul d'autres prestations sociales dans les prochaines années.

Enfin, votre rapporteure accueille favorablement l'inscription dans la loi d'une **mission de lutte contre le non-recours aux droits attribuée aux caisses de sécurité sociale**. Des initiatives en la matière existent déjà, à l'image des rendez-vous des droits organisés par les CAF et de l'accompagnement effectué par les collectivités territoriales. Si l'inscription dans la loi d'une telle mission n'est pas nécessaire au déploiement de ces initiatives, votre rapporteure soutient l'objectif poursuivi par la mesure proposée, qui ne pourra qu'encourager le développement de dispositifs de lutte contre le non-recours aux droits.

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

TITRE IV

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 51

Dotation de l'assurance maladie au Fmespp, à l'Oniam, de la CNSA aux ARS

Objet : Cet article fixe, pour 2019, la dotation de l'assurance maladie au Fmespp à 647 millions d'euros, la contribution de la CNSA aux ARS à 137 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam à 155 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé

A. Participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp

- Le paragraphe I du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) à 647 millions d'euros pour l'année 2019.

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, le Fmespp finance des **actions d'investissement** visant à **améliorer la performance hospitalière** au plan national. Ne disposant pas de la personnalité juridique, il est géré directement par la Caisse des dépôts et consignations au titre de sa mission de gestionnaire des régimes de retraite et de fonds de protection sociale. Ses ressources proviennent en partie d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Pour l'année 2018, le montant de cette dotation, intégrée au périmètre de l'Ondam, s'établissait à 448 millions d'euros.

Aux termes de l'article 7 du décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 « *peuvent bénéficier d'un financement par le fonds les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :*

¹ Art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

1° aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;

2° aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;

3° aux opérations concourant au développement des systèmes d'information ;

4° aux opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins. »

• À l'appui de cette progression de 200 millions d'euros de la dotation du fonds (+ 44 % par rapport à 2018), le Gouvernement met en avant la nécessité d'accompagner en 2019 les opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé découlant du plan « Ma santé 2022 », dont :

- les **projets d'investissement immobiliers** validés par le comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (Copermo) sous forme d'aides en capital, afin de limiter le recours à l'emprunt pour les établissements de santé. Le plan « Ma santé 2022 » prévoit de consacrer, au sein de l'Ondam, sur la période 2019-2022, 920 millions d'euros au développement de l'investissement hospitalier ;

- la **modernisation des systèmes d'information en santé** et la montée en charge du projet de modernisation des systèmes d'information des services d'aide médicale d'urgence (Samu). Le plan « Ma santé 2022 » prévoit de consacrer, au sein de l'Ondam, sur la période 2019-2022, 500 millions d'euros à la **transformation numérique en ville et à l'hôpital**.

B. Contribution de la caisse nationale de solidarité (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS)

Le paragraphe II du présent article propose de fixer la dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées à 137 millions d'euros.

C. Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Le paragraphe III du présent article propose de fixer la dotation de l'assurance maladie à 155 millions d'euros pour 2019, contre 125 millions d'euros en 2018 après rectification à l'article 3 de la dotation inscrite initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (105 millions d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission salue l'effort consacré à la relance de l'investissement immobilier dans notre système hospitalier au travers du Fmespp dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Elle rappelle en particulier la nécessité d'accompagner les établissements dans le **renforcement de la sécurité de leurs locaux**, la mission d'information sur l'avenir des services d'urgences¹ ayant mis l'accent sur le sentiment d'insécurité parmi leurs personnels.

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

Article 51 bis (nouveau)

(art. L. 142-11 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Maintien de la prise en charge par l'assurance maladie
des frais liés aux mesures d'instructions judiciaires
dans le cadre du contentieux**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à maintenir la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses d'expertise médicale ordonnées par le juge dans le cadre du contentieux de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par amendement du Gouvernement, introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 142-11 précisant que les frais résultant des consultations et expertises ordonnées dans le cadre du contentieux de la sécurité sociale sont pris en charge par la Cnam.

L'article 12 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a en effet procédé au **transfert des contentieux des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale aux tribunaux de grande instance (TGI)**. Ce transfert, qui emporte la constitution au sein des TGI de pôles sociaux, sera effectif à compter du 1^{er} janvier 2019. Or la réécriture du chapitre 2 du titre 4 du livre 1 du code de la sécurité sociale prévue par cette loi conduit à la suppression, à compter du 1^{er} janvier 2019, des dispositions de l'article L. 144-5 qui confie à l'assurance maladie la prise en charge des dépenses de contentieux en matière de sécurité sociale.

¹ « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017) du 26 juillet 2017 de Mmes Laurence Cohen, Catherine Génisson et de M. René-Paul Savary, fait au nom de la commission des affaires sociales.

L'article 51 *bis* permet donc de garantir, à l'occasion de l'entrée en vigueur de ce transfert, la **continuité de la prise en charge par l'assurance maladie des frais liés aux mesures d'instructions judiciaires** prononcées tant dans le cadre du contentieux général¹ que dans le cadre du contentieux, pour les personnes en situation de handicap, des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées² et les présidents des conseils départementaux³.

Le cas échéant, les dépenses pourront être avancées par l'État, dans des conditions définies par décret, et seront alors remboursées par la Cnam et réparties entre les différents régimes de sécurité sociale, dans des conditions définies par arrêté.

II - La position de la commission

Cet article vient remédier à un oubli de coordination lors de l'examen du projet de loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

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

Article 52

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2019 à 218,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 216,4 milliards d'euros pour le régime général de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Ces dispositions font partie de celles devant obligatoirement figurer, pour chacune des branches, dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale :

« D.- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

(...) 2° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. »

¹ Visé aux articles L. 141-1 et 141-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 précitée.

² 5° de l'article L. 142-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 précitée.

³ 6° de l'article L. 142-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 précitée.

• **L'objectif de dépenses prévu par le présent article est à distinguer de l'Ondam fixé à l'article 53 suivant :**

- les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, interrégimes et interbranches, alors que les dépenses des régimes relèvent d'une approche comptable « *reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente* »¹ ;

- leurs champs ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité (indemnités journalières) qui représentent une dépense évaluée à 3 milliards d'euros pour 2018 comme pour 2019², des prestations invalidité-décès ou encore de la part des prestations médico-sociales financées par la CNSA. D'une manière générale, l'Ondam couvre environ 80 % des charges de la Cnam et de l'ordre de 30 % des charges de la branche AT-MP.

• **S'agissant de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, le présent article propose de fixer l'objectif de dépenses à :**

- **218,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** (contre 211,7 milliards en 2018) ;

- **216,4 milliards d'euros pour le régime général de sécurité sociale** (contre 210,6 milliards en 2018).

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 conduit à rapprocher le périmètre des dépenses du régime général et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Les objectifs de dépenses fixés par le présent article correspondent, d'après les hypothèses retenues par le Gouvernement, à un **déficit de la branche maladie ramené sous la barre du milliard d'euros en 2018 et 2019** (avec une évaluation d'un solde de la branche de - 0,5 milliard d'euros pour 2019), une première depuis 1999.

¹ Annexe 7 au PLFSS.

² D'après le rapport de septembre 2018 à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Cette trajectoire ambitieuse de retour à l'équilibre est un point de satisfaction. Mais cela ne doit pas faire oublier les maux persistants qui affectent notre système de santé et singulièrement la fragilité financière de l'hôpital. Votre rapporteur a insisté longuement sur ces enjeux dans l'exposé général¹.

Sous réserve des observations ainsi formulées, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 53
ONDAM et sous-ONDAM

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 200,3 milliards d'euros pour 2019, en progression de 2,5% par rapport à 2018, et précise sa déclinaison en sous objectifs.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale :

« D.- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

(...) 3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. »

La **construction de cet objectif** pour l'année suivante comporte trois étapes² :

- l'estimation des dépenses pour l'année en cours corrigé des éventuels changements de périmètre ;

- la projection « tendancielle » des dépenses pour l'année suivante, hors mesure nouvelle, qui intègre la progression estimée des volumes, les provisions pour dépenses nouvelles (comme les revalorisations de tarifs ou mesures catégorielles) et les effets reports des mesures antérieures ;

- la définition des mesures nouvelles permettant de passer de cette évolution tendancielle à l'objectif de croissance proposé.

¹ Cf. le chapitre Assurance maladie (Tome I).

² Cf. annexe à l'avis n° 2018-3 du comité d'alerte sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 15 octobre 2018.

• **Un taux de progression de l’Ondam porté à titre exceptionnel de 2,3 % à 2,5% en 2019**

L’Ondam est fixé à **200,3 milliards d’euros** pour 2019, soit une progression de **2,5 %** par rapport à 2018 à périmètre constant.

Cela représente un **volume de dépenses nouvelles** de 4,9 milliards d’euros, **supérieur de 400 millions d’euros** à celui prévu en 2018.

Le rehaussement du taux de progression de l’Ondam à 2,5 % -qui sera, d’après l’annexe B, limité à l’année 2019 mais dont l’« effet base » se répercutera sur l’Ondam à hauteur de 1,6 milliard d’euros d’ici 2022- traduit pour le Gouvernement un effort marqué destiné à **accompagner la mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 »** présenté le 18 septembre 2018.

En effet, l’article 12 de la loi de programmation des finances publiques¹ avait prévu une progression annuelle de l’Ondam uniforme sur la période 2018-2020, au taux de 2,3 %, conduisant à fixer un plafond de dépenses de 199,7 milliards d’euros pour 2019.

Ce taux de progression est, de fait, le plus élevé depuis 2011 : il s’était établi à 1,8 % en 2016, 2,2 % en 2017 et 2,3 % en 2018.

Conformément à la « charte relative à la détermination de l’évolution de l’Ondam »², ce taux global d’évolution est calculé à champ constant, neutralisé des **mesures de transfert** affectant le périmètre de l’Ondam. Celles-ci représentent 29,5 millions d’euros, mais des transferts plus substantiels affectent la répartition des crédits en sous-objectifs, sans impact toutefois sur le niveau de l’Ondam global.

¹ Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

² Annexe 5 à la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Mesures de transferts dans le champ de l'Ondam en 2019

Transferts de la sécurité sociale vers l'Ondam <i>Prise en charge de traitements substituts nicotiques financés par la fonds addiction (hors Ondam) au sein de l'Ondam soins de ville</i>	32 millions d'euros
Transferts de l'Ondam vers l'État <i>Financement des postes de médiateurs interrégionaux dans le cadre de la qualité de vie au travail (dépendaient de l'Ondam hospitalier)</i>	2,5 millions d'euros
Transferts entre sous-objectifs de l'Ondam <i>Dépenses de transports sanitaires inter-établissements de santé : de l'Ondam soins de ville vers l'Ondam hospitalier</i>	232 millions d'euros
<i>Dotations du fonds de financement des expérimentations pour l'innovation du système de santé : depuis l'Ondam soins de ville pour 14 millions d'euros, l'Ondam hospitalier pour 13 millions d'euros et l'Ondam médico-social pour 3 millions d'euros</i>	30 millions d'euros
<i>Tarif global en Ehpad pour des établissements sélectionnés (dotation intégrant la quasi-totalité des dépenses de soins de ville) : de l'Ondam soins de ville vers l'Ondam médico-social</i>	20 millions d'euros

Source : Annexe 7 au PLFSS

La répartition en sous-objectifs et l'évolution de chacun à périmètre constant, ainsi qu'au regard de la projection tendancielle des dépenses évaluée par le Gouvernement, sont retracées ci-après.

Ondam 2019 : répartition en sous-objectifs et évolution

(en milliards d'euros)

	Ondam 2018*	Ondam 2019	Évol. 2019/2018	Projection tendancielle
Soins de ville	89,3	91,5	2,5 %	5,3 %
Établissements de santé	80,7	82,7	2,4 %	3,7 %
Établissements et services médico-sociaux	20,3	20,8	2,2 %	3,6 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,3	9,4	2,1 %	3,9 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	11,1	11,3	2,2 %	3,3 %
Fonds d'intervention régional	3,3	3,5	4,8 %	4,8 %
Autres prises en charge	1,8	1,9	6,3 %	6,3 %
Ondam total	195,4	200,3	2,5 %	4,5 %

* Corrigé des changements de périmètre

Sources : Annexe 7 au PLFSS et direction de la sécurité sociale

Suivant la pratique habituelle, au moins 0,3 % des crédits de l'Ondam (soit *a minima* 601 millions d'euros) feront l'objet d'une mise en réserve.

Par ailleurs, comme l'a annoncé la ministre des Solidarités et de la Santé lors de son audition devant la commission des affaires sociales, **les provisions de l'Ondam soins de ville intègrent pour la première fois une réserve prudentielle fixée à hauteur de 120 millions d'euros**. Celle-ci a vocation à couvrir une partie du dépassement éventuel constitué en cours d'exercice sur ce sous-objectif, de la même façon que le coefficient prudentiel appliqué chaque année aux crédits de l'Ondam hospitalier.

• **Une croissance tendancielle des dépenses évaluée à 4,5 % imposant la réalisation de 3,8 milliards d'euros d'économies**

Les annexes au projet de loi de financement mettent en avant chaque année le **niveau d'« économies » nécessaires pour contenir l'évolution spontanée des dépenses** entrant dans le champ de l'Ondam dans le niveau de progression fixé pour celui-ci.

Cette croissance tendancielle des dépenses est estimée à **4,5 %** pour 2019, soit au même taux que celui anticipé pour 2018. Ces prévisions se décomposent comme suit :

- le taux d'évolution des dépenses de **soins de ville** est évalué à **5,3 %**, soit un niveau supérieur aux deux années précédentes (5,1 % en 2018, 4,7 % en 2017) au cours desquelles ce sous-objectif a été dépassé ; cette évaluation intègre l'impact des mesures conventionnelles de revalorisation des professions de santé et une provision pour les négociations en cours (à hauteur de 900 millions d'euros) ;

- le taux d'évolution des dépenses des **établissements de santé** est évalué à **3,7 %**, soit un niveau inférieur aux deux années précédentes (4 % en 2018 et 2017) ; cette hausse intègre l'impact de la mise en place du protocole « PPCR »¹ (200 millions d'euros) et le relèvement du financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) pour participer à la modernisation des équipements techniques et de l'immobilier hospitalier ;

- le taux d'évolution des dépenses **médico-sociales** est évalué à **3,6 %**, alors qu'il était évalué à **3,9 %** pour 2018 ;

- s'agissant des autres dépenses, les tendanciels de dépenses correspondent au taux d'évolution des crédits, évalués à **4,8 %** pour les dépenses du fonds d'intervention régional (contre 3,1 % en 2018) et à **6,3 %** pour les autres prises en charge (contre 4,3 % en 2018).

¹ Protocole « *Parcours professionnels, carrières et rémunérations* » de la fonction publique hospitalière.

Compte tenu des hypothèses ainsi retenues, la progression de l'Ondam à 2,5 % rend nécessaire la réalisation de **3,83 milliards d'euros d'économies**, niveau légèrement inférieur à celui attendu les deux années précédentes du fait du léger desserrement de l'objectif.

Sa répartition indicative entre sous-objectifs - établie selon les données du comité d'alerte de l'Ondam - marque un **effort plus important porté par les dépenses de soins de ville**, en raison d'un tendancier de dépenses lui-même revu à la hausse.

Répartition des économies attendues par sous-objectif de l'Ondam

(en millions d'euros)

	2017	en %	2018	en %	2019	en %
Soins de ville	2 190	54,1	2 290	55,0	2 520	65,8
Établissements de santé	1 630	40,2	1 625	39,0	1 025	26,8
Médico-social	230	5,7	250	6,0	285	7,4
Total	4 050	100	4 165	100	3 830	100
<i>Taux de progression Ondam</i>	2,2%		2,3%		2,5%	
<i>Tendancier de dépenses</i>	4,3%		4,5%		4,5%	

Source : Avis du comité d'alerte de l'Ondam d'octobre 2017 et octobre 2018

Comme le montre le tableau ci-après présentant la ventilation, par thématique, des économies attendues, une grande partie d'entre elles reposent sur les dépenses et notamment les **prix de produits de santé**. Ces mesures sont destinées, selon l'annexe 7 au projet de loi, à porter sur des produits « anciens » de manière à « *dégager les marges d'efficacité nécessaires sur des postes de dépenses qui restent très dynamiques (...) avec l'arrivée prochaine de thérapies innovantes très coûteuses.* ».

Présentation par thématique des économies attendues en 2019*(en millions d'euros)*

Structuration de l'offre de soins	910
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables...)	210
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	700
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	415
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam aux dépenses médico-sociales</i>	235
<i>Améliorer la performance interne des établissements médico-sociaux</i>	50
Pertinence et efficacité des produits de santé et remises	1360
Prix nets des médicaments en ville	700
Prix nets des dispositifs médicaux en ville	150
Évolution des prix nets des médicaments de la liste en sus	260
Évolution des prix nets des dispositifs médicaux de la liste en sus	50
Remises sur nouveaux produits	200
Pertinence et qualité des actes et des produits de santé	895
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	120
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie	85
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	190
Maîtrise médicalisée et structure de prescription des produits de santé (volume, génériques, biosimilaires)	500
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et transports	335
Transport	135
Indemnité journalières	200
Contrôle et lutte contre la fraude	90
Autres mesures	240
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	50
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	190
TOTAL	3 830

Source : Annexe 7 aux PLFSS pour 2019

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

III - La position de la commission

• **Comme votre commission le souligne chaque année, la construction de l'Ondam ainsi que son pilotage comportent un certain nombre de lacunes.**

D'une part, la **méthode d'évaluation du tendancier** de dépenses demeure peu transparente. Elle ne fait pas l'objet d'une analyse détaillée dans les documents pourtant volumineux annexés au projet de loi de financement. C'est d'ailleurs ce que regrette le comité d'alerte de l'Ondam dans son avis du 15 octobre 2018, appelant « *pour l'avenir, à une définition plus stricte et à une évaluation précisément documentée des différents éléments pris en compte dans l'estimation des dépenses tendanciennes* ». Or, cette évaluation n'est pas sans conséquence, notamment pour le financement des établissements de santé puisqu'une surestimation de leur activité induit à la baisse les tarifs hospitaliers lors de la campagne tarifaire annuelle. Parallèlement, la sous-estimation chronique des dépenses de ville a conduit en 2017 comme 2018 à des mesures de régulation affectant les autres sous-objectifs de l'Ondam¹.

