

N° 77

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 novembre 2017

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 2018,

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, 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* ; 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-Certenaïs, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, 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, M. Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 269, 313, 316 et T.A. 29

Sénat : 63 et 68 (2017-2018)

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	9
EXAMEN DES ARTICLES	13
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016	13
• Article 1^{er} Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016	13
• Article 2 Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2016 et le tableau patrimonial.....	23
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017.....	27
• Article 3 (art. 57 et 100 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017) Ajustement des dotations de l'assurance maladie et du FEH au FMESPP ; rectification des contributions de la branche AT-MP à la branche vieillesse et au Fiva ; prélèvement sur les recettes du fonds CMU-C au profit de la branche maladie	27
• Article 4 (art. L. 241-3, section 4 du chapitre V du titre IV du livre II, art. L 651-2-1, L. 651-3, L. 651-5 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale, art. 39 du code général des impôts, art. 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016) Suppression de la C4S	33
• Article 4 bis (nouveau) Non-compensations à la sécurité sociale	36
• Article 5 Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017	37
• Article 6 Rectification de l'Ondam et des sous Ondam 2017	41
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018	47
TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE.....	47
CHAPITRE 1^{ER} - Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs	47
• Article 7 (art. L. 131-9, L. 136-7-1, L. 136-8, L. 162-14-1, art. L 172-1, art. L. 241-2, art. L. 242-11, art. L. 313-1, art. L. 381-30-4, L. 382-22, art. L. 613-1 [nouveau] et art. L. 621-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 731-25, art. L. 731-35 et art. L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime) Haussse de la CSG et suppression de cotisations sociales.....	47
CHAPITRE 2 - Dispositions relatives à l'emploi et aux entrepreneurs.....	58
• Article 8 (art. L. 241-2-1 [nouveau], art. L. 241-13, art. L. 243-6-1, art. L. 243-6-2, art. L. 243-6-3, art. L. 243-6-6 à L. 243-6-8 [nouveaux] et L. 243-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime) Réduction de cotisation maladie et renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE et du CITS	58
• Article 8 bis (nouveau) (art. 39 du code général des impôts, art. L. 241-3, art. L.. 651-2-1, art. L. 651-3, art. L. 651-5 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale)	
Fusion de la C3S et de la C3S additionnelle	69

• Article 8 ter (nouveau) (art. L. 137-13 du code de la sécurité sociale) Contribution patronale sur les attributions d'actions gratuites	69
• Article 8 quater (nouveau) (art. 8 de la loi n° 2019-1827 de financement de la sécurité sociale pour 2017) Assujettissement au forfait social des avantages versés au titre des congés de fin d'activité du transport routier	71
• Article 9 (art. L. 131-6-4 [nouveau] et L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 5141-1 du code du travail) Réforme de l'Accre et encouragement des petites activités	73
• Article 10 (art. L 133-5-6 à L. 133-5-8, L. 133-5-10, L. 234-1-2 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 1271-2 du code du travail, art. L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 232-15 et L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles) Allégement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés	76
• Article 11 (art. L. 111-11, L. 114-16-3, L. 114-23, L. 114-24, L. 115-9, L. 123-1, L. 123-2-1, L. 131-6-3, L. 133-1-1 à L. 133-1-3 [abrogés], L. 133-1-4, L. 133-1-5 à L. 133-1-6 [abrogés], L. 133-5-2, L. 133-6-7, L. 133-6-7-1 à L. 133-6-7-3, L. 133-6-9 [abrogé], L. 133-6-10, L. 133-6-11 [abrogé], L. 134-1, L. 134-3, L. 134-4, L. 135-2, L. 135-6, L. 136-3, L. 161-8, L. 161-18, L. 171-2-1 [nouveau], L. 171-3, L. 171-6-1 [nouveau], L. 171-7, L. 172-2, L. 173-2, L. 173-3 [abrogé], L. 182-2-2, L. 182-2-4, L. 182-2-6, L. 200-1, L. 200-2, L. 200-3, L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 221.1, L. 221-3-1, L. 222-1, L. 223-1, L. 225-1-1, L. 227-1, L. 233-1 [nouveau], L. 241-2, L. 243-6-3, L. 311-3, L. 351-15, L. 611-1, L. 611-2 à L. 611-19 [abrogés], L. 612-1 à L. 612-6, L. 612-7 à L. 612-13, L. 613-1 [nouveau], L. 613-2 à L. 613-6, ,L. 613-8, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 [abrogés], L. 613-19 à L. 613-19-3, L. 613-20, L. 613-21, L. 613-22 et L. 613-23 [abrogés], L. 614-1 [abrogé], L. 615-1 à L. 615-5 [nouveau], L. 621-1 à L. 621-2 [nouveaux], L. 621-4 [abrogé], L. 622-1 à L. 622-3, L. 622-6 [abrogé], L. 622-8, L. 623-1 à L. 623-5, L. 631-1 [nouveau], L. 632-1 à L. 632-3, L. 633-1, L. 633-9 [abrogé], L. 633-11, L. 633-11-1 [abrogé], L. 634-1 [abrogé], L. 634-2 à L. 634-2-1, L. 634-2-2 [abrogé], L. 634-3-1, L. 634-3-2 à L. 634-5 [abrogés], L. 634-6, L. 635-1 à L. 635-6, L. 637-1 à L. 637-2, L. 640-1, L. 641-1, L. 641-8, , L. 642-5 à L.642-6 [nouveau], L. 643-1-A, L. 643-10 [nouveau], L. 651-12 et L. 651-13 [abrogés], L. 652-4, L. 652-6, L. 652-7, L. 661-1 [nouveau], L. 671-1 [nouveau], L. 722-1, L. 722-1-1, L. 722-2 et L. 722-3 [abrogés], L. 722-4, L. 722-5, L. 722-5-1 [abrogé], L. 722-6, L. 722-7 [abrogé], L. 722-9, L. 742-6, L. 742-7, L. 752-4, L. 752-6, L. 752-9, L. 756-5 et L. 766-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 5553-5 du code des transports, Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CIPAV	80
CHAPITRE 3 – Dispositions relatives à la fiscalité comportementale	119
• Article 12 Augmentation du droit de consommation sur le tabac en France continentale et en Corse	119
• Article 13 (art. 1010 du code général des impôts) Verdissement du barème de la taxe sur les véhicules de société	129
• Article 13 bis (art. 1613 ter et 1613 quater du code général des impôts) Modification des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées	135
CHAPITRE 4 – Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie	140
• Article 14 (art. L. 138-10, L. 138-11 et L. 138-15 du code de la sécurité sociale) Fixation des taux Lv et Lh pour 2018 Aménagements techniques de la clause de sauvegarde	140
• Article 15 Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe	145
• Article 15 bis (nouveau) (art. L. 138-2 du code de la sécurité sociale) Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques	148

CHAPITRE 5 – Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement	152
• <i>Article 16 (art. L. 382-1, L. 382-2, L. 383-3-1 [nouveau], L. 382-4, L. 382-5, L. 382-6, L. 382-9, L. 382-14 du code de la sécurité sociale et art. 6331-67 et L. 6331-68 du code du travail) Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs</i>	152
• <i>Article 16 bis (art. L. 160-17, L. 160-18 et L. 172-1 du code de la sécurité sociale, et art. L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime) Changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé</i>	156
• <i>Article 16 ter (art. L. 640-2 (nouveau), L. 722-1, L. 722-6 du code de la sécurité sociale) Facilitations d'affiliation aux régimes d'assurance des internes en médecine</i>	160
• <i>Article 16 quater Affiliation des gens de mer à un régime d'assurance vieillesse</i>	162
• <i>Article 17 (art. L. 224-5 et 225-1-1 du code de la sécurité sociale) Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général</i>	165
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	168
• <i>Article 18 Transferts entre l'État et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale</i>	168
• <i>Article 18 bis Reversement à la CNRACL des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité</i>	176
• <i>Article 19 Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe V</i>	178
• <i>Article 20 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C et du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2018</i>	181
• <i>Article 21 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général</i>	183
• <i>Article 22 Approbation du tableau d'équilibre du FSV et de l'objectif d'amortissement de la dette sociale</i>	186
• <i>Article 23 Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes</i>	191
• <i>Article 24 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale</i>	194
QUATRIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018	199
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	199
• <i>Article 25 (art. L. 531-5, L. 531-6 et L. 531-8 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 et art. 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017) Majoration du CMG pour les familles monoparentales</i>	199
• <i>Article 26 (art. L. 531-2 et L. 531-3 du code de la sécurité sociale et art. 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014) Harmonisation du barème et des plafonds de la Paje et du complément familial</i>	207
• <i>Article 26 bis Demande de rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements et services d'accueil du jeune enfant</i>	214

• <i>Article additionnel après l'article 26 bis (art. L. 543-3 du code de la sécurité sociale)</i> Versement au service ou à la famille de l'allocation de rentrée scolaire due au titre d'un enfant placé.....	215
• <i>Article 27 Objectif de dépense de la branche famille.....</i>	217
 TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE	221
• <i>Article 28 (art. L. 861-2 du code de la sécurité sociale) Revalorisation de l'ASPA et des anciennes allocations du minimum vieillesse</i>	221
• <i>Article 29 (art. L. 161-23-1 et L. 816-2 du code de la sécurité sociale et art. 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte) Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA</i>	226
• <i>Article 29 bis Précision de la nature juridique du régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac</i>	228
• <i>Article 30 Objectif de dépenses de la branche vieillesse</i>	229
 TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	232
• <i>Article 31 (art. L. 461-1 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale) Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale</i>	232
• <i>Article 32 Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata, à la branche maladie du régime et à la branche vieillesse du régime général.....</i>	235
• <i>Article 32 bis (art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale) Cession de créances au titre des recours contre tiers et service des prestations jusqu'à alors versées par le FCAT</i>	239
• <i>Article additionnel après l'article 32 bis (art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999) Information du demandeur d'une inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'ACAATA préalablement à cette inscription ou à la modification de cette inscription.....</i>	242
• <i>Article 33 Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2018.....</i>	243
• <i>Article 33 bis Rapport du Gouvernement sur l'exposition des salariés aux risques chimiques</i>	244
 TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	245
 CHAPITRE 1^{ER} – Dispositions relatives à la prévention	245
• <i>Article 34 (art. L. 3111-1, L. 3111-2, L. 3111-3, L. 3111-4-1, L. 3111-9, L. 3116-1, L. 3116-2, L. 3116-4, L. 3821-1, L. 3821-2, L. 3821-3 et L. 3826-1 du code de la santé publique Extension de l'obligation de couverture vaccinale des enfants</i>	245
• <i>Article 34 bis (art. L. 160-14 du code de la sécurité sociale) Prise en charge intégrale par l'assurance maladie d'une consultation de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans</i>	252
 CHAPITRE 2 – Promouvoir l'innovation en santé	254
• <i>Article 35 (art. L. 162-31-1 et L. 221-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 1433-1 du code de la santé publique, art. 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014) Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé</i>	254
• <i>Article 35 bis Rapport au Parlement sur les indemnités journalières maladie</i>	266

• Article 36 (art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 6316-1 du code de la santé publique, art. 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014) Prise en charge de la télémédecine	268
• Article 37 (art. L. 162-1-7, L. 162-1-7-4 [nouveau] et L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale ; art. L. 4011-2, L. 4011-2-1 et L. 4011-2-3 du code de la santé publique) Aménagements des procédures d'inscription des actes à la nomenclature et de la procédure de validation des protocoles de coopération	274
• Article 38 (art. L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) Prise en charge des produits de santé hospitaliers	283
• Article additionnel après l'article 38 (art. L. 162-18 du code de la sécurité sociale) Détermination des remises et du prix net de référence pour les médicaments bénéficiaires d'une ATU	287
 CHAPITRE 3 – Accroître la pertinence et la qualité des soins	288
• Article 39 (art. L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale) Renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions hospitalières	288
• Article 40 (art. L. 161-37, L. 161-38, L. 162-17-9 [nouveau], L. 162-19-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. L. 5122-17 [nouveau], L. 5213-1 à L. 5213-4, L. 5223-1 à L. 5223-5, L. 6143-7 du code de la santé publique) Dispositions diverses relatives à la qualité, à la promotion et la pertinence de l'utilisation des produits de santé	291
• Article 41 (art. L. 162-17-31 [nouveau], L. 162-17-5, L. 165-2-1 [nouveau], L. 165-3-3, L. 165-4 et L. 165-7 du code de la sécurité sociale) Régulation du secteur des dispositifs médicaux	299
• Article 42 (art. L. 162-4, L. 315-2 et L. 315-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Uniformiser et renforcer le mécanisme de demande d'autorisation préalable	305
• Article 43 (art. L. 162-1-15 et L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale) Étendre la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs	309
 CHAPITRE 4 – Moderniser le financement du système de santé	312
• Article 44 Report de l'application de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire	312
• Article 44 bis (art. L. 162-1-21 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) Suppression de la généralisation obligatoire du tiers payant	315
• Article 44 ter Demande de rapport sur le parcours de soins des personnes handicapées et en situation de précarité	319
• Article 45 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes	320
• Article 46 (art. L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale) Abrogation de la dégressivité tarifaire	322
• Article 47 (art. 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé	323
• Article 48 (art. L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016) Déploiement de la réforme du financement des activités des SSR	325
• Article 49 (art. L. 1432-5, L. 1435-9, L. 1435-9-1 [nouveau] et L. 1435-10 du code de la santé publique) Assouplissement des règles de gestion du FIR	328