D'autre part, **certaines mesures présentées comme des « économies » n'en constituent pas réellement.** C'est le cas cette année :

- du relèvement de 50 millions d'euros de la participation des Ocam au financement de la convention médicale (*cf.* article 12), qui réduit du même montant les crédits de l'Ondam soins de ville. Il ne s'agit pas d'une mesure de modération de la dépense mais d'une recette de la branche ;

- de la réduction de 235 millions d'euros de la contribution de l'Ondam médico-social au financement des établissements médico-sociaux dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD), en raison d'un prélèvement sur les réserves de la CNSA².

On peut également regretter, à la lecture de l'annexe 7 relative à l'Ondam, le **caractère peu documenté des mesures d'économies attendues comme l'absence d'évaluation des économies réalisées**, ce qui prive le Parlement d'ouï outil d'analyse de leur crédibilité. Seul le rapport annuel sur les « charges et produits » de l'assurance maladie présenté en juillet par la Cnam avance des préconisations pour les actions qui relèvent de son champ, sans toutefois toujours présenter un bilan étayé des résultats atteints.

¹ Cf. le chapitre « Assurance maladie » du Tome I (exposé général).

² Sur ce sujet, cf. le chapitre « Médico-social » du Tome I (exposé général).

• **Votre commission salue toutefois l'effort engagé par le Gouvernement sur le niveau de l'Ondam en 2019 pour accompagner la mise en œuvre des réformes structurelles annoncées dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ».**

Certes, cet effort sera de portée limitée dans la mesure où, comme le relève la Cour des comptes, *« une part significative de la marge de progression des dépenses est d'ores et déjà préemptée par des décisions de revalorisation des rémunérations des acteurs du système de santé. »*¹

De même, on peut s'interroger sur le caractère opérant de la mesure de réserve prudentielle sur l'enveloppe « soins de ville », en l'absence d'outil de régulation à la main de l'assurance maladie.

À cet égard, un certain nombre d'économies sur l'Ondam - à savoir des mesures permettant de contenir la progression spontanée des dépenses de santé - jouent encore sur de vieilles recettes, en actionnant le levier tarifaire plutôt que celui de la régulation des volumes par la pertinence des actes et prescriptions. Votre rapporteur a souligné les limites de cet exercice et de ce mode de régulation dans l'exposé général.

Cependant, votre commission a considéré que la volonté du Gouvernement d'investir dans notre système de santé par des transformations de long terme, structurelles, devait être soutenue. Elle a donc approuvé le « desserrement » de l'Ondam destiné à en accompagner la mise en œuvre à partir de 2019.

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

¹ « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2018.

*Article 54***Dotation au Fiva, au Fcaata
et transfert en compensation de la sous-déclaration AT-MP**

Objet : Cet article fixe les montants, pour l'année 2019, des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP et à la branche vieillesse du régime général au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente d'origine professionnelle et des dépenses du compte professionnel de prévention.

I - Le dispositif proposé**A. Les dotations au Fiva et au Fcaata**

Les paragraphes I et II du présent article fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante :

- le I fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fiva à 260 millions d'euros en 2019, contre 270 millions prévus en 2018, soit une baisse de 4 % ;

- le II fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata à 532 millions d'euros en 2019, en baisse de 13 % par rapport à 2018 où le montant de la dotation s'élevait à 613 millions d'euros.

Le total de ces deux dotations représente ainsi un montant de 792 millions d'euros pour 2019 contre 883 millions d'euros initialement prévus pour 2018.

B. Le versement à la branche maladie du régime général

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

En application de l'article L. 176-2 du même code, la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût de la sous-déclaration des AT-MP a rendu son dernier rapport en juin 2017. Elle y propose une estimation située dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions d'euros.

Pour 2018, le montant arrêté par le Gouvernement a été fixé à 1 milliard d'euros, un niveau identique à celui retenu depuis 2015, mais en hausse de 26,6 % par rapport au montant fixé dans les lois de financement de la sécurité sociale relatives aux exercices 2012 à 2014.

Le paragraphe III du présent article maintient à 1 milliard d'euros le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général pour 2019.

C. Les versements à la branche vieillesse du régime général

Depuis le 1^{er} juillet 2011, les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « *ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle* » peuvent bénéficier d'un départ en retraite anticipée à 60 ans en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹. L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche AT-MP finance chaque année les dépenses supplémentaires générées par ce dispositif.

Pour 2019, le paragraphe IV du présent article prévoit un versement de la branche AT-MP à la branche vieillesse du régime général de 186 millions d'euros, identique au montant initialement prévu pour 2018. Cette contribution intègre le financement des dépenses du compte professionnel de prévention² et du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les dépenses supplémentaires engendrées pour la branche AT-MP par ce nouveau dispositif se décomposent comme suit :

- 65,7 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;

- 106 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le même paragraphe IV prévoit un montant total des dépenses au titre des deux dispositifs évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles à 8 millions d'euros en 2019, identique au montant initialement prévu en 2018. Selon les informations communiquées par le Gouvernement, ce montant se décompose comme suit :

- 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;

- 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

¹ Art. L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

² Qui a remplacé le compte personnel de prévention de la pénibilité au 1^{er} janvier 2017.

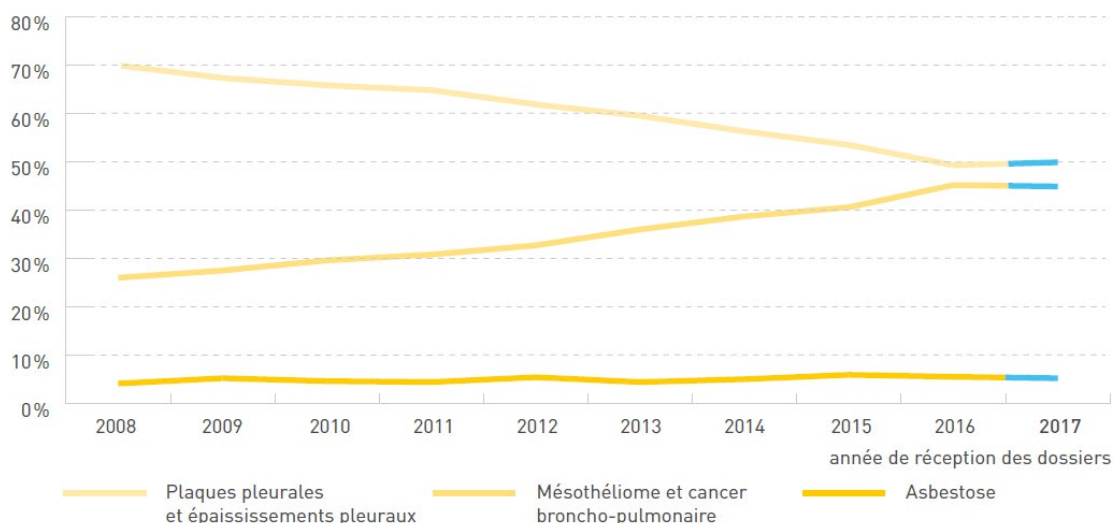
II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Contrairement à ce que pourrait laisser penser la baisse en 2019 des dotations de la branche AT-MP au Fiva et au Fcaata, **le plafond des demandes potentielles d'indemnisation des victimes de l'amiante n'a pas encore été atteint**. Le délai de latence des pathologies les plus graves liées à l'exposition à l'amiante, dont le mésothéliome, pouvant aller jusqu'à 40 ans, un nombre plus important de dossiers d'indemnisation pourrait à l'avenir être déposé auprès du Fiva puisque l'utilisation de l'amiante n'est interdite que depuis 1997.

Évolution de la répartition des victimes par pathologie et année de réception des dossiers depuis 2008



Source : Rapport d'activité du Fiva pour 2017

Votre commission invite donc le Fiva à intensifier ses efforts pour mieux faire connaître auprès des victimes potentielles leurs droits à indemnisation, en se rapprochant des caisses primaires d'assurance maladie afin de cibler les salariés et anciens salariés des secteurs les plus exposés.

Par ailleurs, votre commission s'interroge, chaque année, sur les **modalités de calcul du montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles**. La commission chargée d'objectiver cette dépense, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, ne publie son évaluation que tous les trois ans et ne propose généralement qu'une fourchette allant presque du simple au double.

Votre commission ne peut se satisfaire de cette situation qui ne tient pas compte des efforts déployés par la branche et les entreprises pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles : le maintien de cette dotation à un milliard d'euros, montant inchangé pour la cinquième année consécutive, entretient de plus en plus le sentiment d'un détournement des excédents de la branche AT-MP au profit du rééquilibrage de la branche maladie. Cette dotation s'insère dans des transferts dont le montant total, soit près de 2,6 milliards d'euros en 2019, représentent désormais plus de 21 % des dépenses prévisionnelles de la branche.

Afin de mieux objectiver le phénomène de sous-déclaration, votre commission appelle donc à **mobiliser Santé publique France**, en collaboration avec **l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)**, dans la publication chaque année de **données épidémiologiques actualisées sur des risques professionnels bien identifiés** en concertation avec la Cnam et la CATMP. Ces données devraient ensuite être recoupées avec celles issues du système d'information de la Cnam.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 54 bis (nouveau)

*(art. 28-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996
relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité,
invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte
et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte)*

**Report de 2020 à 2022 de l'alignement complet
des règles de tarification des accidents du travail
et maladies professionnelles à Mayotte**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, reporte du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} janvier 2022 l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles applicables à Mayotte sur celles applicables dans le reste du territoire.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par deux amendements identiques des membres du groupe La République en marche, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, modifie l'article 28-6¹ de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 afin de reporter au 1^{er} janvier 2022 l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) applicables à Mayotte sur celles en vigueur dans le reste du territoire, initialement prévu au 1^{er} janvier 2020.

¹ Dans sa rédaction résultant de l'article 9 de l'ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation.

Si les taux collectifs applicables à Mayotte convergent progressivement vers ceux en vigueur dans l'hexagone, ce report de deux ans est justifié, selon les auteurs des amendements, par les difficultés que pourraient rencontrer la caisse de sécurité sociale de Mayotte et la Cnam dans l'**alignement des taux individuels**, le système d'information de la Cnam devant faire l'objet d'une refonte complète qui ne sera pas achevée vraisemblablement avant 2021. Les auteurs de l'amendement estiment que seule une trentaine d'établissements relèveraient d'un taux individuel (pour les entreprises de plus de 150 salariés) ou mixte (pour les entreprises de 20 à 149 salariés), sur un total de 1 400 entreprises à Mayotte.

II - La position de la commission

En l'absence de caisse d'assurance retraite et de santé au travail à Mayotte, il revient à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) de développer et coordonner les actions de prévention des risques professionnels dans ce département. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le code du travail y est applicable. Compte tenu des spécificités de ce territoire, en particulier de l'importance des **secteurs du bâtiment et des travaux publics (BTP) et maritime**, votre commission insiste sur la nécessité d'un accompagnement de la CSSM par les services de l'État, dont la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), dans la sensibilisation à la prévention des risques professionnels des entreprises installées à Mayotte.

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

Article 55

Objectif de dépenses de la branche AT-MP

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2019 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP à :

- 13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 1,5 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2018¹ et de 2,3 % par rapport aux dépenses constatées en 2017¹ ;

¹ Fixé à 13,3 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi.

- 12,2 milliards d'euros pour le seul régime général, en progression de 1,7 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2018² et de 4,3 % par rapport aux dépenses constatées en 2017³.

La hausse des dépenses de 200 millions d'euros résulte principalement de la montée en charge des dépenses au titre de la pénibilité⁴. Compte tenu des prévisions de recettes inscrites à l'article 26 du projet de loi, l'excédent de la branche AT-MP atteindrait l'année prochaine 1,2 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 1,1 milliard d'euros pour le régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Article 56

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2019.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes de base d'une part, et du seul régime général d'autre part, d'assurance vieillesse pour l'année 2019 **en conformité avec les tableaux d'équilibre des articles 22 et 23.**

Elles comprennent :

- les prestations d'assurance vieillesse de droit direct ou dérivé, les prestations d'assurance veuvage, les prestations d'invalidité mais aussi les prestations d'action sociale de la branche ;

- les charges de gestion courante ;

- et les transferts entre régimes de protection sociale.

¹ Fixées à 13,2 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi.

² Fixé à 12 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi.

³ Fixées à 11,7 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi.

⁴ + 55 millions d'euros pour le compte professionnel de prévention et + 78,2 millions d'euros pour l'élargissement du dispositif de retraite anticipée.

Le 1° fixe l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes de base de la branche vieillesse pour 2019 à **241,2 milliards d'euros** contre 236,6 milliards d'euros en 2018, selon la prévision rectifiée des objectifs de dépenses figurant à l'article 5 (236,4 milliards dans la LFSS pour 2018).

Ces montants se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2018	2019
Objectif de dépenses de la branche vieillesse - Ensemble des régimes de base	236,6	241,2
Dépenses de prestations	232,9	237,5
Charges de gestion courante	2,2	2,1
Transferts entre régimes	1,5	1,5

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2018

Son 2° fixe les dépenses de la seule branche vieillesse du régime général à **136,9 milliards d'euros pour 2019**, contre 133,7 milliards d'euros pour 2018 selon les prévisions figurant à l'article 5. Elles se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2018	2019
Objectif de dépenses de la branche vieillesse Ensemble des régimes de base	133,7	136,9
Dépenses de prestations	126,8	129,6
Charges de gestion courante	1,6	1,6
Transferts entre régimes	5,3	5,7

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2018

L'article 44 du présent article proposant de limiter la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse à 0,3 % en 2019 contribue très fortement à modérer l'augmentation des dépenses de prestations entre 2018 et 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre rapporteur a donné son analyse de l'évolution des dépenses de la branche vieillesse et des conséquences de l'article 44 dans son commentaire sur les équilibres de la branche et du système de retraite dans son ensemble¹.

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

Article 57

Objectif de dépenses de la branche famille

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à 50,3 milliards d'euros pour 2019.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à **50,3 milliards d'euros** pour 2019.

La commission des comptes de la sécurité sociale a estimé que les dépenses de la branche s'élèveraient à **50,6 milliards d'euros en 2019, hors mesures nouvelles**.

Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2019

	Dépenses	Recettes	Soldes
LFSS 2018	50,1	52,5	2,4
CCSS septembre 2018	50,6	52,3	1,7
PLFSS 2019	50,3	51,5	1,2

Source : PLFSS 2019, annexe B

L'écart en dépenses par rapport au tendancier s'explique par la **sous-revalorisation à 0,3 % des prestations sociales pour 2019 et 2020** prévue à l'article 44 du PLFSS. Elle concernera l'ensemble des prestations familiales² et représentera une moindre dépense estimée à 260 millions d'euros pour 2019³.

¹ Voir tome 1 du présent rapport, Cinquième partie – Assurance vieillesse.

² Calculées en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), en vertu de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale.

³ PLFSS 2019, annexe B.

Dans le périmètre de la branche famille, les deux principales mesures nouvelles en dépenses prévues par le PLFSS ont un impact non significatif ou nul sur l'ensemble des dépenses de la branche pour 2019 :

- la majoration à 30 % du montant du complément de mode de garde (CMG) pour les familles dont l'un des enfants est allocataire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} novembre 2019 (+ 0,3 millions d'euros pour 2019) ;

- l'extension du CMG à taux plein au-delà des trois ans de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école maternelle n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2020.

Construction de l'objectif de dépenses pour 2019 de la branche famille (en milliards d'euros)

Prévision de dépenses hors mesures nouvelles (CCSS)	50,6
Sous revalorisation des prestations à 0,3 %	- 0,3
<i>dont allocations familiales</i>	<i>- 0,1</i>
<i>dont complément familial et allocation de soutien familial</i>	<i>- 0,04</i>
<i>dont prestation d'accueil du jeune enfant</i>	<i>- 0,1</i>
<i>dont allocation d'éducation de l'enfant handicapé</i>	<i>- 0,02</i>
<i>dont allocation de rentrée scolaire</i>	<i>- 0,01</i>
Objectif de dépenses (PLFSS)	50,3

Sources : PLFSS 2019, annexe B, annexe 4 et annexe 9

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Si votre rapporteure se félicite du **retour à l'équilibre de la branche prévu pour 2018 et des excédents estimés pour 2019**, elle regrette que **cette situation financière ne soit pas l'occasion de renforcer plus significativement les mesures de soutien aux familles.**

Au contraire, **la sous-revalorisation des prestations familiales à 0,3 % pour 2019 et 2020 constitue la principale mesure en dépense** de ce PLFSS concernant la branche famille. Elle affectera le pouvoir d'achat des ménages dont les revenus dépendent en partie des prestations familiales.

Ce sont donc les familles les plus modestes et les familles nombreuses qui seront les plus affectées par cette moindre revalorisation des prestations, qui revient à baisser leur montant en raison des prévisions d'inflation pour 2019 et 2020.

Surtout, votre rapporteure tient à souligner que **les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale**, qui aboutissent à un solde de la branche famille à 1,7 milliard d'euros pour 2019 hors mesures nouvelles, **sont basées sur une revalorisation des prestations à 1,5 % au 1^{er} avril 2019**. Par conséquent, l'équilibre financier de la branche famille, voire son excédent, peut être atteint sans procéder à la sous-revalorisation proposée qui génèrera une économie de 260 millions d'euros pour 2019.

Pour ces raisons, votre commission a adopté un amendement proposé par vos rapporteurs à l'article 44 qui permettra de revaloriser les prestations familiales au niveau de l'inflation estimée pour 2019.

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

Article 58

Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2019

Objet : Cet article fixe les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2019.

I - Le dispositif proposé

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est à ce jour le seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale dont les prévisions de dépenses doivent être, au terme de l'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale, fixées dans la LFSS.

Le présent article fixe donc pour l'année 2019, les dépenses du FSV à **18,4 milliards d'euros**, en conformité avec le tableau d'équilibre de l'article 22.

Les dépenses prévisionnelles rectifiées pour l'année 2018, figurant à l'article 5, s'établissent à 18,9 milliards d'euros.

Cette année encore, le FSV bénéficie de la décision prise dans la LFSS pour 2017 de transférer progressivement l'intégralité du financement du minimum contributif aux régimes de base soit une diminution de la charge du Fonds en 2019 de 800 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La situation financière du FSV est abordée dans la cinquième partie de l'exposé général du présent rapport.

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

EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION

Réunie le mercredi 7 novembre 2018 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède l'examen du rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 : M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux, Mme Catherine Deroche, rapporteure pour l'assurance maladie, MM. Bernard Bonne, rapporteur pour le secteur médico-social, Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, René-Paul Savary, rapporteur pour l'assurance vieillesse et Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour la famille.

M. Alain Milon, président. – L'Assemblée nationale a achevé l'examen en séance publique du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 dans la nuit du vendredi 26 au samedi 27 octobre et l'a adopté la semaine dernière, le mardi 30 octobre. Le Sénat examinera ce texte en séance publique à partir du lundi 12 novembre.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Depuis des années, notre commission souhaite que la sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) reviennent à un équilibre qui n'a plus été atteint depuis le tout début du XXI^{ème} siècle. Nous plaidons aussi régulièrement pour que les déficits cumulés que finance l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) soient repris par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), dont c'est le rôle, sans que l'horizon d'amortissement total de la dette sociale en 2024 ne soit, une nouvelle fois, reportée.

Or le PLFSS qui nous est présenté prévoit un léger excédent, tant des comptes du régime général que de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS), cumulés avec ceux du FSV et procède au transfert à la Cades d'une partie significative de la dette actuellement portée par l'Acos.

De prime abord, nous aurions donc tout lieu d'être satisfaits. Néanmoins, nous aurons quelques observations à formuler au Gouvernement et des propositions d'évolutions de ce texte.

Commençons par une vision d'ensemble de l'équilibre qui nous est proposé. Tout d'abord, les grandes tendances observées ces dernières années demeurent : si les dépenses sont maîtrisées - nous verrons à quel prix - elles augmenteront toujours en 2019, pour atteindre 395,7 milliards (+ 2,1 %) au niveau du régime général et du FSV, et 509,6 milliards (+ 2 %) sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV. Cependant, les recettes augmenteront encore davantage : + 2,6 % pour le régime général et le FSV. Il en résulte donc un léger excédent sur lequel le Gouvernement a beaucoup communiqué et qui, à l'issue des votes de l'Assemblée nationale, s'élève à 0,5 milliard sur le périmètre régime général et le FSV et même seulement 0,2 milliard pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et le FSV.

L'équilibre demeure donc fragile, même s'il est incontestable que les comptes sociaux s'améliorent depuis plusieurs années déjà.

Pour revenir sur les recettes, l'exercice 2019 sera celui de la « grande bascule » du Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) vers des allègements de cotisations et de contributions sociales massifs, et compensés par des affectations de TVA. En conséquence, les cotisations ne devraient plus représenter que 52,2 % des recettes du régime général et du FSV en 2019. Cette évolution concerne même des organismes actuellement situés en dehors du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Ainsi, les contributions salariales d'assurance chômage ne sont plus payées par les intéressés et devraient disparaître en droit en 2019 ; les contributions patronales d'assurance chômage et aux retraites complémentaires devraient être intégrées dans les allègements généraux dès l'année prochaine. Ainsi, dès 2020, un organisme comme l'Unedic, financé jusqu'en 2017 presque entièrement par des contributions verra environ 45 % de ses recettes provenir directement ou indirectement de l'impôt.

Nous verrons s'il y a des conséquences à en tirer en matière d'évolution du périmètre du PLFSS au moment du débat à venir sur la réforme des institutions. Et, au-delà, le remplacement de plus en plus prononcé de la cotisation par des impositions pose des questions de principe qu'un amendement à l'article 19 nous permettra d'aborder franchement avec le Gouvernement.

M. Alain Milon, président. – Très bien !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale intervient dans une année particulière pour les finances publiques prises dans leur ensemble. En effet, en 2019, les entreprises percevront une annuité de CICE au titre de l'année 2018 et bénéficieront en même temps de la quasi-totalité des baisses de cotisations et de contributions qui remplaceront le CICE. Il s'agit d'un geste fort en termes de compétitivité, qui dégrade néanmoins les comptes publics de près de 0,9 point. Le déficit public prévisionnel s'élève ainsi à 2,8 % du PIB. À la fois pour atteindre enfin l'équilibre des comptes de la sécurité sociale et pour ne pas tutoyer de trop près la barre des 3 % de déficit public, le Gouvernement propose plusieurs mesures sur lesquelles les autres rapporteurs reviendront sans doute en détail, et dont nous aurons à débattre : tout d'abord, une partie du renforcement des allègements généraux, dont l'intégration des contributions à l'assurance chômage dans ces allègements, est reportée au 1^{er} octobre 2019, soit 2,3 milliards pour l'ensemble des administrations publiques. Ensuite, l'évolution des pensions et des autres prestations sociales, sauf exceptions, sera limitée à 0,3 % au lieu de suivre l'inflation, soit un gain de 3,2 milliards pour les comptes publics.

En revanche, on relève un léger desserrement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), dont la progression est fixée à 2,5 % au lieu des 2,3 % qui figuraient dans la loi de programmation des finances publiques.

S'agissant de la dette, il est proposé que 15 milliards soient transférés à la Cades entre 2020 et 2022. C'est bien, mais cela peut sembler un peu tardif, d'autant que les derniers transferts seront financés à court terme, et cela ne solde pas tout puisque quelque 11,5 milliards de déficits cumulés à fin 2018 et logés à l'Acoss ne seraient pas repris. Il est à noter que les recettes correspondantes de la Cades proviendraient d'une réaffectation de CSG et non de l'affectation d'une imposition supplémentaire aux administrations de sécurité sociale (ASSO).

Par ailleurs, ce PLFSS porte les premières traductions des principes définis par le Gouvernement dans le rapport qu'il nous a récemment remis sur « la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale », en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Au vu des importantes questions de principe que cela soulève, je souhaite m'y attarder quelque peu. À propos des compensations, si l'ensemble des opérations résultant de la bascule CICE/cotisations sera compensé, tel ne sera pas le cas de nombreuses mesures nouvelles figurant dans ce PLFSS, à commencer par l'exonération des heures supplémentaires et les baisses de forfait social. Avec les votes de l'Assemblée nationale, le montant des non-compensations issues de ce PLFSS devrait atteindre 2,3 milliards en 2019 puis 3,6 milliards à compter de 2020. Or le rapport du Gouvernement préconise qu'à l'avenir, l'État et la sécurité sociale soient chacun responsable de leurs baisses de prélèvements obligatoires. De plus, ce PLFSS tire les conséquences des baisses de flux de TVA en provenance de l'État programmées à partir de 2020 et qui deviendront très conséquentes à partir de 2021.

Nous y reviendrons lorsque je vous présenterai un de mes amendements à l'article 19 mais je considère qu'il est normal que l'État, qui a su se montrer solidaire pendant les années difficiles, bénéficie lui aussi de l'amélioration des comptes sociaux. Néanmoins, avant de pratiquer des ponctions aveugles, il serait nécessaire que le Parlement et le Gouvernement se mettent d'accord sur les principes de la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Une telle négociation serait de bon sens. Je considère aussi que le principe de compensation doit être conservé, quitte à ce qu'on lui fasse, à l'avenir, des exceptions plus nombreuses que par le passé, car ce principe implique la responsabilité des autorités de l'État.

Le flux de TVA ne doit pas conduire à « faire les poches de la sécu » avant même que celles-ci ne soient pleines et, a minima, tant que subsiste une dette sociale. Nous devons ensuite trouver un accord sur les conditions de l'équilibre à moyen terme pour que ne se recreuse pas un « trou de la sécu » une fois que la Cades aura disparu. Il n'est pas question que l'Acoss change de rôle : c'est pourtant ce que je crains avec les 11,5 milliards qui resteraient à la charge de cette Agence.

Je vous proposerai donc d'accepter les non compensations de cette année, du même ordre de grandeur que les surcompensations des allègements généraux identifiés par la Cour des comptes. Nous montrerons ainsi que nous sommes ouverts à la discussion. En revanche, je souhaite que nous refusions la trajectoire envisagée pour la TVA en 2021 et 2022, pour ne pas trancher le débat avant qu'il ne soit ouvert et pour ne pas hypothéquer l'avenir. Si vous en êtes d'accord, peut-être pourrions-nous considérer que cela vaut mandat pour déposer un amendement miroir à l'article 36 du projet de finances pour 2019.

Mme Catherine Deroche, rapporteure pour l'assurance maladie. – Avec plus de 210 milliards de dépenses, la branche maladie représente plus de 50 % des dépenses du régime général. En situation de déficit chronique depuis plus de vingt ans, la branche verrait son solde passer sous la barre du milliard d'euros de déficit en 2018 et 2019 : c'est une première depuis 1999. Les comptes de la branche seraient en strict équilibre à compter de 2020 d'après les projections jointes au PLFSS. La résorption du déficit de l'assurance maladie serait très nette entre 2017 et 2018 : celui-ci passerait en un an de 4,9 milliards à 0,9 milliard ; elle se poursuivrait en 2019 avec un déficit ramené à 0,5 milliard. Ce résultat et ces perspectives semblaient hors d'atteinte il y a quelques années. Ils s'appuient sur une conjoncture favorable et des prévisions optimistes et, surtout, une forte dynamique des recettes affectées à la branche. Celles-ci sont portées par le relèvement des droits sur le tabac, du taux de cotisation patronale et du taux de CSG qui fait plus que compenser la suppression de la cotisation salariale maladie.

Côté dépenses, l'Ondam voté serait respecté en 2018 pour la neuvième année consécutive. Cet outil de pilotage des dépenses de santé présente toutefois des limites dont nous mesurons cette année encore les effets. Le respect de l'objectif global masque ainsi des évolutions contrastées entre les deux principaux sous-objectifs que sont les soins de ville d'un côté, et les dépenses des établissements de santé de l'autre : depuis 2015, l'enveloppe soins de ville est systématiquement dépassée en cours d'exécution. Le respect de l'Ondam 2018 devrait donc reposer sur des annulations de crédits gelés en début d'année, pesant essentiellement sur les établissements de santé et le médico-social. Ces annulations pourraient intervenir sur des établissements déjà fragilisés. En effet, la surévaluation de l'activité hospitalière induit une baisse des tarifs des séjours hospitaliers, entraînant une déconnexion croissante entre les tarifs et les coûts réels de prise en charge. Dans un contexte de ralentissement de l'activité hospitalière en 2017, cette situation a entraîné un doublement du déficit des hôpitaux publics : celui-ci s'est établi à 835 millions ; il affecte de façon assez inégale les établissements mais traduit une évolution préoccupante. Les fédérations hospitalières des secteurs publics comme privés parlent cette année d'une même voix pour tirer la sonnette d'alarme. Ces difficultés peuvent conduire les établissements à des arbitrages défavorables à l'innovation : c'est le cas de la prise en charge des tests de biologie innovants hors nomenclature, comme ceux permettant de cibler les traitements contre le cancer. J'interpellerai la ministre sur cette question qui a trait à la pertinence des soins dispensés aux patients.

En outre, le PLFSS engage, à la suite de la présentation mi-septembre du plan « Ma Santé 2022 », des avancées attendues mais qui portent en elles certaines limites, y compris au regard des tensions que je viens de mentionner. Un premier signal est budgétaire : la progression de l'Ondam est portée à titre exceptionnel à 2,5 % pour 2019 contre 2,3 % annoncés sur la période 2018-2022. Cela représente un volume de dépenses supplémentaires de 400 millions, destiné à financer l'investissement des établissements de santé et leur modernisation, mais aussi accompagner la structuration des soins de ville. Cet « effet base » se répercutera sur le niveau de l'Ondam les années suivantes, à hauteur de 1,6 milliard sur la période 2019-2022. Cet effort traduit la volonté du Gouvernement d'investir dans la transformation indispensable de notre système de santé.

Compte tenu d'un tendancier de dépenses évalué comme l'an passé à + 4,5 %, cet objectif repose sur un quantum d'économies de 3,83 milliards. Près de la moitié de ces économies portent sur les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) via, principalement, le levier « prix ». Sur le fond, la pression sur les prix des produits anciens est utile pour financer l'innovation. Mais on touche aussi aux limites de l'exercice, loin de la volonté de transformation affichée : dans le secteur des services de santé à domicile, dont la dynamique est liée au virage ambulatoire, ce mode de régulation se heurte à des coûts marginaux élevés puisqu'il s'agit d'accompagnement humain. Il faut rester vigilant sur les conséquences de ces régulations sur le tissu de petites entreprises et la qualité des soins apportés aux patients. Je vous proposerai des amendements pour modifier en partie le régime de régulation du dispositif médical mis en place l'an dernier. La réserve prudentielle sur l'enveloppe de ville, annoncée par la ministre, traduit une prise de conscience mais elle demeurera largement inopérante en l'absence d'outils réels de régulation. Dans tous les cas, il serait utile que nous disposions d'éléments d'analyse plus détaillés sur la construction de l'Ondam car - nous le répétons tous les ans - nous nous prononçons sur de grandes masses sans documentation suffisante sur le tendancier des dépenses ou la portée ex-ante comme la réalisation ex-post des mesures d'économies.

En matière de dépenses, le PLFSS traduit des ambitions consensuelles et louables. Elles s'inscrivent dans le prolongement des annonces faites lors de plusieurs chantiers : l'accès aux soins dans les territoires, « Ma Santé 2022 », Priorité prévention, le plan Pauvreté ou encore le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Mais elles peinent encore à former un cap cohérent et lisible.

Un certain nombre de ces dispositions vont dans le bon sens et n'appellent pas d'observation particulière. C'est le cas des mesures destinées à favoriser la prévention, en direction des enfants et des jeunes avec par exemple la création d'un examen bucco-dentaire dès 3 ans (article 33), l'étalement des examens de santé obligatoires jusqu'à 18 ans (article 36), l'extension du champ du fonds tabac aux substances psychoactives (article 38) ou la généralisation de la vaccination contre la grippe par les pharmaciens, qui faisait jusqu'alors l'objet d'une expérimentation (article 39). L'Assemblée nationale a complété ces mesures d'une initiative visant à améliorer la couverture vaccinale des jeunes filles et jeunes garçons contre le papillomavirus, dans le cadre d'une expérimentation dont la portée demeure cependant encore réduite au regard des enjeux (article 39 bis).

Je vous proposerai également de soutenir plusieurs évolutions favorables à l'accès aux droits, comme celles visant à faire prendre en charge par l'assurance maladie l'intégralité du ticket modérateur sur les soins de ville à Mayotte, dans le sens des préconisations émises par notre commission après son déplacement dans l'Océan Indien (article 35). D'autres mesures introduites par amendements du Gouvernement visent à prolonger opportunément le congé de paternité pour renforcer la disponibilité des pères en cas de naissance prématurée (article 47 bis) ou encore à faciliter le recours au temps partiel thérapeutique (article 32 bis).

Je suis cependant plus réservée sur les dispositions de l'article 47 visant à aligner la durée minimale du congé de maternité indemnisé des travailleuses indépendantes sur celle des salariées, en ce qu'elles ne me paraissent pas adaptées à la réalité de l'activité de ces travailleuses. Je crains qu'il n'en découle un régime de protection maternité en pratique moins favorable que celui résultant du droit actuel ; c'est pourquoi je vous proposerai de revoir en partie ces dispositions par amendement.

Sur le même thème de l'accès aux droits, la réforme de l'aide à la complémentaire santé (ACS) engage une simplification bienvenue : ce dispositif sera fusionné avec la CMU-C moyennant une contribution financière de moins d'un euro par jour d'après l'engagement pris dans le cadre du plan « pauvreté » (article 34). Les personnes concernées sont sur des tranches de revenus très proches. Il faut souhaiter que cette évolution suscite un plus fort taux de recours, jusqu'alors de moins de 50 % pour l'ACS en raison de restes à payer encore élevés mais aussi d'une lourdeur administrative qu'il serait heureux d'alléger. Cette réforme permet dans le même temps d'aligner les garanties offertes aux bénéficiaires de ces deux dispositifs. Elle se combine avec la réforme du reste à charge zéro (article 33) qui traduit une promesse de campagne présidentielle. Trois postes de dépenses sont concernés : l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires. Les contours de cette réforme ont été définis lors de négociations conduites au premier semestre avec les représentants de chacun des secteurs concernés. Schématiquement, il existera une classe de produits ou « panier 100 % santé » donnant lieu à une prise en charge intégrale après intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, sur la base de tarifs plafonnés. La montée en charge est progressive jusqu'à une pleine mise en œuvre à compter de 2021. Cette réforme est un progrès pour lutter contre les renoncements aux soins sur des postes de dépenses lourds pour les ménages, mal pris en charge par l'assurance maladie de base. Elle marque la fin d'un désengagement progressif sur ce type de dépenses qui avait laissé la voie ouverte à la régulation opérée par les organismes complémentaires, notamment via les réseaux de soins. Mais cette réforme comporte encore de nombreuses inconnues. Nous sommes appelés à nous prononcer sur un cadre général alors que ce sont les modalités précises de mise en œuvre qui auront toute leur importance, notamment sur la qualité et donc l'attractivité des offres « 100 % santé » pour les assurés. L'impact financier et économique est à ce stade délicat à appréhender. Une première inconnue porte sur les tarifs des contrats des complémentaires santé. L'alignement des « petits contrats » offrant une couverture limitée au ticket modérateur pourrait entraîner une hausse - modérée- de leur coût, évaluée entre 4 et 5 % étalée sur trois ans ; la question est de savoir si celle-ci pourra être « absorbée » par la mutualisation et des gains sur d'autres postes et d'autres contrats comme le prétend le Gouvernement. Concrètement, des économies sont attendues sur le secteur de l'optique, ce qui inquiète d'ailleurs les fabricants français de verres comme de montures et interroge sur l'avenir du maillage territorial des opticiens. Mais combien de Français opteront pour les offres sans reste à charge ? Quel sera l'effet « volume » ? Quelles seront les dynamiques sur le marché à prix libres, sachant, qu'en optique, le reste à charge sera plus important demain sur ce segment du marché avec une prise en charge modique par l'assurance maladie ? Ces interrogations justifient que l'on suive de près la mise en place de cette réforme en demandant, une fois n'est pas coutume, un bilan de sa mise en œuvre. D'ici là, je vous proposerai quelques ajustements.