• <i>Article 50 (art. L. 313-1, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles) Régime de contractualisation dans le secteur médico-social</i>	330
• <i>Article 50 bis (art. L. 233-2 du code de l'action sociale et des familles) Dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs</i>	337
• <i>Article 51 (art. L. 161-37 et L. 161-41 du code de la sécurité sociale ; art. L. 14-10-5 et L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles) Transfert des missions de l'Anesm à la HAS</i>	339
• <i>Article 52 Dotations 2018 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes</i>	343
CHAPITRE 5 – Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie	348
• <i>Article 53 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès</i>	348
• <i>Article 54 Ondam et sous-Ondam</i>	350
TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	356
• <i>Article 55 Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2018</i>	356
TITRE VI – DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES	358
• <i>Article 56 (art. 723-2-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale) COG CNBF</i>	358
• <i>Article 57 (art. L. 114-17, L. 114-17-1, L. 114-19, L. 145-2 et L. 256-4 du code de la sécurité sociale) Diverses mesures relatives à la lutte contre la fraude</i>	359
EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION	367

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Équilibres financiers généraux

(rapporteur général : M. Jean-Marie Vanlerenberghe)

La commission a supprimé l'augmentation de 1,7 point du taux de CSG applicable aux pensions de retraite et d'invalidité (article 7). Cette hausse de CSG représenterait 4,5 milliards de prélèvements supplémentaires sur les retraités, alors que la seule compensation envisagée par le Gouvernement réside dans une exonération de taxe d'habitation, dont tous ne bénéficieront pas, et qui ne représente que 3 milliards pour l'ensemble de la population. Afin de maintenir un niveau des recettes équivalent pour la sécurité sociale en 2018, la commission a prévu une moindre restitution à l'Etat de la fraction de TVA dont elle est destinataire.

S'agissant de la **suppression du régime social des indépendants** et de son rattachement au régime général (article 11), la commission a adopté des **amendements visant à répondre aux inquiétudes des travailleurs indépendants**. Elle prévoit qu'au sein du régime général, un accueil et un accompagnement dédiés pour les travailleurs indépendants soient organisés pour répondre à leurs spécificités. Afin de renforcer le pilotage politique de la réforme pendant la période transitoire, le comité de surveillance prévu par le texte sera directement placé auprès des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La commission a également souhaité développer l'expérimentation de l'auto-liquidation en incitant les Urssaf à améliorer leur offre de services en matière de recouvrement et en demandant au Gouvernement de remettre des propositions pour simplifier le calcul de l'assiette des cotisations sociales.

La commission a approuvé le **relèvement de la fiscalité applicable au tabac** (article 12), ainsi que le barème proposé par l'Assemblée nationale pour la **fiscalité des boissons sucrées et édulcorées** (article 13 bis). Par cohérence avec l'objectif de santé publique poursuivi, elle a prévu la **suppression des droits spécifiques pesant sur les eaux de boisson** afin d'adresser un signal cohérent en direction des consommateurs.

S'agissant de la **fiscalité portant sur le médicament** (article 14), elle a exclu le chiffre d'affaires réalisé au titre des **médicaments biosimilaires** de l'assiette prise en compte pour la détermination de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde. Elle a également **aménagé le mécanisme de la clause de sauvegarde** afin de rendre comparables les assiettes prises en compte d'une année sur l'autre pour le calcul de la contribution due en application du taux Lv ou Lh.

Compte tenu des recettes supplémentaires dégagées par la taxe sur les boissons sucrées, elle a aussi **supprimé la taxe sur les farines** (article 18), déjà votée par le Sénat en 2015, jugeant ce prélèvement obsolète.

Assurance maladie

(rapporteur : Mme Catherine Deroche)

La commission a **approuvé plusieurs mesures du projet de loi relatives à la santé**, telles que l'extension de la vaccination obligatoire des jeunes enfants (article 34), la création d'un cadre expérimental pour l'innovation dans le système de santé (article 35) et la tarification de droit commun de la télémédecine (article 36) qu'elle avait appelée de ses vœux dans plusieurs rapports.

S'étant opposée à l'obligation du **tiers payant généralisé** lors de la discussion de la loi « santé » de 2016, la commission a maintenu la suppression votée par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement (article 44 bis).

Elle a adopté des amendements pour **rétablir la procédure accélérée d'inscription des actes à la nomenclature** tout en préservant le rôle dévolu aux professionnels de santé (article 37), **adapter les mesures de régulation portant sur les dispositifs médicaux à la réalité des acteurs de ce secteur économique** (article 41), **encadrer la procédure de demande d'accord préalable** (article 42) et **reporter le transfert aux établissements de santé de la prise en charge des dépenses de transport sanitaire interétablissements** (article 47).

Sur le sujet spécifique des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), qui ne figurait pas dans le projet de loi transmis par l'Assemblée nationale, elle a souhaité **préciser les modalités de calcul du montant des remises versées au titre des produits sous ATU ainsi que de la fixation de leur prix net de référence** (article 38 bis).

Secteur médico-social

(rapporteur : M. Bernard Bonne)

La commission a adopté deux amendements touchant à la **mutualisation obligatoire** des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens régissant des établissements pour personnes handicapées à tarification identique (article 50) et à la **rationalisation des financements d'appui** de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements dans le cadre du versement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (article 50 bis).

Accidents du travail et maladies professionnelles*(rapporteur : M. Gérard Dériot)*

La commission a apporté son soutien aux dispositifs proposés en matière de couverture et de gestion du risque professionnel, en particulier l'article 31 qui fixe le point de départ du versement des prestations à la date de la première constatation médicale.

La commission a adopté un amendement qui précise que l'inscription ou la modification d'une inscription d'un établissement ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) nécessite l'information, non seulement de l'employeur concerné mais aussi du demandeur de l'inscription (article additionnel après l'article 32 bis).

Assurance vieillesse*(rapporteur : M. René-Paul Savary)*

Elle a approuvé la revalorisation sur trois ans du **minimum vieillesse** (article 28), tout en regrettant qu'en s'accompagnant d'une nouvelle réduction des recettes du Fonds de solidarité vieillesse, cette mesure soit financée par une aggravation du déficit de celui-ci.

A l'article 18, elle a supprimé la possibilité d'étendre les charges du FSV par voie réglementaire.

Famille*(rapporteur : Mme Elisabeth Doineau)*

La commission a également supprimé l'article 26, qui diminuait les **montants et plafonds de la prime à la naissance et de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant**, alors que d'importantes économies ont été réalisées ces dernières années sur la politique familiale et que la branche famille dégage à nouveau des excédents.

Elle a adopté un amendement tendant à ce que l'allocation de rentrée scolaire due au titre d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance soit versée au service auquel l'enfant est confié ou, si le juge l'estime souhaitable, à sa famille.

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2016, 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 ;
- 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 2016

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 LO. 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 qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article 1^{er} du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle mais fait les quatre observations suivantes :

« 1. Les tableaux d'équilibre intègrent un **produit de contribution sociale généralisée de 740 millions d'euros enregistré à tort dans les comptes de la branche maladie, de la CNAMTS et de l'activité de recouvrement de l'exercice 2016** ;

« 2. Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base intègre un **produit à recevoir de 99,3 millions d'euros de la CRP SNCF sur l'État au titre de la dotation d'équilibre de ce dernier pour l'exercice 2016 qui n'a pas de contrepartie en charge à payer dans les comptes de l'État**, ce qui crée une incertitude de même montant sur les recettes et le solde inscrits dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

« 3. 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 ;

« 4. Les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, en raison notamment de la persistance **d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables**. »

Ces deux dernières observations de la Cour sont récurrentes depuis plusieurs années.

• **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 7 milliards d'euros en 2016, en diminution de 3,3 milliards d'euros par rapport à 2015.

Tableau d'équilibre 2016 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,9	200,7	- 4,7
AT-MP	14,1	13,3	0,8
Vieillesse	228,8	227,2	1,6
Famille	48,6	49,6	- 1,0
Total	473,7	477,1	- 3,4
FSV	16,7	20,3	- 3,6
Total avec FSV	470,5	477,5	- 7

Source : PLFSS 2018

Les charges ont progressé de 0,5 %. Les recettes ont progressé de 1,2 %, les cotisations sociales et la CSG ayant progressé respectivement de 0,8 % et 2,2 %.

Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour les années 2014 à 2016

	Résultats 2014	Résultats 2015	Résultats 2016
Maladie	- 6,5	- 5,8	- 4,7
Vieillesse	- 0,7	0,2	1,6
Famille	- 2,7	- 1,5	- 1
AT-MP	0,7	0,8	0,8
Total	- 9,3	- 6,3	- 3,4

Source : LFSS et PLFSS 2018

La situation de l'ensemble des branches s'est améliorée en 2016. Deux des quatre branches restent déficitaires :

- la branche maladie enregistre un solde négatif de 4,7 milliards d'euros en 2016 soit une amélioration de 900 millions d'euros ;
- le solde négatif de la branche famille, à 1 milliard d'euros, s'est amélioré de 500 millions d'euros ;
- la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre en revanche, pour la quatrième année consécutive, un solde positif de 800 millions d'euros en 2016.

- La branche vieillesse consolide son excédent à 1,6 milliard d'euros, soit une amélioration de 1,4 milliard d'euros par rapport à 2015.

La loi de financement pour 2016 prévoyait un déficit de 9,2 milliards d'euros en 2016. Le déficit 2016 a bénéficié d'un effet base, le déficit 2015 ayant été substantiellement inférieur aux prévisions.

L'ensemble des régimes de base présente un solde en ligne avec la prévision rectifiée par la LFSS pour 2017 malgré la dégradation du solde du régime général par rapport à cette prévision rectifiée. La progression des cotisations de la CNRACL et l'excédent de la CNAVPL ont apporté une contribution plus forte qu'attendu à l'excédent des autres régimes obligatoires de base.

Comparaison du solde effectif 2016 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2016

(en milliards d'euros)

	LFSS 2016 Solde prévisionnel 2016	LFSS 2017 Solde prévisionnel 2016	PLFSS 2018 Solde effectif 2016	Écart LFSS/solde effectif
ROBS	- 5,5	- 3,1	- 3,4	- 0,3
ROBS + FSV	- 9,2	- 6,9	- 7	- 0,1

Source : LFSS et PLFSS 2018

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2016, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 7,8 milliards d'euros en 2016, en réduction de 3 milliards d'euros par rapport à 2015.

Le principal écart avec le tableau des régimes obligatoires de base provient du solde de la branche vieillesse, en raison de la contribution positive des autres régimes à ce solde de 0,8 milliard d'euros, dont 0,6 milliard d'euros de la CNRACL.

Tableau d'équilibre 2016 du régime général et du fonds de solidarité vieillesse
(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	194,6	199,4	- 4,8
AT-MP	12,6	11,8	0,8
Vieillesse	123,7	122,8	0,9
Famille	48,6	49,6	- 1,0
Total	366,6	370,7	- 4,1
FSV	16,7	20,3	- 3,6
Total avec FSV	365,0	372,7	- 7,8

Source : PLFSS 2018

Les dépenses du régime général et du FSV ont progressé de 0,4 % en 2016 (après + 1,9 % en 2015). Le ralentissement des dépenses résulte en premier lieu du transfert de certaines charges à l'État (allocation de logement familial) en compensation des mesures de baisse des cotisations, sans lequel la progression des dépenses aurait été de 1,8 % et de l'effet des réformes des retraites, des allocations familiales et du congé parental.

Les produits ont enregistré une progression de 1,3 % inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé (+ 2,4 %) en raison de l'extension en année pleine de la réduction de la cotisation famille.

Soldes des différentes branches du régime général pour les années 2014 à 2016

(en milliards d'euros)

	Résultats 2014	Résultats 2015	Résultats 2016
Maladie	- 6,5	- 5,8	- 4,8
Vieillesse	- 1,2	- 0,3	0,9
Famille	- 2,7	- 1,5	- 1
AT-MP	0,7	0,7	0,8
Total	- 9,7	- 6,8	4,1

Source : LFSS et PLFSS 2018

Le solde 2016 présente une amélioration de 2,6 milliards d'euros par rapport à 2015.

Comparaison du solde effectif 2016 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des branches du régime général pour 2016

(en milliards d'euros)

	LFSS 2016	LFSS 2017	PLFSS 2018	Écart LFSS/ solde effectif
Maladie	- 6,2	- 4,1	- 4,8	- 0,6
Vieillesse	0,5	1,1	0,9	- 0,2
Famille	- 0,8	- 1	- 1	-
AT-MP	0,5	0,7	0,8	0,1
Total	- 6,0	- 3,4	- 4,1	- 0,7
FSV	- 3,7	- 3,4	- 3,6	- 0,2
Total avec FSV	- 9,7	- 7,1	- 7,8	- 0,7

Source : LFSS et PLFSS 2018

Par rapport aux prévisions de la loi de financement initiale, le solde s'améliore de 1,9 milliard d'euros. Il se dégrade en revanche de 700 millions d'euros par rapport à la prévision rectifiée, notamment en raison de la moindre amélioration qu'anticipé du solde de l'assurance maladie.

Par rapport à la prévision initiale, l'écart est imputable au report sur 2016 d'un résultat 2015 meilleur qu'anticipé de 2 milliards d'euros, réparti à quasi parité entre recettes et dépenses.

En 2016, l'écart en dépenses s'est amplifié en 2016 (1,8 milliard d'euros, dont 1,4 au titre des prestations sociales) tandis que les recettes ont été inférieures à la prévision en raison d'une progression de la masse salariale surestimée (2,4 % contre une hypothèse de 2,6 %). Seul le produit exceptionnel de CSG a permis de limiter les pertes de recettes sur les revenus d'activité.

Par rapport à la prévision révisée, le rendement plus faible des recettes assises sur les revenus d'activité tient au fait que le salaire moyen a progressé moins fortement que prévu alors que l'évolution de l'emploi a été conforme à la prévision. Le redémarrage de l'emploi s'est concentré davantage que prévu sur les emplois à bas salaires ce qui a pesé sur les recettes avec une dynamique plus forte (+ 0,4 milliard d'euros) des allégements de cotisations.

• **L'approbation du tableau d'équilibre pour 2016 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)

	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015	Résultat 2016
FSV	- 2,9	- 3,5	- 3,9	- 3,6

Source : LFSS et PLFSS 2018

La loi de financement pour 2016 avait prévu pour le FSV un solde de - 3,7 milliards d'euros en 2016.

Le déficit constaté, - 3,6 milliards d'euros, est meilleur que la prévision initiale mais plus dégradé que la prévision rectifiée par la LFSS pour 2017.

• **L'approbation des dépenses constatées en 2016 relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

Pour 2016, 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 **185,2 milliards d'euros**. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2015, une progression de 1,75 %.

Ce calibrage intégrait la deuxième étape du plan d'économies de 10,6 milliards d'euros pour les dépenses sous Ondam sur la période 2015-2017.

Ce taux de progression a été révisé par la loi de financement pour 2017 à 1,8 %, l'objectif en valeur étant maintenu à **185,2 milliards d'euros**.

La construction de l'Ondam 2016 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 3,6 %, à laquelle devaient s'appliquer 3,4 milliards d'économies répartis sur l'ensemble des sous-objectifs.

Ainsi que l'avait indiqué votre commission, ces économies devaient être relativisées pour une part dans la mesure où elles comprenaient des transferts de charges vers d'autres acteurs, la CNSA pour le financement de l'Ondam médico-social (160 millions d'euros) et le FEH et l'ANFH pour le financement du FMESPP (40 millions d'euros) ou des mesures de périmètre, la baisse de cotisations d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux constituant certes une moindre charge pour l'Ondam mais aussi une moindre recette pour l'assurance maladie (270 millions d'euros). La prise en compte de ces transferts se traduisait par un taux de progression de l'Ondam supérieur à 1,9 %.

Avec des **dépenses constatées de 185,2 milliards d'euros**, l'objectif voté par le Parlement est respecté pour la septième année consécutive, tant en volume, avec une **sous-exécution de 27 millions d'euros**, 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 2010 et 2016

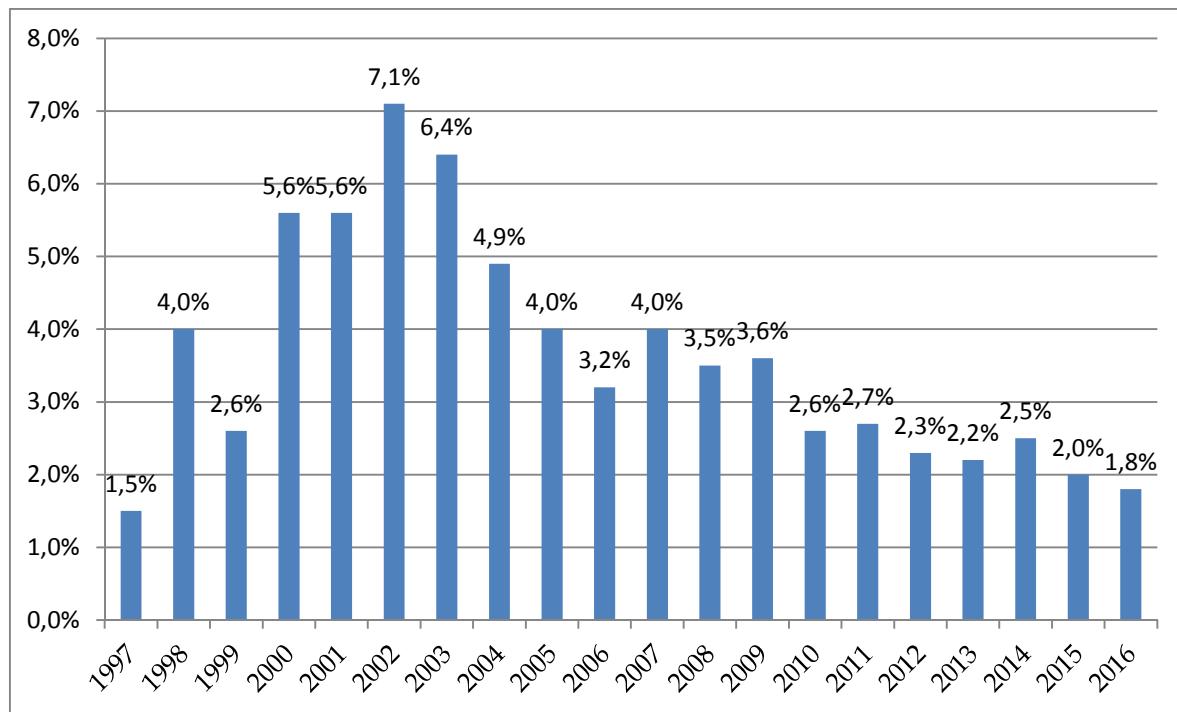
(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ondam voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2
Ondam exécuté	161,8	166,3	170,1	173,7	177,9	181,8	185,2
Augmentation des dépenses	+ 3,6	+ 4,5	+ 3,8	+ 3,7	+ 4,2	+ 3,9	- 3,4

Source : LFSS

Le taux d'évolution 2016 est le plus rigoureux depuis la création de cet instrument :

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



L'exécution de l'Ondam 2016 est assez comparable au scénario constaté les années précédentes: malgré un dérapage des dépenses de soins de ville, l'Ondam est respecté, grâce à une sous-exécution sur les autres sous-secteurs due aux mesures de régulation et à des transferts de charges.

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

Sous-objectifs (en millions d'euros)	Objectif LFSS 2016	Rectification LFSS 2017	Exécution 2016 (p)	Variation/2015
Dépenses de soins de ville	84 308	84 553	85 075	2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés l'activité	77 920	77 947	77 566	1,6 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé				
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses établissements et services pour personnes âgées	8 866	8 773	8 750	0,9 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses établissements pour personnes handicapées	9 317	9 239	9 150	1 %
Autres prises en charge	1 698	1 623	1 599	1,6 %
Fonds d'intervention régional	3 086	3 050	3 018	- 1,0 %
Total	185 195	185 185	185 158	2,04 %

En début d'exercice, 547 millions d'euros ont été mis en réserve, en application du taux de 0,3 %, afin de prévenir les dépassements anticipés pour les établissements tarifés à l'activité. Ces mises en réserve ont été complétées par une augmentation, en LFSS pour 2017, de la contribution des fonds hospitaliers au financement du Fmespp, portée à 200 millions d'euros et de la CNSA, portée à 200 millions d'euros.

Ainsi que le signale la Cour des comptes, ces mesures de régulation se sont accompagnées d'un transfert sur 2017 d'une partie des dépenses de médicaments en ATU et post ATU, pour un montant de 180 millions d'euros.

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments, la Cour des comptes estime que le taux de progression de l'Ondam en 2016, que votre commission avait réévalué à 2 % lors de l'examen du PLFSS pour 2017, est de 2,2 %.

- **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. A la fin de l'année 2015, il avait ainsi versé 12,6 milliards d'euros ;

- de gérer à l'horizon 2020, pour le compte de la Cnav, la part de la soulté (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 2016, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulté IEG valorisée à 4,8 milliards d'euros, était de 36 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 0,8 milliard d'euros et le résultat net de 0,75 milliard d'euros, avec une performance globale de 4,2 % en moyenne annuelle.

• L'approbation des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse

En application de la loi de 2010 portant réforme des retraites, la seconde section du FSV, devenue la troisième en 2016, était dédiée à la mise en réserve de recettes destinées à financer le maintien à 65 ans du départ en retraite des parents de trois enfants ou, dans certaines conditions, des parents d'enfants handicapés.

100 millions d'euros ont été mis en réserve pour la dernière fois en 2013, ce qui a porté la réserve à près de près de 900 millions d'euros, un montant jugé suffisant, d'après les projections réalisées par la Cnav, pour le financement de ce dispositif pour lequel des décaissements étaient prévus à partir de 2016.

La loi de financement pour 2015 a par conséquent mis fin aux mises en réserve, les seules ressources allouées à cette section spécifique du FSV étant, à partir de 2014, les produits financiers réalisés sur le montant de la réserve. En application de la loi de financement pour 2017, ces réserves ont été transférées à l'assurance-maladie pour l'amorçage du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique.

• 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 2016, soit 14,4 milliards d'euros. Ce montant est supérieur à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (14,2 milliards d'euros). Il est conforme à l'objectif révisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

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 16,8 milliards d'euros pour l'année 2016.

Nature des ressources	Montant (en milliards d'euros)
CRDS	6,956
CSG	7,706
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

En application de la loi de financement pour 2016, un transfert de dette de 23,6 milliards a été opéré en 2016, ce qui a porté le montant des dettes transférées à 260,496 milliards d'euros à la fin 2016.

La dette amortie s'élevait à 124,7 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 135,834 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 2016 que votre commission ne peut que constater sans pour autant l'approuver.

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

Article 2

Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2016 et le tableau patrimonial

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 2016 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2016, 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 2016 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 2016

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 2016, 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 8,1 milliards d'euros, en amélioration de 3,4 milliards d'euros par rapport à 2015. Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (respectivement de 14,4 et 0,7 milliard d'euros) qui compense, bien que ces deux organismes s'inscrivent dans une temporalité différente, les résultats déficitaires du régime général (- 4,1 milliards d'euros) et du FSV (- 3,6 milliards d'euros) et le résultat positif des autres régimes (0,7 milliard d'euros). L'amélioration de ce résultat d'ensemble traduit essentiellement la réduction des déficits, les résultats de la Cades et du FRR étant relativement stables. Hors Cades et FSV, le solde des régimes de base et du FSV est de - 7 milliards d'euros contre 10,3 milliards d'euros en 2015.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se réduit de 3,2 milliards d'euros pour s'établir à **- 155,6 milliards d'euros**, principalement sous l'effet du report à nouveau du régime général (- 1,3 milliard d'euros, en amélioration de 12,8 milliards d'euros) à la suite de la reprise par la Cades de 23,6 milliards d'euros de dette. Sous l'effet de cette reprise de dettes, le report à nouveau de la Cades se creuse de 10,1 milliards d'euros, ce qui correspond à la différence entre la dette reprise (23,6 milliards d'euros) et son résultat positif 2015 affecté en report à nouveau (13,5 milliards d'euros), pour s'établir à - 150,4 milliards d'euros.

A fin 2016, le passif net ou « dette » de la sécurité sociale représentait 101,4 milliards d'euros, en diminution de 8,1 par rapport à 2015.

Le financement de ce passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net, différence entre le passif et l'actif financier, s'élevant à 118 milliards d'euros au 31 décembre 2016, en légère diminution par rapport à 2015. Sur ce total, l'endettement financier net du régime général s'élevait à 24,7 milliards d'euros, dont 20,9 milliards portés par l'Acoss, au 31 décembre 2016.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (34,5 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 2016**

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 2018 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016, mais fait les deux observations suivantes :

1. Les actifs et passifs respectifs des régimes de base du régime social des indépendants intégrés au tableau patrimonial demeurent imparfaitement fiabilisés ;
2. les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2016, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables.

• La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2016

L'annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2016.

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 restent portés en trésorerie par l'Acoss. Pour le régime général, ils s'ajoutent à la part non-reprise du déficit de la branche maladie en 2015 (- 4,7 milliards d'euros) et au déficit 2015 de la branche famille (- 1,5 milliard d'euros).

(en milliards d'euros)	Solde	Modalités de couverture
Maladie	- 4,8	Acoss
Famille	- 1,0	Acoss
Vieillesse	+ 0,9	Trésorerie Acoss
FSV	- 3,6	Acoss
AT-MP	+ 0,8	Résorption des déficits cumulés de la branche en 2016 (excédé cumulé de 0,6 milliard d'euros)

L'annexe A précise que le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'élève à 0,7 milliard d'euros à fin 2016. 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 0,3 milliard d'euros en 2016, soit un déficit cumulé de 3,5 milliards d'euros dont l'Acoss assure le financement en trésorerie.