Un autre axe du projet de loi concerne les modes de financement des établissements de santé. Il ne s'agit pas de grands bouleversements mais d'une inflexion vers une plus grande prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins, suivant des préconisations des chantiers de la stratégie de transformation.

La dotation complémentaire à la qualité (dotation IFAQ) passera dès 2019 de 50 à 300 millions, et un dispositif de pénalité sera mis en place (article 27). Reste à en adapter les critères d'appréciation, qui sont aujourd'hui trop nombreux et déphasés d'après les acteurs hospitaliers, davantage tournés vers les process que vers les résultats et la qualité. J'attirerai également l'attention de la ministre sur l'articulation entre des dispositifs qui se superposent sans véritable cohérence d'ensemble : ainsi, l'article 29 bis inséré par le Gouvernement introduit la notion de « plan d'amélioration de la pertinence des soins » alors que d'autres outils existent, avec les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Ces évolutions affichent des ambitions louables mais affectent la lisibilité d'ensemble de ces politiques ; une refonte globale serait nécessaire. Pour l'heure, je vous proposerai des amendements pour clarifier l'articulation entre ces outils.

Parallèlement, un mode de financement forfaitaire est instauré pour la prise en charge de pathologies chroniques, dans un premier temps le diabète et l'insuffisance rénale (article 28). Cela va dans le sens de préconisations de plusieurs rapports de notre commission, mais la portée de la mesure reste encore floue et limitée : seul l'hôpital sera concerné, alors que l'intérêt de ce type de rémunération est dans l'articulation avec la ville : ainsi, 90 % des dépenses liés à la prise en charge du diabète se font en ville. Les contours précis restent aussi à définir, et il faut souhaiter que ce soit dans la concertation avec les acteurs concernés.

D'autres mesures concernant l'organisation des soins hospitaliers ont été introduites lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, à l'initiative de son rapporteur général. L'article 29 quinquies autorise les établissements de santé, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients par les services et unités d'accueil et de traitement des urgences. Il ne vous aura pas échappé que la discussion de cet article à l'Assemblée a donné lieu à de nombreuses références à la préconisation n°1 du récent rapport de notre commission sur les urgences hospitalières. Il me semble pourtant que la rédaction de cet article n'est pas conforme à l'esprit qui animait notre proposition ; c'est pourquoi je vous proposerai de le supprimer.

L'article 29 sexies, ensuite, ouvre la possibilité d'une récupération d'indus pour les activités exercées par les hôpitaux sans satisfaire à leurs conditions d'autorisation. Dans la mesure où il s'agit de mettre en place un nouvel outil permettant de garantir que certaines interventions chirurgicales délicates, dans le domaine de la cancérologie principalement, sont effectuées dans des services effectuant une activité minimale - ce qui garantit la sécurité des patients -, je vous propose de ne pas nous y opposer. Cet article me paraît cependant poser autant de questions qu'il en résout, s'agissant notamment des contrôles effectués sur le terrain : j'interrogerai la ministre en séance sur ce point.

Un autre volet du texte concerne la structuration des soins de ville et l'accès aux soins dans les territoires. L'article 30 propose une mesure de simplification ponctuelle pour rendre plus attractif les remplacements par des médecins salariés ou des étudiants non thésés : ce type d'exercice mixte pourrait renforcer la présence médicale dans les zones sous-dotées. Il en est de même des pratiques avancées dont le déploiement au sein des maisons de santé est favorisé (article 31). En outre, l'article 29 quater introduit par le Gouvernement traduit des mesures phares du plan « Ma Santé 2022 », renvoyées à la négociation conventionnelle : le soutien au recrutement d'assistants médicaux et le développement de l'exercice coordonné. Le Gouvernement a annoncé le recrutement de 4 000 assistants, chargés d'apporter un appui à la fois administratif et paramédical aux médecins mais dont les missions et les profils ne sont pas encore bien cernés ; il a également annoncé le déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dans l'objectif de faire, demain, de l'exercice coordonné en ville la norme, via des aides au fonctionnement et la modulation des rémunérations des professionnels de santé. Cela devra se faire avec souplesse. Je vous proposerai d'adopter ces dispositions pour laisser les discussions s'engager sans tarder entre la CNAM et les professionnels de santé.

J'en termine par le volet relatif à la régulation des produits de santé, traitée par les articles 42 à 43 bis. Certaines des mesures proposées vont dans le bon sens : je pense notamment à l'ouverture des Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) aux extensions d'indication, conformément à la proposition formulée avec mes collègues Véronique Guillotin et Yves Daudigny dans notre rapport sur l'accès précoce aux médicaments, ou à la mise en place d'un accès direct en post-ATU. Ces deux mesures permettront de renforcer l'accès des patients aux innovations thérapeutiques. La mise en place de ces avancées s'accompagne cependant de dispositifs financiers et d'encadrement d'une complexité invraisemblable, qu'il est de notre devoir de dénoncer au nom de la clarté et de la qualité des débats parlementaires. L'article 42 propose ainsi un ensemble très disparate de mesures, qui vont de l'accès précoce aux dernières générations d'anticancéreux à l'évaluation de l'homéopathie par la HAS. Je relève plus généralement, dans les derniers PLFSS, une tendance à la complexification des dispositions portant sur les produits de santé qui me paraît inquiétante ; car il n'en va pas seulement de l'intelligibilité de la loi, mais également de l'attractivité de notre pays pour une production pharmaceutique de plus en plus mondialisée – et donc de l'accès effectif des patients à l'ensemble de l'arsenal thérapeutique disponible.

Je regrette également la poursuite d'une tendance à la centralisation, à rebours de la primauté du dialogue conventionnel à laquelle notre commission est attachée. Je pense notamment à l'introduction, à l'article 42, d'une compensation unilatéralement fixée par les administrations de sécurité sociale pour la prise en charge des extensions d'indication. Si l'on peut comprendre la tentation d'un recours accru à une régulation unilatérale face au risque majeur que font peser certaines avancées thérapeutiques sur la maîtrise des dépenses de santé, il est à craindre qu'une telle méthode, en contribuant à la crispation des différents acteurs de la santé, ne nuise à l'efficacité de l'action déployée par les pouvoirs publics. Je vous proposerai un amendement répondant à cette préoccupation.

Je suis enfin opposée à certaines des mesures proposées s'agissant des produits de santé. La restriction du recours à la mention « non substituable » aux situations médicalement justifiées, tout d'abord, ne me paraît pas aller dans le bon sens pour continuer d'inciter au développement du médicament générique : je vous présenterai une proposition alternative. En second lieu, si je ne suis pas opposée par principe au régime d'encadrement proposé pour les médicaments hybrides, la méthode proposée ne me paraît pas la bonne : le sujet n'a pas fait l'objet de mesures particulières dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Il me semble nécessaire de poursuivre les travaux préalables en y associant l'ensemble des acteurs, afin que nous puissions apprécier les dispositions proposées en toute connaissance de cause.

Sous réserve de ces observations et des amendements que je vous présenterai, je vous propose d'adopter la branche maladie de ce projet de loi de financement.

M. Bernard Bonne, rapporteur pour le secteur médico-social. – Il me revient de vous exposer le bilan d'une campagne budgétaire qui s'est chiffrée en 2018 à un peu plus de 22 milliards et qui a concerné près de 16 500 établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. En ces temps de réforme annoncée du financement de la perte d'autonomie, il me semble important de vous en rappeler les principaux caractères. Les dotations finançant les dépenses de soins de ces établissements et services leur sont versées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), via les agences régionales de santé (ARS). Elles proviennent très majoritairement de la part de l'Ondam consacrée au secteur médico-social, mais également de plusieurs ressources propres de la CNSA. Parmi ces dernières, deux prélèvements fiscaux sont assis sur les revenus : la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), mieux connue sous le nom de « journée de solidarité », et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa). À partir de 2019, s'y ajoutera une fraction du produit de la CSG.

Cette année encore, l'Ondam médico-social a fait l'objet d'une consommation inférieure de près de 200 millions aux montants initialement engagés, intégralement couverte par un recours à la trésorerie de la CNSA. Cette pratique, installée depuis plus de trois ans, continue de faire reposer sur un expédient financier un besoin de financement que le vieillissement de la population ne pourra pourtant jamais endiguer. Nous avions l'année dernière l'espoir que cette habitude regrettable finirait par cesser ; nous avons au contraire appris que ces fameuses réserves de la CNSA seraient ponctionnées de près de 490 millions en 2019 ! Autrement dit, littéralement épuisées.

Plus inquiétant, les différences instances de surveillance de l'Ondam retiennent pour 2019, pour la première fois, un tendancier de dépenses de soins du secteur médico-social dont le rythme d'évolution diminue. De 3,9 % cette année, il passerait à 3,6 % l'an prochain. Alors que le Gouvernement maintient son ambition d'une médicalisation renforcée des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) et que les besoins d'accompagnement thérapeutique des personnes handicapées n'ont jamais été aussi importants, on ne peut qu'être interdit.

Ce ralentissement pourrait venir du virage inclusif de l'offre médico-sociale amorcé par le Gouvernement, selon lequel les parcours des personnes âgées et handicapées doivent privilégier la coordination de services à l'accueil en établissement. En préférant la meilleure organisation de l'offre disponible à l'ouverture de nouvelles places, on fait le pari de parcours mieux adaptés et d'économies d'échelle simultanées. Bien que partageant cette ambition sur le long terme, je m'interroge sur le calendrier retenu : engager dès à présent ce virage inclusif alors que les deux secteurs du grand âge et du handicap n'en sont qu'aux prémices de réformes tarifaires de très grande ampleur me paraît particulièrement hasardeux. La concertation que conduit Dominique Libault sur la réforme de la dépendance vient à peine d'être lancée et le chantier d'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées connaît d'inquiétants signes d'essoufflement. Est-ce le moment opportun pour un ralentissement de l'évolution des dépenses de soins ?

Le dispositif du PLFSS relatif au secteur médico-social est une fois de plus très réduit. Les articles 40 et 41 concentrent à eux seuls l'ensemble des innovations portées par le Gouvernement en matière médico-sociale pour 2019. L'article 40 met en œuvre d'une des promesses de la stratégie nationale pour l'autisme, en organisant le financement intégral par l'assurance maladie d'un parcours de bilan et d'intervention précoce destiné aux jeunes enfants atteints du trouble du neuro-développement. Il s'agit d'un indéniable progrès, qui permettra de soulager des familles contraintes de recourir à des professionnels libéraux – ergothérapeutes et psychomotriciens – souvent non conventionnés. Pour autant, l'article me paraît présenter plusieurs maladroites. Je vous présenterai quelques amendements pour le rendre plus opérationnel et réduire le risque de rupture d'égalité. L'article 41 accélère le rythme de convergence tarifaire des forfaits globaux de soins attribués aux Ehpad, dont la loi portant adaptation de la société au vieillissement avait initialement fixé le terme à sept ans. La mesure est intéressante mais laisse entier le problème du modèle financier des Ehpad, que je vous avais présenté en mars. Aucune mesure spécifique n'est prévue pour remédier aux effets dommageables de la réforme du forfait dépendance et les restes à charge des résidents se maintiennent à des niveaux intolérablement élevés. Bien que le Gouvernement ait lancé d'ambitieux chantiers sur ces questions dont l'urgence n'est plus à prouver, notre commission devra rester vigilante.

Sous réserve de l'adoption de ces amendements, j'émet un avis favorable sur les dispositions médico-sociales.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles. – *Depuis cinq ans, les années se suivent et se ressemblent pour la branche AT-MP. Depuis qu'elle a renoué avec un résultat positif en 2013, elle cumule les excédents si bien que ses capitaux propres pourraient atteindre, en 2018, 2,8 milliards. Les voyants sont effectivement au vert : une dette entièrement apurée depuis 2016, un solde cumulé qui pourrait avoisiner les 5 milliards en 2020 selon les projections du PLFSS 2019, et un taux de cotisation reparti à la baisse depuis 2015.*

Comment la branche est-elle parvenue à ce redressement spectaculaire ? Tout d'abord, ses fondamentaux sont supportés par des éléments structurels et conjoncturels favorables. La sinistralité diminue, avec une fréquence des accidents du travail stabilisée à un niveau historiquement bas, de l'ordre de 33,4 accidents pour 1 000 salariés, et une diminution du nombre de maladies professionnelles d'un peu plus de 4 % en 2016 par rapport à 2015. Cette tendance peut être attribuée aux efforts de prévention déployés par les entreprises mais aussi à la baisse du nombre de salariés dans le secteur industriel. Les dépenses de la branche ont ainsi légèrement diminué en 2017. Dans le même temps, le produit des cotisations progresse, malgré les baisses successives opérées de 2015 à 2018, sous l'effet du dynamisme de la masse salariale. Cette situation excédentaire tient également à l'organisation et au fonctionnement atypiques d'une branche empreinte d'une forte culture paritaire. Le rééquilibrage de ses comptes doit en effet beaucoup à l'esprit de responsabilité des partenaires sociaux. L'augmentation des cotisations AT-MP combinée aux efforts de la Cnam pour renforcer ses procédures de contrôle interne et diminuer le coût des contentieux ont permis de rétablir une situation financière saine et durable.

Je suis donc tenté de parler de gestion exemplaire, même si, bien entendu, des marges de progrès existent, en particulier pour améliorer les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. Néanmoins, cette branche a su réagir dans des délais rapides à une crise douloureuse, après trois refus de certification de ses comptes par la Cour des comptes de 2010 à 2012. Les efforts des partenaires sociaux méritent donc d'être, une nouvelle fois, salués.

Quand on fait des efforts, on s'attend à ce qu'ils soient récompensés. C'est d'autant plus vrai dans le cas d'une branche qui repose sur une puissante logique assurantielle : si la sinistralité diminue, les cotisations devraient baisser. C'est du reste la logique qui a prévalu au cours des dernières années, puisque le taux de cotisation a diminué de près de 9 % sur la période de 2015 à 2018. Compensée par une hausse du taux de cotisation maladie garantissant une stricte neutralité du coût du travail, cette baisse n'a d'ailleurs pas empêché la branche AT-MP de continuer à dégager des excédents. Mais cette logique vertueuse est en passe d'être sérieusement mise à mal par la stratégie du Gouvernement pour rééquilibrer les comptes de la sécurité sociale. Toute nouvelle baisse des cotisations AT-MP est écartée pour 2019, si bien que leur produit progressera de près de 4 % quand les recettes de l'ensemble des régimes de base et du FSV ne croîtront que de 2,3 %. La branche AT-MP est ainsi placée délibérément en situation de surfinancement, pour des motifs qui n'ont plus rien à voir avec sa raison d'être, à savoir : réparer et prévenir. De façon désormais assumée par le Gouvernement, la capacité de financement de la branche est mobilisée, et même détournée, pour poursuivre le désendettement des autres branches. Tout cela sous couvert d'un leitmotiv assez confortable : la « solidarité inter-branches ».

La ficelle est un peu grosse : le Gouvernement ramène à zéro à partir de 2020 le solde des branches maladie et famille, et maintient dans le même temps un excédent de la branche AT-MP à 1,3 milliard jusqu'en 2022, soit exactement le montant nécessaire pour compenser en trésorerie le solde des autres régimes de base à cette même date. Difficile d'y voir une coïncidence.

On comprend mal la logique qui consiste à prélever le produit des cotisations AT-MP pour alléger la dette cumulée dans la protection contre d'autres risques. L'impératif de cohérence de notre système de protection sociale devrait, selon moi, conduire le Gouvernement à augmenter le taux de cotisation maladie et à baisser à due concurrence le taux de cotisation AT-MP, sans effet sur le coût du travail, comme ce fut déjà le cas les années précédentes. C'est d'autant plus vrai que la logique assurantielle de la branche est déjà minée par des transferts dont le poids croissant tend à remettre en cause la responsabilisation des entreprises. Ces transferts, d'un montant de 2,6 milliards en 2019, représentent désormais plus de 21 % des dépenses prévisionnelles de la branche et viennent accentuer la part mutualisée du taux de cotisation. Parmi ces transferts, figure bien entendu la prise en charge de l'indemnisation des victimes de l'amiante, au travers du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fivoa), à hauteur de 260 millions en 2019, et du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à hauteur de 532 millions. Les dotations de ces fonds diminuent en 2019, respectivement de 4 % et 13 %, compte tenu de la baisse tendancielle des demandes d'indemnisation et du nombre d'allocataires. On peut en effet penser que le nombre de personnes atteintes par l'amiante va diminuer. Toutefois, le plafond des demandes potentielles d'indemnisation des victimes de l'amiante n'a pas encore été atteint. Le délai de latence des pathologies les plus graves liées à l'exposition à l'amiante, dont le mésothéliome, peut aller jusqu'à 40 ans, de sorte qu'un nombre plus important de dossiers d'indemnisation pourrait à l'avenir être déposé auprès du Fivoa puisque l'utilisation de l'amiante n'est interdite que depuis 1997.

Le sujet principal des transferts reste celui du milliard d'euros reversé par la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Pour la cinquième année consécutive, le montant de ce transfert est maintenu à un milliard d'euros, contre 137 millions en 1997. La commission chargée d'objectiver cette dépense, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, ne publie son évaluation que tous les trois ans et ne propose généralement qu'une fourchette allant presque du simple au double : elle estime ainsi que le coût de la sous-déclaration est compris entre 815 millions et 1,53 milliard. Coup de chance, le Gouvernement a coupé la poire en deux... Cependant, nous ne pouvons nous satisfaire de ce montant estimé à la louche qui ne tient pas compte des efforts déployés par la branche pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles : le maintien de cette dotation à un milliard d'euros entretient de plus en plus le sentiment d'un détournement des excédents de la branche AT-MP au profit du rééquilibrage de la branche maladie.