On peut donc tenter de résumer de la façon suivante les déficits cumulés portés par l'Acoss à la fin de l'année 2016, hors branche AT-MP mais en tenant compte de l'excédent de la branche vieillesse en 2016 :

Régime général	14,7 milliards d'euros
Mines	0,7 milliard d'euros
Exploitants agricoles	3,5 milliards d'euros
Total	18,9 milliards d'euros

L'annexe A évoque enfin la CNRACL dont l'excédent était de 0,3 milliard d'euros en 2016 et dont les réserves s'élèvent par conséquent à 2,1 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 conséquences du dernier exercice clos sur le bilan des comptes sociaux. Votre commission en prend acte.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3

*(art. 57 et 100 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016
de financement de la sécurité sociale pour 2017)*

**Ajustement des dotations de l'assurance maladie
et du FEH au FMESPP ; rectification des contributions
de la branche AT-MP à la branche vieillesse et au Fiva ;
prélèvement sur les recettes du fonds CMU-C
au profit de la branche maladie**

Objet : Cet article, qui concerne l'exercice 2017, rectifie les montants de deux dotations versées au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : il majore la contribution de l'assurance maladie et réduit le prélèvement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Il modifie également le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au fonds pour l'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ainsi qu'à la branche vieillesse au titre du financement des départs en retraite anticipée pour incapacité permanente. Il prévoit enfin un prélèvement sur les recettes du fonds CMU au profit de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

A. Un ajustement des concours financiers abondant le FMESPP

Le paragraphe I du présent article procède à l'ajustement des concours financiers au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : il s'agit, d'une part, de la dotation de l'assurance maladie, d'autre part, du prélèvement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Le montant de la première est majoré tandis que la mobilisation des excédents du FEH est revue à la baisse. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, cette opération est rendue nécessaire par la situation financière du FEH.

- **Une majoration de 15 millions d'euros de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP**

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) finance des actions d'investissement visant à améliorer la performance hospitalière au plan national. 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 2017, cette dotation avait initialement été fixée à 44,4 millions d'euros par le paragraphe I de l'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017².

Le a) du 2° du paragraphe I du présent article majore cette dotation pour la porter à 59,4 millions d'euros.

- **Une minoration de 40 millions d'euros du montant du prélèvement sur les réserves du FEH au profit du FMESPP**

Créé en 1994³, le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a pour mission d'accompagner les restructurations hospitalières. À ce titre, il participe au financement des surcoûts supportés par les établissements de santé du fait de diverses mesures accordées à leurs personnels, pour lesquelles il permet une mutualisation entre les établissements concernés : cessation progressive d'activité (CPA), temps partiel, certaines formations et aides à la mobilité, compte épargne temps (CET).

Géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC), le fonds est financé par une contribution employeur des établissements de santé dont le niveau s'élève à 1 % des salaires et traitements qu'ils versent⁴.

Pour l'année 2017, le II de l'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit un prélèvement, au profit du FMESPP, d'une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du FEH.

¹ Article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

² Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

³ Article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

⁴ Décret n° 2002-160 du 7 février 2002 fixant le taux de la contribution due au fonds pour l'emploi hospitalier par les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le b) du 2° du paragraphe I du présent article ramène ce montant à 30 millions d'euros.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, les perspectives financières du FEH apparaissent dégradées en raison d'une importante progression des charges au titre de l'année 2016 qui n'a pas été anticipée. Les réserves du fonds ont été ramenées de 166 millions d'euros fin 2015 à 41,5 millions d'euros fin 2016. Le maintien d'une contribution de 70 millions d'euros au FMESPP conduirait à mettre le fonds en difficulté dès 2018 au regard de la nécessité de disposer d'une trésorerie suffisante pour assurer le paiement des demandes qui lui sont adressées.

B. Une rectification de la contribution de la branche AT-MP au Fiva et à la branche vieillesse

• Une réduction du montant de la dotation de la branche AT-MP au Fiva, de 400 à 250 millions d'euros

Créé en 2001, le Fiva est financé à titre principal par une contribution de la branche AT-MP dont le montant est défini chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le paragraphe I de l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé à 400 millions d'euros le montant de cette contribution au titre de l'année 2017.

Le a) du 1° du I du présent article ramène ce montant à 250 millions d'euros.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, cette opération se justifie par les prévisions actualisées d'exécution des dépenses d'indemnisation du fonds, qui « *s'élèveraient à 384,5 millions d'euros en 2017 contre 450,9 millions d'euros en 2016* » dans un contexte de baisse tendancielle des demandes qui lui sont adressées. Cette mesure permettrait « *de maintenir un fonds de roulement satisfaisant d'un point de vue prudentiel : son niveau s'élèverait à 97,7 millions d'euros à la fin de l'année 2017, montant correspondant à plus de trois mois de dépenses d'indemnisation.* »

• Une hausse du montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse, de 59,8 à 67,4 millions d'euros

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹ permet, depuis le 1^{er} juillet 2011, un départ en retraite anticipée à 60 ans pour 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.

¹ Article 79 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Ce dispositif est prévu à L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale. Les dépenses supplémentaires engendrées pour la branche vieillesse par ces départs en retraite anticipée sont financées par une contribution de la branche AT-MP prévue à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale¹.

En vertu de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, le montant de cette contribution est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le paragraphe IV de l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé ce montant à 59,8 millions d'euros.

Le b) du 1° du I du présent article porte cette contribution à 67,4 millions d'euros, dont 0,7 million au titre des frais de gestion.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, cette modification est rendue nécessaire par l'identification d'un besoin de financement pour 2017 supérieur à la prévision initiale, en particulier du fait de l'élargissement du dispositif de départ en retraite anticipée qui résulte de la réforme du compte personnel de prévention de la pénibilité prévue par l'ordonnance du 22 septembre 2017² entrée en vigueur le 1^{er} octobre dernier. Celle-ci étend en effet le dispositif aux salariés exposés à quatre facteurs de pénibilité désormais sortis du compte de prévention (manutention manuelle de charges lourdes, postures pénibles, vibrations mécaniques, risques chimiques), ce qui devait générer un surcroît de dépenses de l'ordre de 7,6 millions d'euros entre octobre et fin décembre 2017.

C. Une réduction des recettes du fonds CMU au profit de la branche maladie

Créé en 1999³, le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU), a pour principales missions de financer la CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide pour une complémentaire santé (ACS), ainsi que de suivre et d'analyser le fonctionnement de ces dispositifs.

¹ Le coût de la retraite anticipée pour pénibilité liée à une incapacité permanente correspond aux sommes versées aux bénéficiaires entre la date de leur départ en retraite et la date à laquelle ils seraient partis en retraite avec le taux plein sans ce dispositif.

² Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

³ Article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Depuis 2017, en vertu de l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale¹, les recettes du fonds CMU ne sont constituées que du seul produit de la taxe sur les primes versées aux contrats d'assurance ou taxe de solidarité additionnelle (TSA) à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire en santé. Une partie du solde du produit de cette taxe est affectée à la branche maladie du régime général de la sécurité sociale.

Le paragraphe II du présent article prévoit de déroger à la clé de répartition du produit de la TSA ainsi définie à l'article L. 862-3 précitée ; il réduit de 150 millions d'euros, au profit de la branche maladie, le montant de la recette perçue par le fonds CMU.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, « *le produit de TSA dont bénéficie le fonds ayant excédé ses besoins, les comptes des autres affectataires de cette taxe (la Cnamts depuis 2017) s'en trouvent impactés. Des excédents se sont ainsi constitués au fonds CMU, au détriment de l'amélioration des soldes des branches du régime général* ». D'après les prévisions indiquées, les réserves du fonds devraient en effet s'élever à 218 millions d'euros fin 2017, après 285 millions d'euros fin 2016.

Evolution du résultat cumulé du Fonds CMU au cours des dix dernières années

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
Résultat cumulé	129	153	205	205	210	257	285	368*

* Ce montant n'intègre pas le prélèvement de 150 M€ sur les recettes du fonds prévu par le présent projet de loi. Après prélèvement, le résultat cumulé 2017 ne devrait plus s'élever qu'à 218 millions d'euros

Source : Direction de la sécurité sociale (DSS)

Au total, après le prélèvement de 150 millions d'euros opéré au profit de la Cnamts, le montant de la TSA au titre de l'année 2017 est réparti comme suit selon les informations communiquées à votre rapporteur :

- 2,527 milliards d'euros affectés au fonds CMU ;
- 2,430 milliards d'euros à la Cnamts.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement corrigeant une erreur de référence.

¹ Article 34-I de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

III - La position de la commission

Au cours des derniers exercices, les dotations de la branche maladie aux divers fonds ou organismes qu'elle finance ont été régulièrement ajustées en deuxième partie de loi de financement, en particulier s'agissant du FMESPP. Au regard de la situation financière de l'assurance maladie, votre commission juge indispensable de mener une réflexion approfondie sur la gestion des réserves dormantes des fonds ou organismes intervenant dans le champ de la santé. Les rectifications opérées chaque année dans un sens puis dans l'autre témoignent d'un financement pour le moins erratique, ne participant pas d'une bonne visibilité du Parlement sur les dotations votées dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

- S'agissant tout d'abord du FMESPP, votre commission constate qu'après un important excédent de 79 millions d'euros apparu en 2016 du fait de produits exceptionnels issus notamment des réserves du FEH et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), le fonds affiche une perte de 25 millions d'euros de produits en 2017. Au gré des années et des textes financiers, le FMESPP voit sa dotation soit sensiblement réduite, soit fortement augmentée. Pour votre commission, qui a déjà eu l'occasion de le souligner, la modernisation des établissements de santé est pourtant un enjeu majeur qui appelle une stratégie pluriannuelle déployée dans le cadre d'une vision stable et cohérente.

Quant au FEH, dont le Gouvernement indique que ses missions n'ont pas vocation à évoluer dans un avenir proche, la priorité étant de rétablir son équilibre financier, votre commission avait déjà émis des réserves les années passées sur la pratique consistant à prélever sur ses recettes des montants d'importance variable pour abonder d'autres fonds ou organismes. Elle ne peut que réitérer ce regret et son interrogation sur l'intérêt de ce fonds qui semble sous-utilisé alors même qu'il est financé par les établissements de santé qui sont eux-mêmes en difficulté financière.

- En ce qui concerne la diminution de la dotation de la branche AT-MP au Fiva, votre commission estime qu'il s'agit d'une mesure de bonne gestion au regard de la confirmation en 2017 de la baisse des dépenses d'indemnisation du fonds amorcée en 2016. La baisse de dotation ne remet pas en cause la capacité de cet établissement à remplir ses missions.

- S'agissant enfin du fonds CMU-C, le Gouvernement indique que la Cnamts aurait dû bénéficier de la recette de TSA « *si elle avait été mieux calibrée* ». L'article 18 du présent projet de loi prévoit qu'à l'avenir le fonds sera financé par la part de TSA nécessaire pour assurer un solde à l'équilibre, le solde étant attribué à l'assurance maladie. Avec ce mécanisme d'affectation, la part de TSA qui finance le fonds CMU-C variera chaque année en fonction de ses dépenses. Dans la mesure où elle permet d'éviter l'accumulation de réserves qui font ensuite l'objet d'opérations de réaffectation, votre commission n'est pas opposée à cette solution.

A l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté un amendement qui précise l'assiette du prélèvement de 150 millions d'euros sur les recettes de taxe de solidarité additionnelle du fonds CMU-C en 2017 ; il s'agit des recettes perçues au titre des contrats de complémentaire santé responsables. L'amendement apporte en outre une précision de référence (amendement n° 31).

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

Article 4

*(art. L. 241-3, section 4 du chapitre V du titre IV du livre II,
art. L 651-2-1, L. 651-3, L. 651-5 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale,
art. 39 du code général des impôts, art. 112 de la loi n° 2016-1918
du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016)*

Suppression de la C4S

Objet : Cet article supprime la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et fusionne la C3S et la contribution additionnelle.

I - Le dispositif proposé

L'article 112 de la loi de finances rectificative pour 2016 a mis en place une contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dont l'objectif était d'anticiper d'un an la comptabilisation d'une partie du produit de la C3S et de la contribution additionnelle à la C3S pour 2018, à hauteur de 400 millions d'euros, dans les comptes de la sécurité sociale pour 2017.

Au taux de 0,04 %, soit un quart du taux cumulé de la C3S (0,13 %) et de la contribution additionnelle (0,03 %), cette contribution est assise sur le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année N (2017), soit la même assiette que la C3S de l'année 2018 assise sur le chiffre d'affaires de l'année N-1. Elle est acquittée sous forme d'acompte de 90 %, payable le 15 décembre, le solde étant exigible le 15 mai de l'année suivante.

Cette contribution supplémentaire n'a pas pour effet d'alourdir l'imposition des entreprises assujetties à la C3S : elle s'impute sur le montant de la C3S à acquitter l'année suivante en 2018 au titre de l'année 2017 et réduit à due concurrence le produit de la C3S enregistré dans les comptes 2018 de la sécurité sociale.

Elle concerne 350 entreprises sur les 20 000 qui restent redevables de la C3S.

Le présent article revient sur cette disposition introduite en LFR 2016 et fusionne en une seule contribution la C3S et la C3S additionnelle dont l'assiette et les modalités de recouvrement sont identiques, ce qui a pour effet, au 4° de l'article, de porter le taux de la C3S à 0,16 %.

Il rétablit l'obligation de télérèglement, qui avait été supprimée dans la perspective de la suppression de la contribution

Il procède aux coordinations nécessaires, notamment à l'article 39 du code général des impôts où la déduction de la contribution du bénéfice net des entreprises était prévue.

Il supprime enfin l'affectation à la branche maladie du produit de la contribution supplémentaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur la proposition d'Olivier Véran, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement distinguant, au sein de cet article, les dispositions relevant de l'année 2017 qui trouvent leur place en deuxième partie du PLFSS, la suppression de la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés, de celles qui relèvent de la troisième partie relative à l'exercice 2018, la fusion de la contribution additionnelle et de la contribution ainsi que le rétablissement de l'obligation de télédéclaration, insérées en troisième partie par un article 8 bis nouveau.

III - La position de la commission

Annoncée au printemps 2014 dans le cadre de la présentation du pacte de responsabilité, la disparition de la C3S, alors affectée à la MSA, au RSI et au FSV était prévue en trois étapes entre 2015 et 2017. Cette mesure a été présentée comme une modernisation de la fiscalité des entreprises par la suppression d'un impôt pesant sur le chiffre d'affaires.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a introduit, à compter du 1^{er} janvier 2015, un abattement d'assiette de 3,25 millions d'euros que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a relevé à 19 millions d'euros à compter du 1^{er} janvier 2016. Le nombre de redevables est ainsi passé de plus de 300 000 en 2014 à moins de 100 000 en 2015 et à moins de 20 000 en 2016.

Le Gouvernement a ensuite renoncé à la troisième étape de la suppression qui ne devait concerner, par construction, que des entreprises au chiffre d'affaires supérieur à 19 millions d'euros et nécessitait de trouver 3,5 milliards d'euros de recettes alternatives. Il a préféré, en contrepartie, augmenter d'un point le taux du CICE.

Compte-tenu de la mesure adoptée en LFR 2016, le produit de la C3S, devait progresser fortement en 2017 avant de baisser de 9 % en 2018.

Évolution du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés et de la contribution additionnelle

2014	2015		2016		2017 (p)		2018 (p)	
6 458 M€	4 639 M€	- 28,20%	3 552 M€	- 23,40%	4 097 M€	15,40%	3 719 M€	- 9,20%

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2017

Le caractère de **recette exclusive de la sécurité sociale** aurait justifié à lui seul la suppression de ce dispositif du projet de loi de finances rectificative.

Il s'agit au surplus d'une **opération de « cavalerie »** ayant pour seul objet une amélioration ponctuelle et sans effet pérenne des comptes de la sécurité sociale pour 2017. Notre collègue Albéric de Montgolfier, rapporteur général de la commission des finances argumentait dans ces termes pour la suppression de l'article dans son rapport sur le PLFR 2016: « *Le présent article s'inscrit dans la droite ligne de divers articles du projet de loi de finances pour 2017 qui consistent à gonfler artificiellement le montant des recettes publiques par des mesures de pure trésorerie, pour tenter de respecter l'objectif de déficit public annoncé par le Gouvernement, au détriment des entreprises et sans impact durable sur les recettes fiscales de l'État* ».

Ce dispositif s'ajoutait à une série d'opérations, dénoncées par votre commission, visant à **améliorer artificiellement le solde de la branche maladie** en minorant les charges ou en majorant les produits. Il s'effectuait en PLFR alors que le PLFSS pour 2017 affectait, au 1^{er} janvier 2017, l'intégralité du produit de la C3S et de la C3S additionnelle à la branche vieillesse du régime général.

Par parallélisme, le présent article contribue à dégrader, à hauteur de 400 millions d'euros, le solde de la branche maladie qui s'établit à - 4,1 milliards d'euros en 2017, contre - 3,6 milliards d'euros dans la prévision établie par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017.

Votre rapporteur général considère que **la question du maintien de la C3S reste posée** alors que les raisons qui avaient présidé à sa création en 1970, en particulier la contribution du secteur de la grande distribution au financement du régime de protection sociale des artisans et commerçants touché par des déséquilibres démographiques, ne sont plus présentes. Sa suppression contribuerait à la modernisation de la fiscalité des entreprises et à la simplification du financement de la protection sociale.

La difficulté réside dans le montant des recettes alternatives à dégager, 4 milliards d'euros et dans la forte concentration sur certains secteurs et sur 20 000 entreprises.

Secteur d'activité	Part dans les redevables de la C3S	Part du montant de C3S dû
Activités financières et d'assurance	6 %	24 %
Autres	32 %	27 %
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	38 %	25 %
Industrie manufacturière	24 %	24 %

Source : Données RSI (C3S 2016)

À plus court terme, la question du recouvrement de la C3S se pose dans un contexte de disparition programmée du RSI.

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

Article 4 bis (nouveau)
Non-compensations à la sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à inscrire en deuxième partie, relative à l'exercice 2017, la mention de la non-compensation à la sécurité sociale du crédit d'impôt de taxe sur les salaires et de l'exonération de taxe sur les salaires des primes d'impatriation.

I - Le dispositif proposé

Inséré à l'initiative d'Olivier Véran, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, cet article additionnel vise à prévoir, au titre de l'exercice 2017, la non-compensation à la sécurité sociale de l'exonération de taxe sur les salaires sur les primes d'impatriation, prévue par la loi de finances pour 2017 et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires prévu par la loi de finances rectificative pour 2016.

Cette absence de compensation était prévue à l'article 18 du projet de loi, au sein de la troisième partie relative à l'exercice 2018.

II - La position de la commission

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

Article 5

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2017, 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

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu un solde des régimes de base et du FSV de - 4,1 milliards d'euros. Le présent article révise ce solde à - 4,9 milliards d'euros.

L'amélioration du solde des ROBSS et du FSV entre 2016 et 2017 (3 milliards d'euros) est portée par le régime général qui supporte entièrement, pour les raisons exposées ci-après, l'intégralité de la dégradation du déficit de 800 millions d'euros par rapport à la prévision.

L'excédent des autres régimes de base ne serait plus que de 0,3 milliard d'euros en 2017, malgré la réduction du déficit des exploitants agricoles, la CNVAPL et la CNRACL voyant leur excédent se réduire après des produits exceptionnels en 2016 pour la CNVAPL et, pour la CNRACL, une forte croissance de la charge des pensions que ne compense pas la croissance des cotisations.

Les charges des ROBSS et du FSV augmenteraient de 2,2 % en 2017, tandis que les recettes progresseraient de 2,7 %.

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2017			Rectification PLFSS 2018		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,5	207,1	- 2,6	203,2	207,3	- 4,1
Vieillesse	232,2	230,6	1,6	232,6	13,2	1,5
Famille	49,9	49,9	0,0	49,9	231,1	0,3
AT-MP	14,2	13,5	0,7	14,3	49,6	1,1
Toutes branches hors transferts	487,1	487,5	- 0,3	486,3	487,6	- 1,3
FSV	15,7	16,9	- 3,8	16,0	19,7	- 3,6
Toutes branches y compris FSV	483,7	487,8	- 4,1	483,1	488,0	- 4,9

Source : PLFSS 2018

Le solde du régime général en 2017 annoncé en « quasi-équilibre » à 0,3 milliard d'euros par le précédent gouvernement, s'établirait à - 1,6 milliard d'euros, après prise en compte du solde du FSV, le solde serait de - 5,2 milliards d'euros, contre - 4,1 milliards d'euros en prévision.

Les charges progresseraient de + 2,3% et les recettes de 3 %.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2017			Rectification PLFSS 2018		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	205,9	- 2,6	201,9	206,0	- 4,1
Vieillesse	126,5	125,0	1,6	126,2	124,9	1,3
Famille	49,9	49,9	0	49,9	49,6	0,3
AT-MP	12,8	12,1	0,7	12,8	11,8	1,0
Toutes branches hors transferts	379,5	379,9	- 0,4	377,8	379,4	- 1,6
FSV	15,7	16,9	- 3,8	16,0	19,7	- 3,6
Toutes branches avec FSV	377,6	381,8	- 4,2	376,1	381,3	- 5,2

L'annexe 4 indique que « ce qui explique l'intégralité de l'écart à la LFSS pour 2017 est la perte de recettes nouvelles initialement prévues par les lois financières pour 2017 ».

Afin d'améliorer le résultat 2017, le Gouvernement précédent avait pris des mesures tendant à majorer les recettes 2017 au détriment de 2018. La sécurité sociale percevait ainsi 5 trimestres de taxe sur les véhicules de sociétés et une partie du produit de la C3S due en 2018.

Pour des raisons compréhensibles - et symétriques - le Gouvernement revient en partie sur ces choix, en supprimant, à l'article 4 du présent projet de loi, la mesure relative à la C3S, ce qui a pour effet de réduire les recettes de 0,48 milliard d'euros.

L'article 3 du présent projet de loi a également pour effet de modifier les soldes des branches maladie et AT-MP :

- en diminuant de 150 millions d'euros la dotation de la branche AT-MP au FIVA ;
- en affectant 150 millions d'euros de recettes du fonds CMU à la Cnam.

D'autre part, la compensation scrupuleuse par l'État des pertes de recettes de la sécurité sociale avait pour effet d'améliorer le solde de la sécurité sociale au détriment de l'État. Le Gouvernement revient également sur ce choix améliorant d'autant le solde de l'État, sans effet sur le déficit public, en n'envisageant plus de compenser à la sécurité sociale en 2017 deux mesures prises par les lois financières pour 2018 :

- la modification des seuils de revenu fiscal de référence pour l'application de l'exonération et du taux réduit de CSG sur les pensions pour un montant de 0,4 milliard d'euros qui devait précisément être compensée par la mesure relative à la C3S ;
- la mise en place d'un crédit d'impôt de taxe sur les salaires pour le secteur non lucratif, pour un montant de 0,6 milliard d'euros.

Ces mesures sont partiellement compensées par un rendement supérieur à la prévision du produit des recettes fiscales (+ 0,4 milliard d'euros) dont les taxes sur les assurances (TSA et TSCA) de 0,2 milliard d'euros et la mesure nouvelle du fonds CMU. Au total, l'écart sur les recettes fiscales est de - 0,6 milliard d'euros.

Écarts à la LFSS 2017 en milliards d'euros

Prévision de solde RG+FSV LFSS pour 2017	- 4,2
Prestations	0,1
Recettes sur revenus d'activité (cotisations et CSG)	- 0,6
Secteur privé	- 0,5
Secteur public	0,2
Travailleurs indépendants	- 0,6
Secteur agricole	0,2
Autres	0,1
CSG remplacement	- 0,1
Recettes fiscales	- 0,6
Gestion administrative	- 0,1
Produits financiers	0,2
Autres	0,2
Écart au solde initial	2,5
Prévision de solde 2017 PLFSS 2018	- 5,2

Source : annexe 4

Malgré la révision à la hausse de l'évolution de la masse salariale du secteur privé, de 2,7 % à 3,3 % les recettes assises sur les revenus d'activité présentent également un écart à la prévision de 0,6 milliard d'euros.

Les recettes assises sur les revenus des travailleurs indépendants sont également inférieures à la prévision en raison d'une baisse du nombre de cotisants, hors micro-entrepreneurs, de 3 %.

Par branche, les écarts de solde à la prévision sont les suivants :

	PLFSS 2017	CCSS 2017	PLFSS 2018	écart CCSS	écart PLFSS 2017
Maladie	- 2,6	- 3,6	- 4,1	- 0,5	- 1,5
AT-MP	0,7	0,8	1,0	0,2	0,3
Retraite	1,6	1,5	1,3	- 0,2	- 0,3
Famille	0,0	0,5	0,3	- 0,2	0,3
Régime général	- 0,4	- 0,8	- 1,6	- 0,8	- 1,2
FSV	- 3,8	- 3,6	- 3,6	0,0	0,2
Régime général+FSV	- 4,2	- 4,4	- 5,2	- 0,8	- 1,0

Source : CCSS septembre 2017 et PLFSS 2018

Si les résultats de la plupart des branches sont globalement en ligne avec les prévisions de la loi de financement pour 2017, les écarts s'expliquant par les effets des mesures nouvelles du projet de loi de financement pour 2018, le déficit de la branche maladie se creuse de 1,5 milliard d'euros par rapport à la prévision en dépit d'un faisceau de mesures qui lui étaient particulièrement favorables, ses recettes ayant été inférieures de 1,3 milliard d'euros à la prévision.

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

Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 14,9 milliards d'euros. Il est rectifié à 14,8 milliards d'euros.

Cet objectif d'amortissement porterait le total de la dette amortie en 2017 à 139,5 milliards d'euros et le montant de la dette restant à amortir serait de 121,012 milliards d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission souligne le maintien d'un déficit préoccupant du FSV et de l'assurance maladie, laquelle a pourtant bénéficié d'une série de mesures favorables en PLFSS pour 2017 (transferts de charges sur les autres

branches et organismes, solde positif des compensations au détriment de la branche vieillesse, transfert en provenance du FSV, transfert de cotisation de la branche AT-MP...).

Elle comprend et partage les objectifs de clarification des comptes qui conduisent à dégrader le solde 2017 pour ne pas préempter 2018.