Outre la problématique de la sous-reconnaissance, les transferts continuent de comporter un certain nombre d'inconnues. Le coût des dispositifs de pénibilité que sont le compte professionnel de prévention et le départ en retraite anticipée en cas d'incapacité permanente devrait connaître une augmentation de plus de 130 % sur la période 2018-2021. Une autre inconnue réside dans l'indemnisation des victimes du chlordécone, à laquelle s'est engagé le Président de la République, d'autant que, selon Santé publique France, la contamination des sols aurait touché 90 % de la population adulte de la Guadeloupe et de la Martinique. Les méfaits de ce pesticide obligent à réfléchir aux conséquences sur la santé de nos agriculteurs et de leurs familles de l'utilisation des produits phytosanitaires dans notre agriculture.

Je rappelle que le Sénat a adopté en février de la proposition de loi de notre collègue Nicole Bonnefoy, visant à créer un fonds d'aide aux victimes de produits phytopharmaceutiques.

J'en viens à l'article 44. Les rentes AT-MP et l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante sont incluses dans cet article qui prévoit la sous-revalorisation de prestations sociales. Il est pour le moins surprenant que les bénéficiaires d'une rente AT-MP soient pénalisés à l'heure où le Gouvernement revendique une politique privilégiant la rémunération de l'activité. Le pouvoir d'achat de ces anciens salariés se voit amputé alors même que leur rente est censée réparer, forfaitairement et non pas intégralement, un préjudice permanent subi sur leur lieu de travail.

En conclusion, nous déplorons que le Gouvernement ait décidé d'écarter une nouvelle baisse du taux de cotisation AT-MP, ce qui serait logique compte tenu de la situation financière de la branche. La détermination de ce taux relevant du pouvoir réglementaire, je ne pourrai déposer d'amendement, mais j'alerterai la ministre en séance publique en lui rappelant les fondamentaux d'une branche assurantielle. Sous ces réserves, je vous invite à vous prononcer en faveur de l'objectif de dépenses de la branche fixé à 13,5 milliards pour l'ensemble des régimes de base pour 2019.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour la branche vieillesse. – Ce PLFSS présente une trajectoire fortement corrigée de la branche vieillesse sur la période 2017-2022 par rapport à la loi de financement pour 2018.

Cette correction tient essentiellement à deux facteurs : pour les années 2017 et 2018, l'amélioration du solde des régimes de base d'assurance vieillesse et du FSV s'explique par une réévaluation des hypothèses économiques associées à ce PLFSS en particulier les prévisions de croissance économique et de masse salariale qui ont gonflé les recettes. De plus, pour les années 2019 à 2022, elle est la conséquence directe de la mesure proposée à l'article 44 sous-revalorisant les prestations sociales en 2019 et 2020, de 0,3 % seulement, alors qu'elles devraient l'être de 1,5 % en 2019 et d'au moins 1,3 % en 2020. Cet article s'inscrit dans la continuité de la loi de financement pour 2018 qui avait augmenté la CSG sans compensation pour les retraités et décidé – déjà ! – d'une année 2018 sans revalorisation des pensions. La politique du Gouvernement en matière de retraite a donc le mérite de la cohérence : faire peser sur les seuls retraités la charge d'ajustement de nos finances publiques. (Exclamations et marques d'ironie de plusieurs commissaires)

Ce puissant coup de rabet sur les prestations sociales, au premier rang desquelles les pensions de retraite, est en effet l'une des seules mesures d'économie substantielle proposées par le Gouvernement pour respecter nos engagements européens. Sur le seul champ de la retraite, 2 milliards seront ainsi pris aux retraités en 2019 et 3,8 milliards en 2020. En 2018, la hausse de la CSG a déjà représenté un prélèvement de 4,7 milliards supplémentaires sur les retraités. Pour un Gouvernement qui a engagé depuis un an une réforme systémique des retraites en jurant qu'il ne s'agira pas d'une réforme financière et que le niveau des pensions ne diminuerait pas, la combinaison de ces trois mesures (CSG, absence de revalorisation en 2018 et sous-revalorisation en 2019 et 2020) n'offre pas les meilleures garanties que ces engagements seront tenus... Nous le rappellerons, bien entendu.

Au-delà des bonnes intentions du haut-commissaire Jean-Paul Delevoye rappelées récemment encore devant notre commission, la politique du Gouvernement pose trois questions au regard des objectifs que fixe la loi au système de retraite.

Tout d'abord, la sous-revalorisation menace-t-elle l'objectif d'assurer un niveau de vie satisfaisant aux retraités ? Un chiffre est souvent mis en avant : le niveau de vie moyen des retraités en France s'établit à 105,6 % de l'ensemble de la population et la pauvreté y est moins répandue avec un taux de pauvreté de 6,8 % contre 14 % en moyenne au niveau national. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) montre depuis plusieurs années que cet indicateur de niveau de vie va diminuer très fortement dans les prochaines années allant jusqu'à perdre 10 points à l'horizon 2030-2035, hors réforme systémique. Les mesures prises cette année vont donc contribuer à accélérer cette tendance. Les évaluations des effets de la politique fiscale et sociale menée par le Gouvernement depuis un an soulignent toutes que les retraités en sont les grands perdants à l'exception des 550 000 bénéficiaires du minimum vieillesse - cette prestation étant fortement revalorisé jusqu'en 2020 - et du « 1 % » des retraités les plus riches qui bénéficient pleinement du prélèvement forfaitaire unique. En revanche, pour l'immense majorité des retraités, les mesures prises depuis un an vont leur faire perdre jusqu'à 3 % de leur revenu disponible, c'est-à-dire de leur pouvoir d'achat.

En second lieu, la sous-revalorisation des pensions menace-t-elle l'objectif d'équité ? Cette question s'éclaire sous un nouveau jour si l'on considère l'écart qui se réduit entre le minimum vieillesse et le montant d'une pension obtenue après une carrière au Smic. Entre 1990 et 2017, le minimum vieillesse pour une personne seule a augmenté à un rythme deux fois plus élevé que les pensions de retraite indexées sur l'inflation. La nouvelle revalorisation décidée l'année dernière qui portera le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) pour une personne seule à 903 euros par mois en 2020 va accentuer ce décrochage puisque dans le même temps les pensions vont stagner. En 2020, l'écart entre le minimum vieillesse et une pension liquidée après une carrière passée au Smic (environ 970 euros par mois) ne sera donc plus que de 70 euros. Le Haut-commissaire s'est dit sensible à la réduction de cet écart mais je constate que les mesures prises par le Gouvernement vont contribuer à le réduire encore plus. Or, c'est la logique même du caractère contributif des retraites qui est menacée.

Dernière question : la sous-revalorisation des retraites augure-t-elle la volonté du Gouvernement d'agir exclusivement sur le levier des pensions pour respecter l'objectif d'équilibre financier ? Comme nous le rappelions avec le rapporteur général en juillet dernier après nos déplacements en Europe sur la réforme des retraites, les réformes menées en France depuis 1993 ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses de retraite à l'avenir. Pour autant, le système des retraites demeurerait déséquilibré tout au long de la décennie 2020 et se dégraderait sur le long terme si le taux de croissance de la productivité du travail devait être inférieur à 1,5 %, ce qui risque d'être le cas. À court terme, la mesure de sous-revalorisation permettrait de combler le déficit projeté du système de retraites qui se serait élevé en 2022 à 0,2 % du PIB, soit 4,3 milliards. Loin de nous l'idée de critiquer la volonté du Gouvernement d'équilibrer le système de retraite. Notre commission a suffisamment regretté que le Gouvernement précédent n'ait pas eu le courage d'agir plus fortement. En revanche, nous critiquons une politique consistant, depuis un an, à agir exclusivement sur les retraités pour y parvenir.

Or, les expériences étrangères de même que la réforme des régimes complémentaires Agirc-Arrco par les partenaires sociaux en 2015 le montrent : pour être efficace et socialement accepté, le pilotage d'un système de retraite doit être équilibré et reposer « en même temps » sur ses trois leviers : les cotisations, la durée d'activité et le montant des pensions.

Le Gouvernement précédent a augmenté de plus d'un point en cinq ans les cotisations d'assurance vieillesse et il a timidement accru la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein à 43 ans pour les générations nées après 1973. Le Gouvernement Fillon avait décidé également des hausses de taux dans la fonction publique et avait surtout décalé de deux ans l'âge minimum de départ à la retraite, qui représente aujourd'hui encore la réforme la plus importante en matière de finances publiques.

Nous considérons donc que la mesure de sous-revalorisation des pensions dans un contexte de reprise de l'inflation, après une année blanche et une hausse significative de la CSG, ne correspond pas au pilotage équilibré que nous appelons de nos vœux. C'est pourquoi, je proposerai un amendement à l'article 44 rejetant la sous-indexation proposée pour indexer l'ensemble des prestations sociales sur l'inflation estimée pour 2019 afin de protéger le pouvoir d'achat des retraités. Pour équilibrer financièrement ce PLFSS, je proposerai un amendement prévoyant le recul progressif de l'âge minimum légal à 63 ans au 1^{er} mai 2020, comme l'a déjà voté notre commission. Des mesures affectant les recettes vous seront également proposées par le rapporteur général. Malheureusement, ces mesures n'ont que peu de chance de demeurer dans la future loi de financement, mais je suis convaincu que le Sénat et sa majorité sont dans leur rôle en rappelant que les retraités ne peuvent être et ne pourront être à l'avenir la seule variable d'ajustement financière du système de retraite et que le recul progressif de l'âge minimum légal est la seule solution crédible pour équilibrer durablement le système de retraite et protéger les salariés contre un départ précoce qui se traduirait par une pension trop faible.

Tel est le sens des amendements proposés par vos rapporteurs et que je vous demande d'adopter afin de pouvoir voter ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour la branche famille. – Je vous indiquais l'an dernier que la branche famille renouerait avec l'équilibre de ses comptes en 2017, mais il faudra finalement attendre 2018. En effet, l'année 2017 s'est clôturée avec un résultat négatif de 0,2 milliard, et l'exercice 2018 devrait s'achever sur un solde positif de 0,4 milliard, ce que la branche famille n'a pas connu depuis dix ans, avec 50,5 milliards de recettes et 50,1 milliards de dépenses.

En 2013, en raison de la conjoncture économique défavorable, les comptes de la branche avaient atteint un déficit de 3,2 milliards. La résorption progressive de ce déficit et des suivants a dû se faire au prix d'importantes mesures d'économie au cours des cinq dernières années, dont la principale fut la modulation, à partir de 2015, des allocations familiales en fonction des revenus, une économie de 760 millions par an.

Le PLFSS que nous examinons aujourd'hui prévoit pour 2019 un excédent significatif pour la branche famille, s'élevant à 1,2 milliard. Pour les années suivantes, le texte prévoit un strict équilibre de la branche jusqu'en 2022, en raison des transferts de recettes à la Cades.

La principale mesure en dépenses concernant la branche famille figure à l'article 44 du PLFSS, qui prévoit une « sous-revalorisation » de 0,3 % pour un certain nombre de prestations sociales en 2019 et en 2020, soit une moindre dépense de 260 millions pour la branche famille en 2019. Toutes les prestations familiales, calculées en fonction de la base mensuelle des allocations familiales, seront concernées.

Compte tenu des prévisions d'inflation, estimées à 1,8 % pour 2018 et à 1,4 % pour 2019, cette « sous-revalorisation » constituera une baisse de leur montant en euros constants. Elle touchera en premier lieu les familles dont le pouvoir d'achat dépend le plus des prestations familiales : les familles modestes et les familles nombreuses. Je regrette ce choix de la « sous-revalorisation » des prestations comme instrument de maîtrise budgétaire.

Tout d'abord, cette mesure représente, une fois de plus, un effort pour les familles, alors qu'elles ont déjà été largement affectées par les dispositions successives visant à modérer les dépenses de la branche : l'effet cumulé des mesures d'économie pour la branche famille a représenté 1,48 milliard sur la période 2012-2017. La loi de financement pour 2018 a en outre harmonisé par le bas le barème et le plafond de ressources de l'allocation de base, de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption sur ceux du complément familial.

Ensuite, les prestations familiales pourraient être revalorisées en fonction de l'inflation sans compromettre l'équilibre financier de la branche. La mesure d'économie est en effet chiffrée à 260 millions pour 2019, alors qu'un excédent de plus d'un milliard est prévu. Le choix est donc fait de réaffecter cet excédent aux autres branches, au détriment des familles – je répète là ce que disait Gérard Dériot...

Notons enfin que cette mesure intervient dans un contexte de dégradation du pouvoir d'achat de nos concitoyens, notamment en raison de la hausse du prix des carburants et du chauffage. Par conséquent, René-Paul Savary vous proposera, à l'article 44, un amendement visant à revaloriser les prestations familiales au niveau de l'inflation estimée pour 2019.

Les autres mesures en dépenses concernant la famille sont assez consensuelles et je vous proposerai de vous prononcer en leur faveur.

L'article 45 prévoit la majoration du montant du complément de mode de garde (CMG) pour les familles ayant un enfant en situation de handicap et qui bénéficient à ce titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Notre commission avait déjà approuvé l'an dernier la majoration du CMG pour les familles monoparentales ; dans ce cas, il s'agit de soutenir les familles ayant un enfant en situation de handicap et pour lesquelles les coûts de garde d'enfants peuvent être plus conséquents. Il faut néanmoins souligner que la mesure aura un impact relativement limité car le montant du CMG est plafonné à 85 % du coût de la garde, et le nombre d'allocataires de l'AEEH au titre d'enfants de moins de six ans est assez faible, en raison de la reconnaissance souvent tardive du handicap chez l'enfant.

L'article 46 prévoit que le CMG sera attribué à taux plein pour les enfants ayant atteint l'âge de trois ans entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année et qui ne seront pas encore inscrits à l'école maternelle. Je rappelle qu'à partir des trois ans de l'enfant, et jusqu'à ses six ans, le montant du CMG est normalement réduit de moitié. Les familles pourront donc recevoir le CMG à taux plein au titre de leur enfant de trois ans né en début d'année, avant son entrée à l'école maternelle.

Cette mesure accompagnera l'abaissement à trois ans de l'âge de l'instruction obligatoire, annoncé dans le cadre du plan Pauvreté, et qui sera mis en œuvre à la prochaine rentrée scolaire. Enfin, cet article ouvrira la possibilité d'un versement du CMG dit « structure » en tiers payant, pour éviter les avances de frais par les familles bénéficiaires, comme c'est déjà le cas pour le CMG dit « emploi direct ».

Cette année marque aussi la signature d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la branche famille, pour les années 2018 à 2022. On peut saluer les efforts qui seront consacrés à développer l'accueil du jeune enfant pour les publics les plus fragiles. Des bonus seront ainsi versés pour l'ouverture de places dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et pour l'accueil en crèches d'enfants porteurs de handicap. L'objectif d'ouverture de 30 000 places de crèche reste toutefois limité : il correspond au nombre de places ouvertes lors de la précédente COG.

Ces objectifs seront en outre à réaliser dans un contexte contraint pour les caisses d'allocations familiales (CAF), alors que d'importants chantiers s'ouvriront dans les années à venir. D'une part, la progression du Fonds national d'action sociale (FNAS), qui finance principalement les places en crèches, est limitée par la nouvelle COG à 2 % par an. D'autre part, les CAF devront réduire leurs effectifs de 2 100 postes, sur 33 000, alors qu'elles éprouvent déjà des difficultés à remplir leurs missions, et elles devront diminuer leurs frais de gestion de 5 % par an.

Dans ce contexte, elles devront mettre en œuvre la réforme des aides au logement, dont le calcul sera basé dès l'an prochain sur les ressources contemporaines des allocataires. Cette réforme pourrait ensuite s'étendre à d'autres prestations versées par les CAF, dont les prestations familiales. Le projet de fusion de prestations dans un revenu universel d'activité les concernera également.

Au total, on peut donc se féliciter d'un retour à l'équilibre de la branche, fruit d'importants efforts financiers. Ces efforts ont néanmoins limité le développement de la politique familiale, qui doit pourtant compenser financièrement les charges de toutes les familles, selon une logique de solidarité horizontale. Le nombre de naissances diminuant dans notre pays depuis 2011, on peut regretter que cette situation financière favorable ne soit pas l'occasion de soutenir davantage la politique familiale.

Compte tenu des mesures prévues concernant la branche famille et de la modification que nous vous proposerons pour revaloriser les prestations familiales, je vous invite à vous prononcer en faveur de l'objectif de dépenses de la branche fixé à 50,3 milliards d'euros pour 2019.

M. Alain Milon, président. – J'ouvre la discussion générale.

M. Jean-Noël Cardoux. – *L'embellie que nous constatons dans les comptes de la sécurité sociale est liée à des effets plutôt conjoncturels que structurels et l'on peut regretter qu'aucune mesure structurelle ne soit proposée. Néanmoins, le Gouvernement essaie de mettre ici en œuvre une réforme structurelle larvée. En 1991, les recettes de la sécurité sociale étaient constituées à 80 % de cotisations et à 20 % de ressources d'origine fiscale. Aujourd'hui, les ressources fiscales représentent 38 % des ressources de la sécurité sociale. Il en va de même avec la réforme envisagée de l'assurance chômage, qui reposera sur un nouvel impôt. Il est vertueux de faire absorber par la Cades la totalité du déficit résiduel de l'Acoss, mais, là encore, on recourt à la CSG.*

La branche AT-MP était l'exemple même d'une démarche assurantielle ; la politique vertueuse des entreprises a permis de diminuer sensiblement le nombre d'accidents du travail, mais le Gouvernement maintient artificiellement le niveau des cotisations pour combler les déficits des autres branches. C'est une détérioration de notre logique assurantielle.