Elle souligne en revanche que les choix de ne pas compenser des baisses de recettes à la sécurité sociale, alors que celle-ci continue à supporter les dépenses qu'elles finançait précédemment, améliore certes le solde de l'État mais reste sans effet sur celui des administrations publiques prises dans leur ensemble qui reste, in fine, celui qui fait référence pour les engagements européens de notre pays.

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

Article 6
Rectification de l'Ondam et des sous Ondam 2017

Objet : Cet article confirme l'Ondam pour 2017 à 190,7 milliards d'euros mais rectifie sa ventilation 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 pour 2017 a fixé l'Ondam à **190,7 milliards d'euros**, en progression de 2,1 % par rapport à une exécution de l'Ondam 2016 alors estimée à 185,2 milliards d'euros. Ce taux de progression a été réévalué à 2,2 % compte tenu d'une légère révision à la baisse des dépenses de 2016 (185,1 milliards d'euros) ; il était de 1,8 % en 2016.

• Le présent article confirme l'objectif de 190,7 milliards d'euros voté en loi de financement pour 2017 mais rectifie la répartition des dépenses entre sous-objectifs.

Ces dispositions prennent appui sur les analyses de la commission des comptes de la sécurité sociale. Dans son rapport présenté le 28 septembre 2017, celle-ci a estimé que les dépenses entrant dans le champ de l’Ondam présentaient un **risque de dépassement de 200 millions d’euros**, en raison :

- d’une sur-exécution possible des dépenses de soins de ville (à hauteur de 280 millions d’euros),
- partiellement compensée par une sous-consommation des dépenses des établissements de santé (80 millions d’euros).

La **dynamique des dépenses de soins de ville** se confirme une nouvelle fois en 2017 : leur niveau dépasserait les prévisions de la loi de financement, quoique dans des proportions moindres qu’en 2016 (l’écart à l’objectif était alors de 500 millions d’euros).

La sur-exécution de ces dépenses serait due à un effet report de celle constatée en 2016 mais également à la dynamique plus forte que prévu de certaines dépenses, notamment de médicament, partiellement compensée par des reports de dépenses, de moindres revalorisations tarifaires et d’une moindre dynamique des honoraires, notamment paramédicaux.

Prévisions de dépassement (+) ou de sous-exécution (-) des dépenses de soins de ville en 2017

Médicaments	+ 275 millions d’euros
Indemnités journalières	+ 160 millions d’euros
Transports sanitaires	+ 50 millions d’euros
Dispositifs médicaux	+ 35 millions d’euros
Honoraires médecins	+ 60 millions d’euros
Honoraires sages-femmes	+ 5 millions d’euros
Honoraires chirurgiens-dentistes	- 145 millions d’euros
Honoraires auxiliaire médicaux	- 100 millions d’euros
Biologie médicale et autres postes	- 60 millions d’euros
Total	+ 280 millions d’euros

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2017

La sous-exécution d’environ 80 millions d’euros par rapport à l’objectif de l’**Ondam hospitalier** s’explique principalement par une moindre dynamique des dépenses au titre des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus (à hauteur de 70 millions d’euros), du fait notamment de la survenue plus tardive qu’anticipée de nouveaux traitements onéreux, et par une sous-exécution des dépenses des cliniques privées (10 millions d’euros).

- La commission des comptes de la sécurité sociale note toutefois que l'**Ondam 2017 pourrait être respecté grâce à l'annulation d'une partie des crédits mis en réserve en début d'année.**

Les **mises en réserve** ont représenté pour l'année 2017 un montant total de 602 millions d'euros, soit 30 millions d'euros de plus que le taux de réserve minimal correspondant à 0,3 % de l'objectif voté.

L'annulation de crédits porterait, à due concurrence des risques de dépassement aujourd'hui identifiés, sur ceux destinés aux établissements de santé (65 millions d'euros), aux établissements médico-sociaux (100 millions d'euros), au fonds d'intervention régional (25 millions d'euros) et aux opérateurs (10 millions d'euros)¹.

Le comité d'alerte de l'Ondam a noté, dans son avis du 10 octobre 2017, que ces annulations seraient « *significativement inférieures à celles réalisées l'année dernière pour garantir le respect de l'Ondam 2016* », tout en estimant « *prudent de maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers (crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel ou crédits non encore délégués) pour faire face à un éventuel dérapage en fin d'année.* »

A titre de comparaison, en 2016, les mesures de régulation mises en œuvre pour respecter l'Ondam ont porté sur un montant total de 797 millions d'euros (soit 61 millions d'euros de plus qu'en 2015), essentiellement sur les crédits destinés aux établissements de santé (446 millions d'euros) et médico-sociaux (283 millions d'euros)².

¹ *Avis du comité d'alerte de l'Ondam, n° 2017-3 du 10 octobre 2017.*

² « *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie* », *Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017.*

Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'Ondam 2017

	Ondam 2016 (base 2017)	Evol. 2016/2015	Ondam 2017 voté	Evol. 2017/2016 (<i>p</i>)	Ondam 2017 rectifié
Soins de ville	85,3	+ 2,4 %	86,6	+ 2,1 %	86,8
Établissements de santé	77,2	+ 1,6 %	79,2	+ 2,0 %	79,0
Établissements et services médico-sociaux	19,4	+ 1,0 %	20,1	+ 2,9 %	19,9
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,8	+ 0,9 %	9,1	+ 2,9 %	9,0
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	10,6	+ 1,0 %	11,0	+ 2,8 %	10,9
Fonds d'intervention régional	3,2	- 1,0 %	3,2	+ 2,1 %	3,3
Autres prises en charge	1,6	+ 1,6 %	1,7	+ 4,6 %	1,6
Ondam total	186,7	+ 1,8 %	190,7	+ 2,1 %	190,7

Source : Commission de contrôle des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2017, et PLFSS

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 en 2017.

Toutefois, cet objectif serait tenu au prix de biais de présentation¹ qui avaient été relevés par votre commission l'an dernier et qui ont été mis en évidence par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2017 sur l'application des lois de financement : la Cour évalue le taux réel de progression des dépenses entrant dans le champ de l'Ondam en 2017, corrigé des mesures de périmètre, à 2,4 % et non 2,2 %. L'écart serait toutefois moindre que celui mis en évidence par la Cour pour 2016, de 0,4 point.

En outre, cet objectif serait une fois de plus tenu au prix de mesures de régulation pesant sur le financement des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, en l'absence de mécanisme prudentiel applicable aux dépenses de ville.

¹ Cf. exposé général, chapitre sur l'assurance maladie.

A cet égard, votre rapporteur général a réitéré, à l'occasion de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques, la demande d'information du Parlement sur la situation financière des établissements de santé. Le rapport prévu par la précédente loi de programmation n'a jamais été remis. Il est également regrettable que le rapport concernant « *les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé* »¹, devant être déposé avant le 15 septembre, ne soit pas disponible dans sa version actualisée au moment de l'examen du présent projet de loi de financement.

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

¹ *Prévu par l'article L. 162 23 14 du code de la sécurité sociale.*

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE 1^{ER}

Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7

(art. L. 131-9, L. 136-7-1, L. 136-8, L. 162-14-1, art. L. 172-1, art. L. 241-2, art. L. 242-11, art. L. 313-1, art. L. 381-30-4, L. 382-22, art. L. 613-1 [nouveau] et art. L. 621-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 731-25, art. L. 731-35 et art. L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime)

Hausse de la CSG et suppression de cotisations sociales

Objet : Cet article procède à une augmentation des taux de la CSG, à une suppression de la cotisation maladie des salariés et à une baisse des cotisations pour les travailleurs indépendants et organise le financement par l'Acoss et, le cas échéant, par les branches de la sécurité sociale, de l'assurance chômage pour la partie correspondant à l'exonération des contributions salariales.

I - Le dispositif proposé

Une augmentation des taux de CSG

Le présent article procède à une augmentation de 1,7 point du taux de la CSG pour la plupart des cédules, à l'exception des prélèvements sur les allocations chômage et les indemnités journalières et sur les pensions de retraite bénéficiant actuellement d'une exonération ou d'un taux réduit.

Évolution des taux de CSG

Cédule	taux 2017	taux 2018
Jeux		
Jeux automatiques des casinos	9,5 %	11,2 %
Gains supérieurs à 1 500€	12,0 %	13,7 %
Jeux Française des jeux	6,9 %	8,6 %
Activité		
Revenus d'activité	7,5 %	9,2 %
Revenus du patrimoine et des produits de placement		
Patrimoine	8,2 %	9,9 %
Produits de placement	8,2 %	9,9 %
Revenus de remplacement		
Allocations chômage et IJ	6,2 %	6,2 %
Retraite- Invalidité RFR < 10 996€	0,0 %	0,0 %
Retraite invalidité 10 996€ <RFR> 14 375€	3,8 %	3,8 %
Retraite invalidité RFR > 14 375€	6,6 %	8,3 %

Source : PJL

L'augmentation étant uniforme, elle ne devrait pas modifier très fortement la structure des recettes de la CSG, dont le produit assis sur les revenus d'activité représente actuellement 70 %, sinon pour diminuer la part assise sur les revenus de remplacement, de 24 à 19 %, en raison du maintien de l'exonération et des taux réduits.

Rendement de la CSG par assiette (en millions d'euros)

	2017 (p)	2018 (p)	Gain attendu (en milliards d'euros)	2018 après mesure
CSG activité	68 588	70 344	15,9	86,2
CSG remplacement	18 995	19 561	4,5	24,0
CSG patrimoine	4 887	5 009	2	
CSG placement	5 579	5 724		12,7
CSG jeux	370	370	0,1	0,5
Majorations et pénalités	241	279		
CSG prise en charge dans le cadre de la Paje	- 351	- 353		
CSG brute	98 308	100 904	22,5	123,4
reprises provisions et ANV	- 369	- 369		
CSG nette	97 939	100 535		

Source : Rapport CCSS septembre 2017

La suppression de la part salariale de la cotisation maladie

Le 6° du I du présent article modifie l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale pour supprimer la part salariale (0,75 % du salaire brut) de la cotisation maladie.

L'article en tire les conséquences et procède à des coordinations aux articles L. 131-9, L. 172-1 (coordination invalidité), L. 313-1 (affiliés de l'article L. 311-3), L. 381-30-4 (rémunérations versées aux détenus) et L. 382-22 (ministres des cultes) du code de la sécurité sociale.

La suppression de la part salariale de la cotisation maladie représente une perte de recettes de 4,8 milliards d'euros pour la sécurité sociale.

La baisse des cotisations famille et maladie des travailleurs indépendants

Le présent article prévoit une baisse de la cotisation famille pour l'ensemble des travailleurs indépendants, dans la limite de 5,25 points et renvoie au décret pour fixer les seuils de revenus et le montant de la réduction de cotisations. D'après l'étude d'impact, le taux de cotisation serait nul, au lieu de 2,25 % actuellement, pour les revenus inférieurs à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale (43 150 euros en 2017) et progresserait au-delà pour atteindre 3,10 %, contre 5,25 % actuellement, pour les revenus à partir de 140 % du PASS (54 919 euros en 2017).

Il renforce la progressivité de la cotisation maladie qui passe de 1,5 % à 6,5 % pour les revenus à partir de 110 % du PASS, ces taux étant actuellement de 3 % à 6,5 % pour les revenus à partir de 70 % du PASS (27 459 euros en 2017).

75 % des travailleurs indépendants, dont les revenus sont inférieurs à 110 % du PASS bénéficieront d'un gain net avec cette mesure, les autres se voyant compenser l'augmentation de la CSG.

Les mêmes réductions s'appliquent aux exploitants agricoles. Pour la cotisation maladie, la réduction sous plafond se substitue à la réduction de 7 points de la cotisation maladie non-plafonnée mise en place en 2016 et dont l'étude d'impact souligne qu'elle bénéficie pour 50 % de son montant aux 15 % des exploitants agricoles dont les revenus sont les plus élevés.

L'étude d'impact précise également que les taux forfaitaires de cotisations des micro-entrepreneurs seront ajustés pour tenir compte de ces évolutions. Ces taux passeraient de 13,1 % à 12,8 % pour les activités de vente, de 22,7 % à 21,6 % pour les prestations de services et de 22,5 % à 21,3 % pour les activités libérales.

Pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, dont les cotisations maladie et famille sont d'ores et déjà prises en charge par l'assurance maladie, l'étude d'impact précise que l'assurance maladie pourrait prendre en charge une partie de leurs cotisations d'assurance vieillesse de base afin de compenser la hausse de la CSG.

Le coût de la mesure de baisse des cotisations des travailleurs indépendants est évalué à 2,3 milliards d'euros.

Un impact financier théorique global de 15,5 milliards d'euros en 2018 pour la sécurité sociale

Le présent article révise certaines clés d'affectation de CSG entre branches et FSV : la branche maladie se voit attribuer la totalité des augmentations de taux sur les assiettes dont elle est attributaire (activité, remplacement et jeux) tandis que le FSV perçoit l'intégralité du produit de la hausse des taux sur les revenus du capital.

La Cades, actuellement attributaire d'une part du produit de chaque assiette, ne reçoit aucune recette supplémentaire.