En 1945, le principe était simple ; on cotisait en fonction de ses ressources et on recevait en fonction de ses besoins. On détruit aujourd'hui notre système en créant de manière déguisée un système d'irresponsabilité illimitée. Le Sénat doit s'emparer de ce problème pour déterminer en toute transparence si l'on maintient un système assurantiel vertueux, dans lequel chacun est responsable, ou si l'on se dirige vers un système fiscal.

Mme Florence Lassarade. – *Je regrette le défaut de caractérisation de l'autisme et des professionnels chargés de suivre les enfants. Même s'il est vertueux de se préoccuper des autistes, les assimiler aux troubles « dys » est une aberration.*

Par ailleurs, à propos du « reste à charge à zéro », on aurait pu inclure l'orthophonie, qui est une charge importante pour les familles.

M. Michel Amiel. – *Les principes ayant présidé à la création de la sécurité sociale au sortir de la Seconde Guerre mondiale sont-ils toujours d'actualité ? Notre société a beaucoup évolué. Les gouvernements qui se sont succédé dernièrement, sur une période assez courte, ont tous buté sur des comptes en déséquilibre. Là, on en sort enfin.*

Sans doute, des réformes de structure ne peuvent se faire du jour au lendemain ; si on les lançait en profondeur, les Français ne seraient pas ravis. Du reste, pour l'assurance maladie, cela concerne tant les patients que les médecins, lesquels font parfois preuve de corporatisme – je suis bien placé pour le savoir –, en particulier en ce qui concerne l'installation et les mesures de lutte contre les déserts médicaux.

Monsieur Bonne, vous avez évoqué la convergence tarifaire des forfaits globaux de soins attribués aux Ehpad, mais ne conviendrait-il pas de revoir aussi certaines modalités concrètes ? Je pense notamment aux groupes iso-ressource (GIR) ; le point GIR n'est pas le même d'un département à l'autre, et je ne comprends pas pourquoi : la pathologie est la même sur tout le territoire. Ne faudrait-il pas unifier cette tarification ?

Mme Laurence Cohen. – *Nous approuvons presque tous les rapports de ce matin, sauf en ce qui concerne l'augmentation de l'âge du départ à la retraite, mais nous ne comprenons pas vos conclusions. Vos rapports sont très critiques, mais vous appelez à l'adoption du PLFSS. Bref, les gouvernements se succèdent et se ressemblent...*

Par ailleurs, on assiste à une rupture grave avec le principe d'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'État. Nous ne pouvons donc approuver ce PLFSS.

Par ailleurs, à l'article 40, on ne mentionne pas expressément l'autisme, on parle de troubles du neuro-développement. Cet article est en outre rédigé de façon alambiquée, et cela peut remettre en cause le libre choix des professionnels par les patients.

M. Jean-Louis Tourenne. – *Vous avez évoqué, monsieur le rapporteur général, les transferts de TVA vers la sécurité sociale, mais vous n'avez pas tenu compte des allègements de charges sociales se substituant au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui, je le crois, pourraient ne pas être compensés à la sécurité sociale pour un montant de 10 milliards d'euros.*

L'absence d'indexation sur l'inflation des prestations sociales et des retraites est une première ; cela n'augure rien de bon. En outre, l'allocation de rentrée scolaire était conditionnée à l'obligation scolaire ; cette obligation commence maintenant à trois ans, mais l'allocation reste versée à partir de six ans.

De manière générale, ce PLFSS s'en prend aux plus fragiles ; on assiste à de véritables régressions. Par exemple, la prime d'activité s'élève à seulement 8 euros par mois et non à 20 euros comme annoncé. Il en va de même avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ; on l'augmente mais on supprime en même temps le complément de ressource, qui s'élève à 170 euros, pour ne retenir que l'allocation de vie autonome, ce qui représente une diminution de 70 euros par mois. On assiste au même acharnement sur les retraités.

En outre, ce PLFSS aggrave les situations difficiles. On nous propose une augmentation de 2,4 % de l'Ondam hospitalier, mais, parallèlement, on nous annonce des annulations de crédits et une inflation de 1,7 %. Il ne reste donc plus qu'une augmentation de 0,6 % pour l'hôpital, qui ne pourra pas se sortir de ses difficultés et dont les dettes augmenteront. De même, l'Ondam pour les Ehpad n'augmente que de 2 %. On nous sert donc de beaux discours mais cela ne se traduit, dans la réalité, que par des régressions.

Sur la politique familiale, la PAJE a été réduite l'an dernier ; il y a une petite amélioration dans le PLFSS, puisqu'elle sera versée jusqu'à la rentrée à l'école. Cela dit, c'est la seule amélioration du texte et elle est tellement minime qu'elle ne mérite pas la moindre attention. J'aimerais que l'on ait une véritable politique d'accueil de la petite enfance. Les crèches sont inégalement réparties sur le territoire ; on a plus de places dans les secteurs favorisés qu'en banlieue ou en secteur rural.

Enfin, il n'y a pas un mot sur les mineurs non accompagnés, de plus en plus nombreux, et on nous propose une ponction scandaleuse sur les chèques-vacances, qui amènera les familles à se priver de vacances. Par ailleurs, on ne fait rien pour les parents d'enfants ayant des troubles comportementaux et qui doivent attendre deux ans pour avoir le rendez-vous permettant de lancer le dispositif d'accompagnement.

Bref, cette politique de régression nous inquiète.

M. Alain Milon, président. – En matière de politique familiale, la régression a commencé il y a plus longtemps...

M. Michel Forissier. – Je suis d'accord avec les explications des rapporteurs. On y voit clair et notre position est évidente.

Je veux revenir sur l'assistant médical ; je voudrais comprendre qui est ce nouvel acteur de santé. On lui affecte des crédits de formation sans savoir de quoi il s'agit. Les médecins ont des assistants qui font des tâches administratives et qui leur facilitent le travail, mais il y aura en l'espèce des actes à codifier. Cela peut être un danger.

M. Daniel Chasseing. – Le plan Santé va plutôt dans le bon sens, même si son contenu n'est pas complètement défini. Il devrait permettre de ramener des médecins dans les territoires en mettant progressivement fin au numerus clausus.

Je me réjouis aussi de l'équilibre de la sécurité sociale ; cela n'était pas arrivé depuis 2001. Les ressources fiscales permettent de rendre nos travailleurs plus compétitifs. Enfin, l'autisme me paraît bien traité.

En revanche, l'effort consacré aux Ehpad me paraît insuffisant, de même que l'effort de 0,3 % en faveur de la branche vieillesse. Les retraités touchant de faibles pensions ont de plus en plus de difficultés. Enfin, l'augmentation de la branche famille est trop faible.

Mme Véronique Guillotin. – Je suis satisfaite de la lutte contre les déserts médicaux. Cela va dans le bon sens, même si les effets se feront sentir dans la durée.

En ce qui concerne les soins de ville, le virage ambulatoire exigera des moyens importants. Prenons l'exemple des transports ; le transport inter-hospitalier passe de l'assurance maladie aux crédits des hôpitaux. Leurs enveloppes évolueront-elles en conséquence ? Cela entraînera une massification du marché, les plus petits transporteurs seront absorbés par les gros. Il y a des marges d'économie sur le transport sanitaire, mais il aurait fallu prendre le temps de la concertation pour mieux construire la réforme.

Les efforts en matière de prévention bucco-dentaire sont insuffisants. Il va devenir financièrement plus intéressant de se faire poser des prothèses que de faire de la prévention... La nomenclature n'est pas à la hauteur.

Je me félicite de l'effort accompli sur l'autisme ; cela permettra enfin aux autistes de trouver des places en France plutôt qu'en Belgique ou ailleurs. Enfin, je veux appeler votre attention sur les moyens alloués aux hôpitaux de proximité.

Mme Monique Lubin. – Monsieur le président, lorsque vous évoquiez les régressions anciennes en matière de politique familiale, faisiez-vous référence à la modulation des prestations familiales ? J'y suis moi-même favorable...

M. Alain Milon, président. – Alors ce n'est plus de la politique familiale, c'est de la politique sociale.

M. Jean-Louis Tourenne. – Absolument !

Mme Monique Lubin. – Sur le fond, je trouve très curieux de faire des coupes dans les prestations familiales, au moment où de nombreux Français éprouvent des difficultés, surtout quand on rapproche cela des avantages fiscaux accordés l'année dernière. Est-ce cela, la théorie du ruissellement ?

La dépendance est d'actualité, mais cela ne se traduit pas dans le PLFSS. Tout le monde connaît la situation des Ehpad, mais il faut aussi évoquer celle du métier d'aide à domicile. Ces personnes ne sont pas rémunérées à la hauteur de leur travail, et elles sont confrontées au coût du transport. Comme ce métier n'est plus attractif, on ne trouve plus de personnel. Cela met en danger la prise en charge des personnes âgées à domicile. Cela est négligé par le texte. Je ne dis pas que l'on peut faire des miracles du jour au lendemain, mais, si on ne saisit pas les occasions quand les déficits baissent pour agir, quand le fera-t-on ?

Mme Chantal Deseyne. – Je me réjouis que l'on s'adresse aux plus fragiles, mais le problème le plus criant réside dans le manque de places en crèche ou dans les autres modes de garde ; c'est toujours le parcours du combattant et je ne vois pas de mesures en ce domaine.

Mme Michelle Meunier. – Je suis embarrassée, car il y a de bonnes intentions, de bonnes idées, mais vous proposez de supprimer l'article 44 ; cela fausse la donne. Nous allons vous suivre et voter pour le texte, mais nous ferons des propositions en séance.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je suis d'accord avec M. Cardoux : on assiste à une réforme structurelle larvée, qui ne date d'ailleurs pas d'hier. Les ressources de la sécurité sociale se partagent à peu près à égalité entre ressources d'origine fiscale et ressources de caractère assurantiel. Nous aurons ce débat en séance.

Monsieur Amiel, il est vrai que la société a changé, nous devons être lucides à cet égard, mais les orientations doivent être prises en connaissance de cause, car elles peuvent induire certains comportements chez les Français. Personne ne s'oppose à l'allègement des charges des entreprises pour créer de la richesse, mais il faut le faire prudemment.

Madame Cohen je me réjouis que vous partagiez nos constats.

Monsieur Tourenne, je persiste, mes chiffres sont exacts. Les allègements de cotisations consécutifs à la suppression du CICE représentent 23 milliards, qui sont inclus dans les 36 milliards de compensation de TVA prévus pour la sécurité sociale. En ce qui concerne le chèque-vacances, je demande la suppression de l'article 7 bis. Le Parlement n'a pas eu d'étude d'impact à ce sujet car cette mesure provient d'un amendement de l'Assemblée nationale.

Monsieur Chasseing, nous avons des propositions de revalorisation des pensions, M. Savary en a parlé.

Madame Lubin, M. Watrin et moi-même avons alerté les pouvoirs publics sur la crise des vocations dans le domaine des aides à domicile ; cette crise est due au manque de moyens des associations et des départements. Au-delà du constat et de certaines mesures

qui sont reconduites d'année en année, il faut repenser le financement de l'aide à domicile. J'espère que cela sera fait dans le cadre du projet de loi sur la dépendance.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous nous sommes aussi beaucoup interrogés sur les assistants médicaux ; on a un peu l'impression de signer un chèque en blanc. Néanmoins, cela sera renvoyé à la négociation conventionnelle, que nous soutenons, et il n'y aura que 4 000 postes créés. L'objectif est de libérer du temps médical, les assistants seront chargés, entre autres, de l'accueil des patients, du recueil d'informations, de la vérification des vaccinations ou encore de la prise de rendez-vous avec les spécialistes, et le soutien financier sera accordé sous certaines conditions – la pratique en cabinet de groupe, dans le cadre d'un exercice coordonné, avec un bénéfice mesurable. En tout état de cause, il faudra de la souplesse dans la mise en œuvre, chaque territoire doit pouvoir s'organiser comme il le veut.

M. Alain Milon, président. – Ces assistants auront-ils accès au dossier médical partagé ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est l'une des questions à régler.

Madame Guillotin, le nouveau mode de financement du transport inter-hospitalier date de la loi de financement de la sécurité sociale de l'an dernier, c'est applicable. Cela pose effectivement des questions. Par ailleurs, on a revalorisé l'examen bucco-dentaire préventif.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Monsieur Amiel, en effet, la réforme de la tarification ne s'est pas faite de la même façon selon les départements. Il faudra tôt ou tard mutualiser cette tarification. On ne peut continuer d'avoir une différence de traitement entre départements.

Madame Cohen, il y a six troubles différents du neuro-développement, et les prises en charge correspondantes doivent être différentes ; on ne dispose pas, aujourd'hui, des outils requis de diagnostic. Ce dépistage doit être systématique, tous les troubles doivent être détectés et traités. Madame Lassarade, il n'existe pas encore de classification claire et unique de ces maladies à l'échelon international.

Monsieur Chasseing, les Ehpad ont effectivement des difficultés de personnel. J'espère que le travail sur l'autonomie de 2019 apportera des réponses ; il leur faudra beaucoup plus d'argent.

Madame Lubin, sur l'aide à domicile, il faudrait revoir les nombreuses conventions y afférentes ; il existe en outre de grandes différences entre monde rural et monde urbain. Il faudra en effet revaloriser cette profession, car il y a une crise des vocations.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – Monsieur Tourenne, vos questions sur le nombre de places en crèche rejoignent les interrogations de Mme Deseyne. On a beau avoir des objectifs ambitieux – la précédente COG prévoyait 100 000 places de plus, mais seules 30 000 places ont pu être créées –, on se heurte toujours aux capacités des collectivités territoriales à faire face aux dépenses de fonctionnement, notamment de personnel, qui sont très lourdes, et les aides ne portent que sur l'investissement. Je regrette autant que vous cette situation.

Cet objectif est sans doute trop modeste, mais la progression du FNAS sera de toute façon contrainte à 2 % par an de 2018 à 2022. La précédente COG avait prévu une augmentation de 7,5 %, mais, en réalité, on n'a pu augmenter le nombre de places que de 4,3 %. Cela est lié aux importants coûts de fonctionnement de ces structures. Cela dit, les capacités de garde augmentent à chaque période.

On constate toujours une inadéquation entre l'offre et le besoin, puisque 1,4 million de places étaient disponibles en 2016 pour 2,3 millions d'enfants de moins de trois ans. Toutefois, cela cache de fortes disparités territoriales ; le taux de couverture va de 10 % en Guyane – de manière générale, la situation est très difficile en outre-mer – à 93 % en Haute-Loire. Vous trouverez tous ces chiffres dans mon rapport.

La COG prévoit un bonus de 1 000 euros par place ouverte en quartier politique de la ville (QPV), où l'on manque de places de crèche, et le guide des bonnes pratiques pour l'attribution des places en crèches tient compte des difficultés des familles.

Bref, beaucoup de bonnes intentions, mais les difficultés ne sont pas traitées : c'est le niveau d'encadrement de ces structures qui rend leur fonctionnement coûteux.

Enfin, je signale que l'on favorise aujourd'hui les crèches au détriment de l'accueil individuel, c'est-à-dire par les assistantes maternelles ou les gardes à domicile.

EXAMEN DES ARTICLES

M. Alain Milon, président. – Je rappelle que la discussion générale aura lieu lundi prochain à partir de 16 heures. Nous examinerons les amendements extérieurs à son issue.

Article 7 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 54 supprime l'article 7 bis qui propose des modifications des cotisations sur les chèques vacances. Cela aurait nécessité une étude d'impact.

L'amendement n° 54 est adopté.

Article 8

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 55 améliore le dispositif de sortie progressive des employeurs agricoles du régime d'exonération spécifique applicable aux rémunérations des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TODE) qu'ils embauchent.

En effet, si l'Assemblée nationale a opportunément réintroduit ce régime spécifique pour 2019 et 2020, les paramètres retenus entraînent encore une perte substantielle pour la filière fruits et légumes. Il convient de rectifier ces paramètres afin que ces employeurs puissent s'adapter.

Je propose que l'exonération des rémunérations versées aux travailleurs occasionnels soit totale jusqu'à 1,25 Smic en 2019, au lieu de 1,15 Smic, et 1,15 Smic en 2020, au lieu de 1,10 Smic.

Cela aurait le mérite de satisfaire la profession agricole.

M. René-Paul Savary. – Un amendement proposera l'exonération jusqu'à 1,25 Smic, sans délai ; ce sera plus avantageux que l'amendement du rapporteur général qui est un premier pas.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je pense satisfaire à la demande, notamment des syndicats d'agriculteurs.

Mme Florence Lassarade. – Pourquoi ne pas proposer 1,25 en 2020 ?

M. Michel Amiel. – Combien coûte la mesure ?

M. René-Paul Savary. – Environ 144 millions d'euros.

M. Jean-Louis Tourenne. – Non seulement cette mesure représente une perte pour les agriculteurs, mais ils feront appel à une main d'œuvre étrangère pour laquelle aucune cotisation sociale n'est payée. Les conséquences seront désastreuses. Ne serait-il pas plus simple de s'en tenir aux modalités antérieures, c'est-à-dire une exonération totale ? Le groupe socialiste s'abstiendra.

M. René-Paul Savary. – Dans les filières, notamment la filière viticole, où les travailleurs saisonniers sont mieux payés, il faut vraiment en rester à 1,25 Smic, sinon on créera une prime incitant à baisser leurs salaires.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Actuellement, le seuil de l'exonération totale est à 1,25 Smic. L'Assemblée nationale a introduit un amendement puisque le Gouvernement voulait supprimer complètement le dispositif TODE en échange du dispositif de compensation de la suppression du CICE. Les députés ont pris en compte la difficulté des producteurs de fruits et légumes. Ils ont fixé le seuil à 1,15 Smic. Nous souhaitons que l'Assemblée nationale reprenne notre amendement, c'est pourquoi nous voulons rentrer dans sa logique. Allons-y progressivement.

Mme Florence Lassarade. – Dans ce cas, ne mentionnons pas 2020.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'année 2020 a été inscrite dans l'article par l'Assemblée nationale.

M. René-Paul Savary. – Restons-en à 2019 pour ce premier pas. Il faut donner de la stabilité au dispositif. On ne peut pas voter cet amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Qui est « on » ?

L'article issu des travaux de l'Assemblée nationale fixe le seuil à 1,10 Smic en 2020. Si la commission des affaires sociales pense qu'il faut fixer le seuil à 1,25 Smic en 2020, pourquoi pas, je me conformerai à sa décision, mais je la mets en garde. Ma proposition satisfait les syndicats.

Mme Florence Lassarade. – Non.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je sais qu'il existe des divergences syndicales. Mais je suis méthodique et je souhaite que les députés se rallient à notre position. Le coût de la mesure est de 40 millions d'euros supplémentaires.

M. Alain Milon, président. – Ces 40 millions d'euros s'ajoutent aux 100 millions d'euros que le Gouvernement a déjà admis. Ce qui est proposé par le rapporteur général correspond à ce que nous souhaitons. La position de la commission des affaires sociales se doit de respecter les équilibres du PLFSS.

Mme Véronique Guillotin. – On peut considérer que c'est une proposition équilibrée.

M. Alain Milon, président. – Chacun se déterminera en séance publique. La commission des affaires sociales est chargée de faire respecter les équilibres budgétaires et la « dictature de l'Ondam ».

M. Martin Lévrier. – Dictature ? Le mot est fort.

M. Alain Milon, président. – Je détaillerai cette position en séance.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – On peut ne pas partager la pensée du président. La pensée est libre !

En outre, cet amendement n'affecte pas l'Ondam.

L'amendement n° 55 est adopté.

Article 8 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Par l'amendement n° 56, nous supprimons l'article 8 bis et en intégrons le contenu à l'article 11 ter, pour rectifier la rédaction du PLFSS.

L'amendement n° 56 est adopté.

Article 11

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 57 conditionne le passage de l'exonération de la CSG au taux de 3,8 % des retraités, des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et des allocataires de l'assurance chômage au dépassement du seuil de revenu fiscal de référence deux années consécutives. Il s'agit d'une mesure miroir à celle qui est proposée par cet article pour l'assujettissement à la CSG au taux de 8,3 %.

Malheureusement, il n'a pas été possible d'obtenir du Gouvernement le chiffrage de cette mesure. Nous sommes dans un léger brouillard mais cet amendement me paraît néanmoins légitime.

L'amendement n° 57 est adopté.

Article 11 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 58 déplace les dispositions de l'article 8 bis supprimé au sein du présent article. Il procède en outre à deux modifications. En premier lieu, il déplace sans les modifier les dispositions relatives aux deux nouvelles exonérations du forfait social prévues dans cet article, au bénéfice des entreprises de moins de 50 salariés d'une part et des entreprises d'au moins 50 salariés et de moins de 250 salariés d'autre part, de l'article L.137-16 à l'article L.137-15. Ce dernier concerne l'assiette du forfait social et prévoit déjà des dispositifs d'exonération, tandis que l'article L.137-16 concerne le taux normal et les taux dérogatoires du forfait social.

En second lieu, il aligne le taux dérogatoire prévu pour les versements des entreprises sur les fonds d'actionnariat salarié, fixé à 10 %, sur celui déjà existant de 8 % afin de ne pas créer un troisième taux dérogatoire. Les règles encadrant le forfait social se sont considérablement complexifiées depuis 2012 au point de lui faire perdre sa cohérence. Je précise que la portée financière de cette mesure est faible.

M. Jean-Louis Tourenne. – *L'ambition de la suppression du forfait social était que les entreprises de moins de 250 salariés puissent verser plus facilement une participation. Nous y sommes favorables.*

Je ne comprends pas le sens de l'amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement modifie le taux proposé par le Gouvernement pour les fonds d'actionnariat salarié.*

M. Jean-Louis Tourenne. – *Si la loi Pacte est adoptée, il n'y aura plus de forfait social.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Cette disposition a été insérée dans le PLFSS, elle concerne les petites entreprises.*

L'amendement n° 58 est adopté.

Article additionnel après l'article 12

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 59 instaure une participation exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en 2019. C'est une compensation de la réindexation des prestations sociales sur l'inflation.*

M. Alain Milon, président. – *Il s'agit de ponctionner un milliard d'euros sur les OCAM à titre exceptionnel.*

M. Jean-Louis Tourenne. – *L'État prélève plus de deux milliards d'euros sur la sécurité sociale que l'on demande aux organismes complémentaires de compenser. Il suffisait de ne pas ponctionner la sécurité sociale.*

M. Alain Milon, président. – *Je suis d'accord, mais nous ne maîtrisons pas cette possibilité.*

Je rappelle les bénéfices et les frais de gestion et de publicité très importants de ces OCAM, qui ont prévu une hausse des cotisations cette année – elles ont été de 47 % entre 2006 et 2016.

M. Michel Amiel. – *Quel est le pourcentage de frais de gestion et de publicité de ces organismes ?*

M. Alain Milon, président. – *Certains évoquent le chiffre de 22 % en moyenne.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Il diffère selon les organismes.*

Mme Laurence Cohen. – *Le risque est grand que les organismes complémentaires répercutent cette somme sur les tarifs. Cet amendement est une fausse bonne idée.*

M. René-Paul Savary. – *C'est une vraie bonne idée compte tenu des contraintes du PLFSS. Si vous ne voulez pas que le décalage de l'âge de la retraite soit encore plus grand, il faut trouver d'autres modes de financement.*

Mme Laurence Cohen. – *J'ai beaucoup d'idées de financement !*

M. René-Paul Savary. – *Le mode de financement doit permettre la revalorisation de l'ensemble des prestations sociales à hauteur de l'inflation. C'est un très bon amendement. On pourrait presque aller plus loin.*

L'amendement n° 59 est adopté.

Article 16

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'article 16 simplifie le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, en inscrivant notamment dans le code de la sécurité sociale une formule mathématique censée le simplifier.*

Le problème est le suivant : les cotisations sociales des travailleurs indépendants sont calculées sur une assiette de revenus dite nette, c'est-à-dire diminuée du montant des cotisations sociales.

Au moment de sa déclaration fiscale et sociale, le travailleur indépendant doit connaître en amont le montant de ses cotisations sociales, pour déterminer l'assiette de ces cotisations afin de les calculer pour les déduire... Ce calcul circulaire est très complexe à réaliser. L'article 16 propose une formule pour en sortir, mais elle pose plus de difficultés qu'elle ne règle de problèmes. En effet, elle n'est opérationnelle ni pour les travailleurs indépendants en comptabilité de caisse, ni pour les indépendants soumis à des assiettes minimales ou à des taux progressifs de cotisations sociales.

L'amendement n° 60 supprime cette formule et invite le Gouvernement à proposer une évolution conjointe du code général des impôts et du code de la sécurité sociale pour aboutir à une définition intelligible et harmonisée des cotisations sociales.

L'année 2019 sera marquée par le lancement de l'expérimentation sur l'auto-liquidation, que notre commission appelait de ses vœux depuis longtemps, et qui fera l'objet d'un rapport du Gouvernement au Parlement présentant les pistes de simplification du calcul et du recouvrement des cotisations sociales des indépendants. Profitons de ce rapport, commandé l'année dernière lors de la suppression du RSI, pour engager une refonte plus complète de la définition des cotisations.

M. Jean-Noël Cardoux. – *Je suis surpris de la proposition du Gouvernement. Dans mon esprit, le problème était résolu. Lors de notre rapport sur ce sujet, nous avons négocié avec les experts-comptables une règle de déontologie selon laquelle le calcul en temps réel du montant des cotisations était proposé, afin de l'inclure dans les comptes de l'année en cours et pouvoir le déduire fiscalement. Une fois le montant connu, les professions libérales avaient le droit de limiter leurs versements, avec des pénalités de 5 % en cas d'erreur supérieure à 30 %. La véritable solution émanant de la plupart des participants était l'auto-liquidation.*

L'amendement n° 60 est adopté.

Article 19

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 61 maintient dans le droit l'existence des contributions des salariés à l'assurance chômage. En pratique, cet amendement serait neutre pour l'ensemble des parties prenantes : en 2019, les contributions des salariés seraient prises en charge par leurs employeurs ; ceux-ci bénéficieraient d'une réduction équivalente de cotisations patronales à la branche famille et la fraction de CSG fléchée vers l'Unedic pour compenser la disparition des contributions salariales serait réacheminée vers la CNAF. Nous introduisons plus de cohérence.

Cette suggestion a pour but d'ouvrir le débat. Mieux vaut introduire de bonnes réformes que du grand n'importe quoi.

L'amendement n° 61 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 62 rejette le principe de réduction d'affectation de TVA à la sécurité sociale, dont cet article entend tirer les conséquences en matière de répartition de taxe sur les salaires et de CSG entre organismes.

En effet, s'il est légitime que l'État puisse bénéficier, dans une certaine mesure, du retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, ces coupes ne sont pas acceptables en l'état. En premier lieu, parce qu'elles préemptent dès à présent des excédents hypothétiques dont la réalité devra être constatée ; en deuxième lieu, parce qu'elles ne semblent pas compatibles avec le remboursement de la dette résiduelle de la branche maladie et du FSV d'ici à 2022, selon la trajectoire définie par le Gouvernement lui-même en annexe B ; en troisième lieu, parce qu'il est nécessaire que le Gouvernement et le Parlement s'entendent sur les principes qui régiront à long terme l'équilibre des comptes sociaux, par exemple lors de la réforme institutionnelle à venir, avant de prendre des mesures jusqu'en 2022.

Je propose de supprimer les réaffectations de ressources prévues pour les années 2021 et 2022. Autrement dit, je limite le champ de cet article.

L'amendement n° 62 est adopté.

Article 20

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 63 transfère prioritairement à la Cades les déficits des branches et du fonds dont la trajectoire de solde rend plus aléatoire le remboursement de la dette restante.

Dans cette optique, la branche maladie et le FSV doivent pouvoir transférer leur dette prioritairement à la branche famille, qui devrait pouvoir financer ses déficits par elle-même. Quant à la branche vieillesse, elle n'a pas besoin de transférer de dette à la Cades.

M. Michel Amiel. – Pour revenir brièvement sur le sujet du financement par la cotisation ou par l'impôt en fonction de la nature du risque, le Sénat ne peut-il pas réfléchir de façon approfondie à ces questions ? On se positionne au détour d'un amendement. Or les choses évoluent.

Il est très compliqué de voter en toute connaissance de cause des amendements reçus ce matin – je n’ignore pas les difficultés de calendrier.

M. Alain Milon, président. – *Nous en reparlerons lors de la prochaine réunion du bureau de la commission des affaires sociales.*

Ce calendrier nous est imposé par le Gouvernement.

M. Martin Lévrier. – *Face à ces contraintes d’agenda, ne pouvait-on pas décaler notre réunion de ce matin ?*

M. Alain Milon, président. – *La séance publique commence le 12 novembre. La veille, nous serons tous pris par des manifestations commémoratives. Or il faut aussi examiner les amendements extérieurs, qui seront nombreux.*

L’amendement n° 63 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Avec l’amendement n° 64, il s’agit d’assurer le financement de la Cades jusqu’en 2023. Je propose qu’elle perçoive un produit supplémentaire de 5 milliards d’euros en 2023.*

L’amendement n° 64 est adopté.

Article 20 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L’amendement n° 65 maintient les experts relevant du régime général dans ce même régime quand ils sont requis, commis ou désignés par l’autorité judiciaire.*

L’amendement n° 65 est adopté.

Article 26

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L’amendement n° 98 tire les conséquences des amendements précédents sur l’annexe B du PLFSS.*

L’amendement n° 98 est adopté.

Article 27

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *L’amendement n° 66 clarifie l’articulation entre les outils existants pour renforcer la lisibilité de la politique en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Il précise que les indicateurs pris en compte ne peuvent pas être identiques à ceux du contrat d’amélioration de la qualité et de l’efficience des soins (Caqes).*

L’amendement n° 66 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *L’amendement n° 67 assortit l’avertissement donné par l’ARS à un établissement n’atteignant pas les objectifs de qualité fixés une année donnée de la proposition de mesures d’accompagnement, afin d’aider l’établissement, s’il le souhaite, à atteindre les objectifs fixés. Il s’agit ensuite de confirmer le principe d’un plan d’amélioration de la qualité en associant la commission médicale d’établissement à son élaboration.*

M. Alain Milon, président. – *C’est important parce que pour l’instant, il n’existe que des avertissements sans accompagnement.*

L'amendement n° 67 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'année blanche prévue en 2020 pour le test des indicateurs de qualité et de sécurité de soins dans le secteur de la psychiatrie ne donnera pas lieu au versement de la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) pour les établissements les plus vertueux ; il n'y a pas lieu, non plus, qu'elle soit prise en compte pour l'appréciation de la sanction attachée à la non-atteinte des résultats pendant trois années. C'est ce que prévoit mon amendement n° 68.

L'amendement n° 68 est adopté.

Article 29 bis

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet article introduit un nouvel instrument, le programme d'amélioration de la pertinence des soins. Nous souhaitons, par l'amendement n° 69, qu'il serve de base à la conclusion d'un volet additionnel au Cages, pour ne pas multiplier les dispositifs.

L'amendement n° 69 est adopté.

Article 29 ter

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 70 supprime cet article, introduit en dernière minute par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, qui permet aux établissements publics de santé de contracter de nouveaux emprunts en dérogeant au taux d'usure pour sécuriser des emprunts toxiques.

Il ne s'agit pas de rejeter le dispositif dans son principe mais ces dispositions gagneraient à faire l'objet d'un projet de loi spécifique, assorti d'une étude d'impact détaillée, afin que le Parlement puisse se prononcer en connaissance de cause.

Nous pensons que les établissements concernés devraient pouvoir patienter encore quelques semaines avant de restructurer leur dette, leur cas n'ayant, par définition, pas été traité depuis le lancement du premier plan d'aide, en 2014.

De plus, cet article ne semble pas s'inscrire dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 70 est adopté.

Article 29 quater

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 71 étend aux pharmaciens les conventions prévues pour les autres professionnels de santé. Les pharmaciens ont toute leur place dans l'exercice coordonné des soins de ville.

L'amendement n° 71 est adopté.

Article 29 quinquies

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 72 supprime cet article, introduit par notre collègue Olivier Véran à l'Assemblée nationale, qui autorise les établissements de santé à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients par les services des urgences, sous la forme d'une expérimentation d'une durée de trois ans.

La commission des affaires sociales du Sénat, qui a consacré en 2017 un rapport d'information à la situation des urgences hospitalières, partage la préoccupation de M. Véran. Ce rapport relevait en effet que le mode actuel de financement des urgences hospitalières est par nature incitatif à l'activité, alors même qu'une proportion non négligeable des patients qui s'y présentent ne relève pas de leur compétence. Nous recommandons une évolution du mode de financement des urgences.

Le dispositif retenu apparaît problématique à quatre titres au moins. En premier lieu, il repose sur la reprise d'un seul des trois éléments constitutifs de la recommandation de la mission, qui avait été conçue comme un tout. En second lieu, il pose un problème d'organisation des soins. Quand bien même la réorientation du patient passerait par une consultation préalable, cette réorientation s'analyse au total comme un acte médical non accompli et pour autant rémunéré. Le patient devra donc être pris en charge par un autre professionnel de santé, le plus souvent de ville, qui ne percevra quant à lui aucune rémunération supplémentaire. En troisième lieu, le caractère réellement incitatif de cette mesure peut être questionné, dans la mesure où la facturation d'une consultation et d'examen complémentaires emporte des montants généralement plus élevés que ceux envisagés pour le forfait de réorientation. Là encore, le flou est total. Enfin, cette solution pose des problèmes pratiques importants puisque son succès devrait reposer sur une coopération forte entre la ville et l'hôpital, dont les contours restent encore très largement à construire.

M. Michel Amiel. – *Je suis formellement opposé au dispositif proposé par Olivier Véran. On va payer une non-consultation aux urgences de l'hôpital qui est en réalité tout de même une consultation. Va-t-on renvoyer l'enfant qui fait une otite aiguë à 23 heures vers la médecine de ville, sans l'avoir examiné ? Tout cela témoigne d'une méconnaissance profonde de la réalité des urgences hospitalières comme des consultations non programmées de ville.*

Mme Laurence Cohen. – *Je soutiens la proposition de Catherine Deroche pour toutes les raisons qu'elle a exposées. Cet article ne suit pas du tout la philosophie de notre rapport. Il ne prend pas en compte la réalité du terrain, par exemple des déserts médicaux. Renvoyer des patients dans la nature sans être sûr qu'ils soient pris en charge va à l'encontre du serment d'Hippocrate.*

M. René-Paul Savary. – *Un amendement pourrait reprendre nos propositions : modification de la tarification, part forfaitaire, dotation et modulation du financement.*

Mme Laurence Rossignol. – *Nous voterons cet amendement ; nous avons prévu de déposer le même.*

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *J'entends les propos de M. Savary, mais il est compliqué d'introduire une telle réforme dans le PLFSS, d'autant que le ministère a mis en place une task force sur la tarification. M. Savary peut déposer un tel amendement s'il le souhaite.*

Mme Florence Lassarade. – *Cela me gêne beaucoup que ce PLFSS ne comprenne aucun volet pour le médecin libéral qui recevra le patient en urgence.*

Mme Véronique Guillotin. – *Nous voterons cet amendement.*

L'amendement n° 72 est adopté.

Article 29 septies

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 73 supprime cet article, inséré par l'Assemblée nationale, qui étend le champ des expérimentations pour l'innovation au sein du système de santé aux initiatives en matière d'éducation thérapeutique. Nous y sommes tous favorables. Mais c'est déjà pris en compte dans la rédaction issue de l'article 51 de la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Cet article n'est pas utile.

L'amendement n° 73 est adopté.

Article 31

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 74 supprime une demande de rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire et leur impact en termes d'accès aux soins. Le champ très large du rapport prévu dépasse celui de l'article 31 et n'a pas de lien direct avec le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 74 est adopté.

Article 32

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 75 supprime une ambiguïté sur le report par les pharmaciens du numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) sur les documents transmis à l'assurance maladie.

L'amendement n° 75 est adopté.