Au total, le présent article se traduit, avec les baisses de cotisations pour les travailleurs indépendants, par une recette supplémentaire de 15,5 milliards d'euros en 2018 pour l'ensemble régime général et FSV, dont 15,1 milliards d'euros pour la branche maladie, - 1,5 milliard d'euros pour la branche famille et 2 milliards d'euros pour le FSV.

Évolution des affectations de CSG par assiette et par branche

	avant mesure	après mesure
Maladie		
Activité	6,05	7,75
Chômage et IJ	4,75	4,75
Retraites et invalidité	5,15	6,85
Jeux	5,75	7,45
Famille		
Activité	0,85	0,85
Retraites et invalidité	0,85	0,85
Jeux	0,85	0,85
FSV		
Capital	7,60	9,30
Cades		
Activité	0,60	0,60
Remplacement	0,60	0,60
Capital	0,60	0,60
Jeux	0,30	0,30

Source : PJL et rapport CCSS

L'étude d'impact précise toutefois que « *ces impacts font l'objet d'une neutralisation dans le cadre des transferts entre branches de sécurité sociale* » prévus par l'article 18 du projet de loi.

Le VI du présent article précise, quant à lui, que « *par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à compensation intégrale du budget de l'État* ».

Un financement de l'assurance chômage par l'Acoss et, le cas échéant, par les branches du régime général de sécurité sociale

Le IV du présent article prévoit une « prise en charge » par l'Acoss de la part salariale des contributions d'assurance chômage.

Cette prise en charge intervient en deux temps :

- du 1^{er} janvier au 30 septembre à hauteur de 1,45 point ;
- à hauteur de 2,4 points, soit la totalité de la part salariale des cotisations, à compter du 1^{er} octobre.

Pour 2018, cette prise en charge intervient à l'euro en fonction des contributions salariales effectivement dues.

Pour assurer cette mission nouvelle, l'Acoss se voit affecter une part de TVA nette pour un montant de 9,4 milliards d'euros.

L'Acoss n'ayant pas de ressources en propre, le dernier alinéa du V précise que « *les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'Agence (l'Acoss) au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction de leurs soldes prévisionnels* ».

Si la recette de TVA affectée à l'Acoss se révélait insuffisante, les différentes branches seraient mises à contribution pour le financement de l'assurance chômage, ce qui constitue une novation importante avec l'instauration de relations financières entre la sécurité sociale et l'assurance chômage, laquelle n'entre pourtant pas dans le champ du PLFSS.

Ainsi qu'il a été indiqué à votre commission, ce flux financier pourrait également intervenir en sens inverse si la recette de TVA affectée à l'Acoss excédait les besoins de la couverture de l'exonération.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté douze amendements à cet article, dont dix rédactionnels ou de coordination, à l'initiative d'Olivier Véran.

A l'initiative du Gouvernement, elle a adopté deux amendements tendant, d'une part, à préciser les modalités de la hausse du taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et, d'autre part, à modifier le circuit de recouvrement prévu par le présent article pour les contributions d'assurance chômage qui ne sont pas recouvrées par l'Acoss.

Le premier amendement du Gouvernement précise les dispositions du III du présent article, applicable aux conditions d'entrée en vigueur. Les conditions d'entrée en vigueur sont inchangées pour les revenus d'activité, les revenus de remplacement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux : les dispositions s'appliquent au titre des périodes intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Pour les revenus du patrimoine, l'article s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2017.

Pour les produits de placement, l'article s'applique aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Pour les produits de placement, une disposition garantit que les gains acquis ou constatés avant le 1^{er} janvier 2018 pour certains produits d'épargne (plans d'épargne en actions, et épargne salariale), continuent à se voir appliquer des taux dits « historiques », c'est-à-dire le taux applicable au moment de la constatation du gain.

Des dispositions sont également introduites afin de garantir une stabilité des prélèvements à des gains acquis après le 1^{er} janvier 2018 dans le cadre de dispositifs pour lesquels cette stabilité était garantie pendant une certaine période.

III - La position de la commission

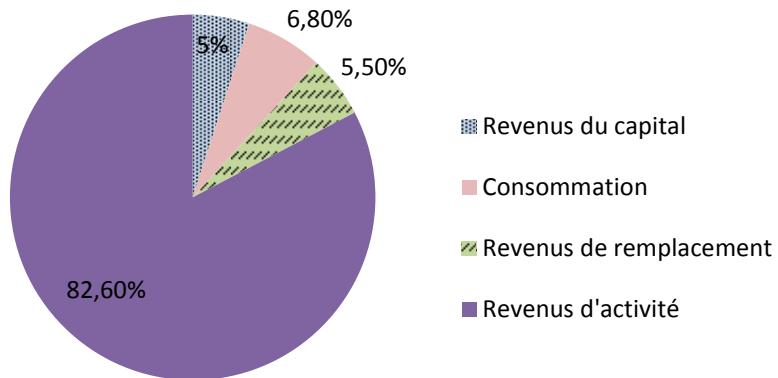
Sur le fondement de l'étude d'impact, votre commission s'est interrogée sur les objectifs poursuivis par cet article, lesquels sont a priori pluriels.

Une baisse du coût du travail ?

Dans la fiche d'évaluation associée au présent article, le Gouvernement met en exergue la prépondérance des prélèvements assis sur le travail dans le financement de la sécurité sociale et que le présent article aurait vocation à corriger.

Il souligne les effets de cette structure en termes de coût horaire moyen par heure travaillée : 35,6 euros en 2016 en France, contre 29,8 euros en moyenne dans la zone euro et 33 euros en Allemagne. La mesure portée par le présent article poursuivrait donc un objectif de baisse du coût du travail par la diversification des recettes de la sécurité sociale.

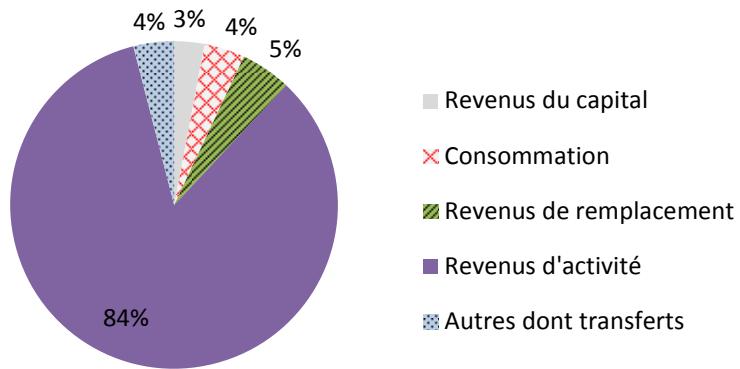
Structure des recettes du régime général en 2016



Source : Annexe 10 PLFSS 2018

De fait, les effets de la mesure sur le coût du travail sont limités par la part de la CSG sur les revenus d'activité dans le produit total qui est de 70 %.

Structure des recettes du régime général en 2018 après transferts



À court terme, les salaires étant exprimés en brut, la suppression des cotisations salariales ne semble pas avoir d'effet sur le coût du travail.

Une plus forte contribution des revenus du capital et une diversification des ressources de la sécurité sociale ?

L'exposé des motifs de l'article évoque une « *juste contributivité des revenus du capital* », les prélèvements sociaux sur les revenus du capital progressent effectivement de 1,7 point avec l'augmentation de la CSG pour atteindre 17,2 %.

L'effet de cette augmentation pour la structure des recettes de la sécurité sociale doit cependant être relativisé par le transfert à l'État, prévu à l'article 18 du présent projet de loi, du produit du prélèvement de solidarité prévu à l'article 1600-0 S du code général des impôts et dont le taux est de 2 %. D'un montant de 2,6 milliards d'euros, il est affecté, depuis la LFSS pour 2016, au fonds de solidarité vieillesse.

En 2018, la part des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine dans les recettes de la sécurité sociale devrait donc être inférieure à ce qu'elle était en 2017.

Plus largement, la mise en place, en loi de finances pour 2018, du prélèvement forfaitaire unique sur les revenus du capital de 30 %, dont 17,2 % de prélèvements sociaux et 12,8 % d'impôt sur le revenu, devrait se traduire par un allègement global de la charge fiscale sur ces revenus. L'étude d'impact de l'article 7 le confirme en ces termes : « *Compte-tenu de ce contexte général, l'augmentation du taux de la CSG n'engendrera pas de hausse des prélèvements obligatoires dus par les titulaires de ce type de revenus* ».

Globalement, l'augmentation de la CSG ne devrait donc pas se traduire par une plus forte contributivité des revenus du capital.

Via les modes de compensation choisis, elle se traduit en revanche par une complexité accrue et, partant, une lisibilité moindre des flux de financement de la sécurité sociale.

La mesure CSG et ses contreparties

Mesure CSG		Contrepartie champ régime général	
Activité	15,9	Suppression de la cotisation salariale maladie	4,7
Capital	2	Baisses de cotisations pour les exploitants agricoles	0,4
Remplacement	4,5	Baisses de cotisations pour les travailleurs indépendants	2,3
Jeux	0,1	Total RG	7,4
		Contrepartie champ ASSO	
		Suppression progressive de la contribution salariale chômage	9,4
		Total ASSO hors RG	9,4
		Contrepartie champ État	
		Compensations fonction publique	0,6
		Prélèvement forfaitaire unique	2
		Taxe d'habitation	3
		Total État	5,6
Total hausse de la CSC	22,5		TOTAL 22,4

Source : Commission des affaires sociales d'après PJL

Les modes de compensation sont complexes : l'assurance maladie devra ainsi prendre en charge une partie des cotisations de retraite des praticiens et auxiliaires médicaux. Ils ne sont pas tous connus à la date du dépôt du projet de loi, s'agissant notamment des fonctionnaires, des personnes âgées résidant en Ehpad, des artistes auteurs ou encore des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Une part du surcroît de recettes de CSG, jusqu'alors recette exclusive de la sécurité sociale est dirigée, après « transformation » en TVA, vers l'assurance chômage, située hors champ du PLFSS et dont le caractère assurantiel se trouve fortement amoindri par l'exonération d'une partie des contributions et un financement par l'impôt.

L'autre part du surcroît de recettes est fléchée vers l'État, bénéficiaire *in fine* de la mesure.

En matière de financement de la sécurité sociale, la lisibilité des prélèvements contribue à leur légitimité aux yeux de ceux qui les consentent.

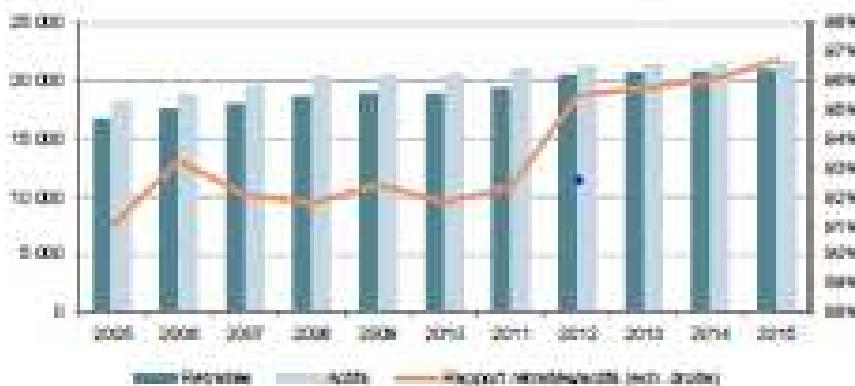
De ce point de vue, la contribution du présent article est loin d'être évidente d'autant qu'elle se double d'une incertitude *in fine* sur le solde des différentes branches, objet même du PLFSS, l'équilibrage par les branches de à l'Acoss pour la prise en charge de la part salariale des contributions d'assurance chômage devant se faire en fonction de leurs soldes prévisionnels.

Une contribution des revenus de remplacement

L'exposé des motifs du présent article évoque l'objectif de « *soutenir le pouvoir d'achat des actifs grâce à la solidarité intergénérationnelle* ». Elle s'inscrit, aux termes de l'étude d'impact, dans une logique de « *rééquilibrage des efforts contributifs entre actifs et inactifs* », le niveau de vie moyen des retraités étant supérieur à celui des actifs qu'il s'agisse, depuis 2010, des femmes comme des hommes.

Les niveaux de vie médians sont également très proches : si l'on rapporte le niveau de vie médian par unité de consommation des retraités à celui des actifs, le ratio est de 96,7 % en 2015. Il s'explique notamment par la part des revenus du patrimoine dans le revenu global et par la taille plus réduite des ménages dont la personne de référence est retraitée.

**Niveau de vie médian des retraités
par rapport aux actifs (euros courants)**



Source : INSEE – DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête sur les revenus fiscaux et sociaux, enquête Patrimoine.

L'exonération et le taux réduit applicables aux revenus de remplacement, qui concernent 40 % des retraités, ne sont pas remis en cause par le présent article.

Il faut rappeler que, lors de la création de la CSG, un taux unique de 1,1 % s'appliquait pour l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement ou du capital, sous réserve d'une exemption d'assiette pour les retraités à bas revenus, dont le seuil était alors celui de l'assujettissement à la taxe d'habitation.

Le taux réduit a fait son apparition en 1997 et le taux normal a « décroché » de celui appliqué aux actifs à partir de 1998 lors du passage de ce taux à 7,5 %.