Article 33

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 76 supprime la possibilité de fixer unilatéralement les tarifs de responsabilité des produits et prestations éligibles au remboursement par l'assurance maladie, conformément à la volonté de la commission de privilégier, d'une manière générale, les procédures de conventionnement entre les acteurs du système de santé.

L'amendement n° 76 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 77 garantit que les remboursements des organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et solidaires ne puissent être inférieurs à ceux assurés dans le cadre des offres « 100 % santé », afin de limiter les restes à charge, même choisis, des assurés. Ces restes à charge pourraient être demain plus élevés dans le secteur de l'optique, puisqu'en dehors des offres « 100 % santé », la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire devrait être fortement réduite – elle n'était déjà pas élevée.

L'amendement n° 77 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 78, à l'article 33 sur le « reste à charge zéro », prévoit que le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, un bilan de la mise en place des offres à prise en charge renforcée en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives, présentant l'équilibre financier de cette réforme et son impact en termes d'accès aux soins. Nous voulons un vrai bilan.

Mme Laurence Cohen. – Le Sénat est plutôt contre les demandes de rapport ou de bilan, mais je suis personnellement très sensible au fait que des expérimentations soient inscrites dans le PLFSS sans qu’aucun bilan sur leurs conséquences ne soit jamais fourni. Obtenir une évaluation, c’est le minimum.

M. Alain Milon, président. – La commission des affaires sociales n’a jamais supprimé de demande de bilan ou d’évaluation des expérimentations.

M. Michel Amiel. – Qu’est-ce que ce bilan apportera de plus que le comité de suivi ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous voulons nous assurer que le comité de suivi dresse un bilan présenté au Parlement. Je rejoins les propos de Laurence Cohen : des expérimentations sont inscrites dans le PLFSS, nous ne recevons aucun bilan, et l’année suivante, on nous demande de les poursuivre ou de valider.

L’amendement n° 78 est adopté.

Article 34

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L’amendement n° 79 porte sur l’article 34, qui fusionne l’aide pour une complémentaire santé (ACM) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Nous souhaitons avancer la date à compter de laquelle la suspension du droit à la complémentaire santé prend fin pour les personnes n’ayant pas acquitté leur participation financière à la nouvelle CMU-C. Les droits seraient rétablis dès la régularisation de ce paiement et non le premier jour du mois suivant.

L’amendement n° 79 est adopté.

Article 38 bis

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L’amendement n° 80 vise à supprimer l’article 38 bis, prévoyant la remise au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2019, d’un rapport évaluant l’efficacité des dépenses de prévention dans la lutte contre les addictions. Aux termes de l’article 38, un arrêté fixera, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions aux substances psychoactives et la ministre de la santé a annoncé, en séance publique à l’Assemblée nationale, qu’un rapport d’activité de ce fonds serait publié annuellement, avec une évaluation de l’efficacité des actions de prévention.

L’amendement n° 80 est adopté.

Article 39 bis

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L’amendement n° 81 vise à préciser la nature et le champ des actions qui pourront être mises en œuvre dans le cadre de l’expérimentation destinée à développer la couverture vaccinale des jeunes filles et garçons contre les papillomavirus humains. Il tend également à confier à l’État le soin de sélectionner les deux régions pilotes de cette expérimentation.

Mme Monique Lubin. – Certaines associations jugent cette vaccination risquée. Qu’en pensez-vous ? (Exclamations.)

M. Michel Amiel. – Nous connaissons tous la puissance des groupes de pression anti-vaccins, mais il faut considérer la balance bénéfice-risque. Pour ma part, je déposerai un amendement tendant à rendre obligatoire le vaccin contre la grippe pour les professionnels de santé et à le proposer en pédiatrie. La grippe se propage principalement par les tout petits et, aujourd'hui, on en meurt ! Pour les professionnels de santé, on peut parler de vaccination altruiste.

Mme Véronique Guillotin. – Nous évoquions tout à l'heure les gilets pare-balles... Sur cette question des vaccins, c'est presque des menaces directes que nous recevons de la part des groupes de pression !

Mme Patricia Schillinger. – L'Australie a mis en place une couverture vaccinale totale pour le papillomavirus et ils ne se posent aucune question sur les effets. Il faut savoir ce que l'on veut !

Mme Laurence Cohen. – Oui, il y a l'activité des groupes de pression, mais il y a aussi des adjuvants aluminiques, pouvant entraîner la myofasciite à macrophages. Une équipe de recherche de l'hôpital Henri Mondor a prouvé l'existence d'un lien. Ces travaux sont remis en cause : que l'on mandate une équipe indépendante pour mener une contre-expertise ! Quant au gilet pare-balles, j'en aurais bien eu besoin, l'an dernier, lorsque j'ai soulevé cette problématique dans l'hémicycle ! La pratique des frottis n'est-elle pas la meilleure solution en matière de prévention ?

Mme Florence Lassarade. – Dès lors que 90 % de la population aura été vaccinée contre le papillomavirus, les frottis ne seront plus nécessaires. Les adjuvants aluminiques permettent de diminuer considérablement la charge vaccinale et, ainsi, de limiter les effets secondaires. La valence du vaccin antigrippe a été augmentée, avec un doublement de son prix et un remboursement par l'assurance maladie. C'est un sujet à examiner. Enfin, le fait de rendre obligatoires six vaccinations chez l'enfant s'est accompagné d'une nette augmentation de la vaccination.

Mme Laurence Rossignol. – Effectivement, la vaccination des personnels soignants pose question. Dans les Ehpad, moins de 50 % des effectifs sont vaccinés contre la grippe. Il paraît que c'est une liberté constitutionnelle... Pourquoi ne pas voter une loi, puis saisir le Conseil constitutionnel, plutôt que de présumer de ses décisions ?

Mme Monique Lubin. – J'ai été surprise de la réaction de l'assemblée : je ne suis inféodée à aucun lobby ; j'ai simplement été saisie par une famille !

M. Alain Milon, président. – D'éminents professeurs de médecine européens et français estiment que la myofasciite à macrophages n'existe qu'en France.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Selon le Haut Conseil de la santé publique, aucune étude n'établit de lien de causalité entre le vaccin et des événements indésirables qui auraient pu être déclarés en France.

L'amendement n° 81 est adopté.

Article 40

M. Bernard Bonne, rapporteur. – L'amendement n° 82 vise à préciser le dispositif du parcours de soins intégré pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement, en faisant explicitement mention des recommandations de bonne pratique produites par la Haute Autorité de santé pour offrir un outil didactique aux médecins de la protection maternelle et infantile et aux pédiatres, et leur permettre de détecter ces troubles le plus tôt possible.

M. Michel Amiel. – Les médecins généralistes suivent de nombreux enfants en première intention...

M. Bernard Bonne, rapporteur. – On peut les ajouter.

L'amendement n° 82 est adopté.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – L'amendement n° 83 a pour objet de préciser le public cible du parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement. D'après l'étude d'impact, l'article 40 semble insister sur les enfants de moins de 6 ans, alors que de nombreux troubles du neuro-développement ne sont repérés pour la première fois qu'après cet âge. Nous souhaitons donc étendre la période de dépistage et de diagnostic sur toute la scolarité.

L'amendement n° 83 est adopté.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Nous proposons, avec l'amendement n° 84, que le contrat entre les professionnels de santé et la famille des enfants atteints d'un trouble du neuro-développement soit obligatoire, et non facultatif.

L'amendement n° 84 est adopté.

Article 41

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Comme l'an dernier, nous proposons que les médecins coordinateurs des Ehpad puissent prescrire des médicaments, sans empêcher le médecin traitant d'intervenir dans les établissements. C'est le sens de l'amendement n° 85.

Mme Véronique Guillotin. – Cette mesure indispensable peut-elle être étendue aux médecins coordonnateurs des services d'hospitalisation à domicile ?

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Je n'ai jamais entendu parler d'une telle fonction.

M. Daniel Chasseing. – Je suis favorable à l'amendement, à condition que cela n'évince pas le médecin traitant. Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, ce dernier a la capacité de prescrire un renouvellement du traitement.

L'amendement n° 85 est adopté.

Article 42

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 86 tend à prévoir, pour déterminer la compensation applicable aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU, un mécanisme de négociation conventionnelle semblable à celui qui a cours en matière de fixation des prix des produits de santé. Notre volonté est, une fois de plus, de laisser la place à la négociation.

L'amendement n° 86 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 87 tend à préciser que le critère du prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs doit être apprécié sur trois ans. En effet, d'après les professionnels du secteur, l'application des dispositions actuelles, ne prévoyant pas d'intervalle de temps, est susceptible d'entraîner, pour certains dispositifs médicaux, une spirale des prix à la baisse.

L'amendement n° 87 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – S'agissant, toujours, des dispositifs médicaux, l'amendement n° 88 tend à préciser que le critère des volumes de vente doit être apprécié au regard des besoins en santé. La régulation actuelle, strictement comptable, ne tient aucunement compte de ces besoins, ni des orientations décidées pour le développement des prises en charge non hospitalières.

L'amendement n° 88 est adopté.

Article 42 bis

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 89 tend à supprimer l'article 42 bis, prévoyant la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation aux extensions d'indication. Il existe un rapport annuel du comité économique des produits de santé, le CEPS, dans lequel cette analyse aurait toute sa place.

L'amendement n° 89 est adopté.

Article 43

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 90 tend à suspendre temporairement l'adoption des dispositions relatives aux médicaments « hybrides », terme désignant des spécialités ne répondant pas à la définition d'une spécialité générique. Cette notion étant largement absente du débat public, nous demandons cette suspension dans l'attente d'un travail approfondi sur le sujet.

L'amendement n° 90 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 91 vise à supprimer la restriction du recours par les prescripteurs à la mention « non substituable » prévue par l'article 43. Les acteurs concernés, médecins comme pharmaciens, s'opposent à cette mesure, qu'ils jugent inopérante en pratique, voire contre-productive. Pour une bonne diffusion des médicaments génériques, il faut une coopération active entre prescripteur et pharmacien, d'où notre proposition de confier à la négociation conventionnelle le soin de définir les contours d'une politique interprofessionnelle de diffusion des médicaments génériques et biosimilaires.

L'amendement n° 91 est adopté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 92 vise à intégrer le dispositif d'intéressement des établissements de santé à la pertinence de leurs prescriptions dans les dispositions encadrant les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, les CAQES.

L'amendement n° 92 est adopté.

Article additionnel avant l'article 44

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 93 vise à reporter l'âge minimum légal de départ à la retraite de 62 à 63 ans pour les générations d'assurés nées après le 1^{er} mai 1958, et ce à compter du 1^{er} mai 2020. Un palier est aménagé pour les générations nées après le 1^{er} mai 1957.

Mme Patricia Schillinger. – Avez-vous réfléchi à la question du chômage des seniors et, tout particulièrement, à son coût ? Aujourd'hui, on vote tout et n'importe quoi ! (Exclamations.)

L'amendement n° 93 est adopté.

Article 44

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Les retraités ont été lourdement mis à contribution l'an dernier. La nouvelle mesure de sous-valorisation est injuste. Nous proposons donc, avec l'amendement n° 94, de revenir à la règle d'indexation des prestations sociales qui prévalait avant 2016, afin de protéger le pouvoir d'achat des retraités.

L'amendement n° 94 est adopté.

Article 47

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement n° 95 revient sur la mise en place d'une durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le bénéfice des prestations de maternité pour les travailleuses non salariées.

Le dispositif proposé a été présenté comme plus protecteur pour ces travailleuses car il aligne la durée minimale de leur congé de maternité indemnisé sur celle du congé bénéficiant aux salariées. En pratique, il pourrait néanmoins conduire certaines d'entre elles à renoncer à toute forme d'indemnisation, notamment celles qui sont contraintes d'assurer une activité dans les semaines précédant ou suivant leur accouchement pour garantir la viabilité de leur entreprise. Si un alignement de la durée maximale de versement des prestations apparaît tout à fait souhaitable, il n'en va pas de même pour la durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le versement des prestations.

L'amendement n° 95 est adopté.

Article 47 quater

L'amendement de précision n° 96 est adopté.

Article 47 quinquies

L'amendement de coordination n° 97 est adopté.

TABLEAU DES AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Auteur	N°	Objet
Article 7 bis Régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	54	Suppression de l'article
Article 8 Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	55	Amélioration du régime transitoire en faveur des employeurs du secteur agricole pour la rémunération des travailleurs occasionnels (TO-DE)
Article 8 bis Alignement du régime social de la rupture conventionnelle collective sur celui des plans de sauvegarde de l'emploi en matière d'assujettissement de forfait social		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	56	Suppression de l'article
Article 11 Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	57	Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement au taux réduit de CSG sur les revenus de remplacement
Article 11 ter Limitation du forfait social dans les petites et moyennes entreprises		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	58	Simplification rédactionnelle et alignement du taux dérogatoire sur les versements au titre de l'actionnariat salarié sur les taux dérogatoires à 8 % existant déjà
Article additionnel après l'article 12		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	59	Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie
Article 16 Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	60	Suppression de la formule censée simplifier le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, inopérante dans la pratique

Auteur	N°	Objet
Article 19 Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	61	Maintien en droit de l'existence des contributions des salariés à l'assurance chômage
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	62	Suppression de la trajectoire financière prévoyant une réduction de la part de TVA affectée à la sécurité sociale
Article 20 Reprise par la Cades des déficits portés en trésorerie par l'Acoss		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	63	Priorité de la branche et du fonds les plus endettés en matière de transfert de dette à la Cades
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	64	Ressources mises à la disposition de la Cades afin d'amortir la nouvelle dette transférée
Article 20 ter Exception à l'affiliation au régime général de sécurité sociale pour les experts désignés par le juge judiciaire pour accomplir des expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	65	Limitation du dispositif aux experts déjà affiliés à un régime de travailleurs non salariés
Article 26 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	98	Suppression de la trajectoire financière prévoyant une réduction de la part de TVA affectée à la sécurité sociale
Article 27 Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé		
Mme DEROCHE	66	Non superposition des indicateurs pris en compte
Mme DEROCHE	67	Accompagnement des établissements faisant l'objet d'un avertissement
Mme DEROCHE	68	Précision sur la portée de l'année « blanche » en psychiatrie
Article 29 bis Obligation d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins en cas d'écarts significatifs de pratiques constatés dans un établissement de santé		
Mme DEROCHE	69	Clarification de l'articulation avec le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
Article 29 ter Possibilité pour les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d'usure		
Mme DEROCHE	70	Suppression de l'article

Auteur	N°	Objet
Article 29 <i>quater</i> Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres		
Mme DEROUCHE	71	Inclusion des pharmaciens d'officine dans les négociations portant sur le développement de l'exercice coordonné
Article 29 <i>quinquies</i> Création d'un forfait expérimental de réorientation pour les urgences hospitalières		
Mme DEROUCHE	72	Suppression de l'article
Article 29 <i>septies</i> Inscription de l'éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations		
Mme DEROUCHE	73	Suppression de l'article
Article 31 Étendre l'objet des Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées		
Mme DEROUCHE	74	Suppression de la demande de rapport
Article 32 Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge		
Mme DEROUCHE	75	Suppression d'une ambiguïté dans les obligations reposant sur les pharmaciens
Article 33 Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires		
Mme DEROUCHE	76	Suppression de la possibilité de déroger aux procédures conventionnelles de fixation des tarifs
Mme DEROUCHE	77	Limitation des restes à charge choisis dans le cadre des contrats responsables
Mme DEROUCHE	78	Demande de bilan présenté au Parlement
Article 34 Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé		
Mme DEROUCHE	79	Anticipation du rétablissement des droits en cas de régularisation de paiement de la participation
Article 38 <i>bis</i> Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions		
Mme DEROUCHE	80	Suppression de l'article

Auteur	N°	Objet
Article 39 bis Soutien au développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains		
Mme DEROCHE	81	Précision du champ et des conditions de mise en œuvre de l'expérimentation
Article 40 Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement		
M. BONNE	82	Recommandations de bonne pratique
M. BONNE	83	Précision sur le public cible du parcours de bilan
M. BONNE	84	Contrats passés entre les professionnels et la structure de coordination
Article 41 Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)		
M. BONNE	85	Pouvoir de prescription au médecin coordonnateur en EHPAD
Article 42 Adaptations diverses des modalités de prise en charge des produits de santé		
Mme DEROCHE	86	Renvoi à la négociation conventionnelle pour la fixation de la compensation applicable aux extensions d'indication et aux post-ATU en accès direct
Mme DEROCHE	87	Application dans les 3 ans du critère du prix d'achat constaté pour la procédure de baisse des tarifs des produits de la CPP
Mme DEROCHE	88	Appréciation au regard des besoins en santé du critère des volumes de vente pour la procédure de baisse des tarifs des produits de la CPP
Article 42 bis Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications		
Mme DEROCHE	89	Suppression de l'article
Article 43 Favoriser le recours aux médicaments génériques, hybrides et biosimilaires		
Mme DEROCHE	90	Suppression des dispositions relatives aux médicaments hybrides
Mme DEROCHE	91	Suppression de l'encadrement de la mention « non substituable » et renvoi de la politique de diffusion du générique à la négociation conventionnelle interprofessionnelle

Auteur	N°	Objet
Mme DEROCHE	92	Intégration dans la Caqes du dispositif d'intéressement financier des établissements hospitaliers à la pertinence de leurs prescriptions
Article additionnel avant l'article 44		
M. SAVARY	93	Recul progressif de l'âge minimal légal du départ à la retraite de 62 à 63ans à compter du 1 ^{er} mai 2020
Article 44 Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales		
M. SAVARY	94	Indexation des prestations sociales sur l'inflation estimée à compter du 1 ^{er} janvier 2019
Article 47 Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité		
Mme DEROCHE	95	Suppression du conditionnement du versement des prestations de maternité à une durée minimale d'interruption d'activité pour les travailleuses non salariées
Article 47 quater Information des travailleuses enceintes sur leurs droits		
Mme DEROCHE	96	Amendement de précision
Article 47 quinquies Expérimentation d'une possibilité de reprise progressive de l'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité		
Mme DEROCHE	97	Suppression de l'article