Évolution des prélèvements sociaux sur les pensions de retraite

	Cotisation d'assurance maladie		CSG		Casa	Crds
	base	complémentaire	Taux normal	Taux réduit		
1982	1,0 %	1,0 %				
1988	1,4 %	2,4 %				
1991	1,4 %	2,4 %	1,1 %			
1993	1,4 %	2,4 %	2,4 %			
1996	2,6 %	3,6 %	2,4 %			0,5 %
1997	2,8 %	3,8 %	3,4 %	1,0 %		0,5 %
1998		1,0 %	6,2 %	3,8 %		0,5 %
2004		1,0 %	6,6 %	3,8 %		0,5 %
2013		1,0 %	6,6 %	3,8 %	0,3 %	0,5 %
2018		1,0 %	8,3 %	3,8 %	0,3 %	0,5 %

Source : Commission des affaires sociales

L'augmentation de la CSG applicable aux pensions de retraite de 1,7 point augmente l'effet de seuil (+ 4,5 points) déjà très important lors du passage du taux réduit au taux normal et laisse subsister un différentiel pour un même niveau de revenus entre actifs et retraités.

Le différentiel entre le taux normal applicable aux retraités et celui applicable aux actifs représente 2,34 milliards d'euros, un montant qu'il serait intéressant de rapprocher du rendement net de la mesure portée par le présent article après suppression d'une partie de la taxe d'habitation et mise en œuvre du prélèvement forfaitaire unique.

Faute d'informations disponibles, votre rapporteur général n'est pas en mesure de préciser les effets de la mesure CSG pour les retraités, pas plus d'ailleurs que pour les autres catégories, nets de l'ensemble des mesures portées par le projet de loi de finances alors même que le Gouvernement incite, ce qui est effectivement pertinent, à considérer ces mesures dans un même ensemble.

En tout état de cause, les retraités sont les seuls pour lesquels l'absence de compensation est reconnue, et même assumée comme un objectif.

Un gain de pouvoir d'achat pour les actifs?

La hausse de la CSG et la diminution d'une partie des cotisations salariales se traduirait par un gain de pouvoir d'achat de 3 milliards d'euros pour les salariés et de 180 millions d'euros pour les travailleurs indépendants en 2018.

Évoquant l'impact économique de la mesure, l'étude d'impact indique que la baisse des cotisations sociales, pour un montant supérieur à celui de la hausse de la CSG, « va entraîner un ajustement à la baisse des salaires bruts, et donc une baisse du coût du travail ».

À terme, il n'y a effectivement pas de distinction à caractère économique entre les cotisations salariales et les cotisations patronales qui entrent toutes deux dans le coin socio-fiscal. Le maintien du gain de pouvoir d'achat pour les salariés dépendra donc de la capacité de négociation des salaires entre salariés et employeurs.

Une mesure de justice sociale ?

La mesure est présentée par l'étude d'impact comme « créant une redistribution entre cadres et non-cadres », ces derniers étant moins concernés par des accessoires de rémunération (épargne salariale, protection sociale complémentaire...) qui sont assujettis à la CSG mais pas à cotisations sociales et ne bénéficient pas de l'abattement d'assiette de CSG de 1,75 % pour frais professionnels, cet abattement étant de surcroît plafonné pour les revenus excédant quatre plafonds de la sécurité sociale.

Cet aspect n'est cependant pas détaillé par l'étude d'impact.

Au total, il semble à votre commission que le déplacement de plus de 2 milliards de prélèvements obligatoires avec pour seul effet de restituer 3 milliards d'euros aux salariés, et pour effet indirect de rétrocéder des recettes à l'État, constitue une opération complexe dont les effets de bord ne semblent pas entièrement maîtrisés, ni même identifiés.

Il lui semble en tout état de cause injuste de faire peser le gain de pouvoir d'achat des actifs aux seuls retraités.

Elle vous propose par conséquent de supprimer l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions et elle a adopté un amendement dans ce sens, ainsi qu'un amendement rédactionnel et de coordination.

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

CHAPITRE 2

Dispositions relatives à l'emploi et aux entrepreneurs

Article 8

*(art. L. 241-2-1 [nouveau], art. L. 241-13, art. L. 243-6-1,
art. L. 243-6-2, art. L. 243-6-3, art. L. 243-6-6 à L. 243-6-8 [nouveaux] et L. 243-7
du code de la sécurité sociale, art. L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime)*

Réduction de cotisation maladie et renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE et du CITS

Objet : Cet article prévoit, en 2019, une réduction de la cotisation maladie, procède à un élargissement du champ des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire et d'assurance chômage et harmonise le traitement des allègements généraux par les organismes de recouvrement et les institutions de prévoyance.

I - Le dispositif proposé

Le présent article tire les conséquences d'un engagement pris par le Président de la République de transformer le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en baisse de cotisations. Ces deux crédits d'impôts sont supprimés, respectivement, par les articles 42 et 43 du projet de loi de finances.

Mis en place par la dernière loi de finances rectificative pour 2012¹, le CICE faisait suite à la remise du rapport Gallois qui avait mis en évidence

¹ Article 66 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012, codifié à l'article 244 quater C du code général des impôts.

une dégradation préoccupante de la compétitivité française et la faiblesse du taux de marge des entreprises comme frein à l'investissement.

Ce crédit d'impôt sur les sociétés ou, le cas échéant, sur l'impôt sur le revenu, présentait alors deux avantages principaux. Il n'impactait pas immédiatement les finances publiques à concurrence des droits constatés, même si un système de préfinancement, auprès des banques ou de la BPI, a été mis en place. Il permettait également d'alléger de fait des cotisations qui n'entraient pas dans le champ des allègements généraux en raison de leur caractère assurantiel (accidents du travail et maladies professionnelles) et/ou du financement de régimes à gestion paritaire (assurance chômage et retraites complémentaires), sans nécessité de mettre en place des mécanismes de compensation.

Le taux du CICE a été initialement fixé à 4 % des rémunérations soumises à cotisations sociales n'excédant pas 2,5 Smic en 2013, à 6 % pour les années 2014 à 2016, à 7 % pour 2017 avant d'être ramené à 6 % pour 2018, dernière année d'application, par le projet de loi de finances pour 2018.

À la différence des allègements généraux, le CICE n'était pas conçu comme un instrument de la politique de l'emploi réduisant le coût du travail au voisinage du Smic mais, compte-tenu de son point de sortie à 2,5 Smic, comme un outil du renforcement de la compétitivité en augmentant le taux de marge du secteur industriel où les salaires sont plus élevés.

Ce dispositif, complété par les mesures du pacte de responsabilité, a produit ses effets, le taux de marge des entreprises ayant progressé de deux points entre 2013 et 2016 pour s'établir à 31,9 %. Pour ce qui concerne l'industrie manufacturière, le coût de l'heure travaillée proche en 2012 en France et en Allemagne, est désormais inférieur en France à 38,88 euros contre 41,12 euros en Allemagne. Le CICE bénéficie pour près de 19 % à l'industrie. D'après l'étude d'impact, son coût est de 23,3 milliards d'euros.

Un temps décrié pour sa complexité, de fait assez transparente pour les entreprises, ce dispositif est désormais plutôt installé dans le paysage des mesures d'allègements des charges sociales et fiscales des entreprises. D'emblée, sa conversion en allègements de cotisations, plus visible en termes de coût du travail, avait été envisagée.

Mis en place plus tardivement, par la loi de finances pour 2017¹, au bénéfice des organismes non lucratifs définis à l'article 1679 A du code général des impôts (associations, fondations reconnues d'utilité publique...) qui ne sont pas éligibles au CICE, le CITS représente une réduction de la taxe sur les salaires de 4 % des rémunérations soumises à cotisations jusqu'à 2,5 Smic. Le coût de cette mesure, qui n'est pas compensée à la sécurité sociale, est de 600 millions d'euros.

¹ Article 88 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016, codifié à l'article 231 A du code général des impôts.

Une réduction de six points du taux de cotisation maladie jusqu'à 2,5 Smic

Le 1^o de l'article prévoit une réduction de six points de la cotisation d'assurance maladie pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ des allègements généraux de cotisations.

Sont concernés :

- les employeurs tenus de cotiser au régime d'assurance chômage ;
- les entreprises publiques ;
- 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 ;
- les employeurs des régimes spéciaux des marins, des mines, et des clercs et employés de notaires.

Ne sont pas concernés les employeurs publics ou d'autres régimes spéciaux ainsi que les particuliers employeurs, sauf dans les départements d'outre-mer.

Le taux de la cotisation maladie, porté à 12,89 % au 1^{er} janvier 2017, et qui devrait être augmenté au 1^{er} janvier 2018 serait donc uniformément de 6,98 % pour les salaires compris entre 1 et 2,5 Smic. Cette réduction est rédigée dans les mêmes termes que la réduction de 1,8 point de cotisation famille mise en place par le pacte de responsabilité pour les salaires allant jusqu'à 3,5 Smic.

La perte de recettes pour la sécurité sociale liée à cette mesure est évaluée à **21,6 milliards d'euros** par l'étude d'impact associée au présent article. La réduction forfaitaire de cotisation famille représente 6,5 milliards d'euros. Le montant du CICE est évalué, sur le champ Acoss, à 19,3 milliards d'euros en 2018, au taux de 6 %, contre 23,3 en 2017 au taux de 7 % ; celui du CITS devrait être de 600 millions d'euros en 2018, comme en 2017.

La réduction du taux de cotisations se traduira par une augmentation du bénéfice des entreprises et, partant, par une augmentation du montant acquitté au titre de l'impôt sur les sociétés qui est évaluée à 5 milliards d'euros. La baisse programmée du taux de l'impôt sur les sociétés devrait permettre de compenser cet effet « retour » à l'horizon 2022.

L'approfondissement des allègements généraux de cotisations

Dans le cadre du pacte de responsabilité, la loi de financement rectificative pour 2014 a procédé à un premier élargissement du champ des prélèvements concernés par les allègements généraux de cotisations au-delà des cotisations maladie, vieillesse et famille, avec l'objectif symbolique de parvenir à zéro charges « Urssaf » au niveau du Smic.

Ces allègements, dégressifs pour les rémunérations jusqu'à 1,6 Smic, concernent également :

- les cotisations AT-MP si c'est nécessaire pour atteindre le coefficient d'allègement et dans la limite maximale du taux mutualisé, payé par les entreprises n'ayant déclaré aucun sinistre ;

- la contribution au fonds national d'aide au logement (FNAL), dont le taux varie de 0,1 à 0,5 % en fonction de l'effectif des entreprises ;

- la contribution de solidarité autonomie, au taux de 0,3 %.

Le taux maximum d'allègement est en conséquence de 28,09 % ou de 28,49 % selon que l'entreprise compte moins ou plus de 20 salariés.

Le présent article élargit une nouvelle fois le champ des allègements généraux de cotisations pour y inclure les cotisations aux régimes d'assurance à gestion paritaire :

- les cotisations patronales dues au titre des régimes de retraite complémentaire (Arrco et Agff) ;

- les contributions patronales d'assurance chômage.

Cet élargissement se traduit par une augmentation de l'allègement de près de 10 points (9,85), qui se cumule avec la réduction de cotisation maladie.

Compte-tenu des modifications intervenues, par ailleurs, sur les taux de cotisations (« swap » entre les branches AT-MP et maladie, suppression de la cotisation pénibilité, contribution temporaire d'assurance chômage), le coefficient maximum des allègements généraux serait porté à 32,53 %.

**Cotisations et prélèvements sous plafond (en % du salaire brut)
des entreprises de plus de 20 salariés au 1^{er} octobre 2017 et en prévision
au 1^{er} janvier 2019 (aux taux annoncés pour 2018)**

Prélèvements	2017	2019
Famille	3,45 %	3,45 %
Vieillesse	10,45 %	10,45 %
Maladie	12,89 %	6,98 % ¹
AT-MP	2,73 % ²	2,67 % ³
Fnal	0,50 %	0,50 %
CSA	0,30 %	0,30 %
Agirc/Arrco	4,65 %	4,65 %
AGFF	1,20 %	1,20 %
Chômage	4,05 %	4,05 % ⁴
Construction	0,45 %	0,45 %
Formation	1,00 %	1,00 %
Apprentissage	0,68 %	0,68 %
Transport	2,00 %	2,00 %
AGS	0,20 %	0,15 %
Dialogue social	0,016 %	0,016 %
Pénibilité	0,01 %	-
Total éligible aux allègements généraux	28,49 %	32,56 %
Total hors allègements	14,26 %	6,02 %
Total	44,58 %	38,55 %

Source : Commission des affaires sociales d'après Insee et étude d'impact

Les prélèvements résiduels qui n'entrent pas dans le champ des allègements généraux sont variables selon les effectifs, la localisation de l'entreprise ainsi que du taux AT-MP qui lui est applicable. Pour les entreprises de moins de 11 salariés, qui ne sont pas redevables du versement transport, ni de la participation à l'effort de construction et acquittent une contribution formation de 0,55 %, les prélèvements résiduels seraient, selon l'étude d'impact, inférieurs à 1,4 %, aux taux de 2017.

La contribution temporaire d'assurance chômage de 0,05 % n'entre pas dans le champ des allègements généraux.

¹ Après transfert de taux de 0,09 point depuis la branche AT-MP et réduction de 6 points.

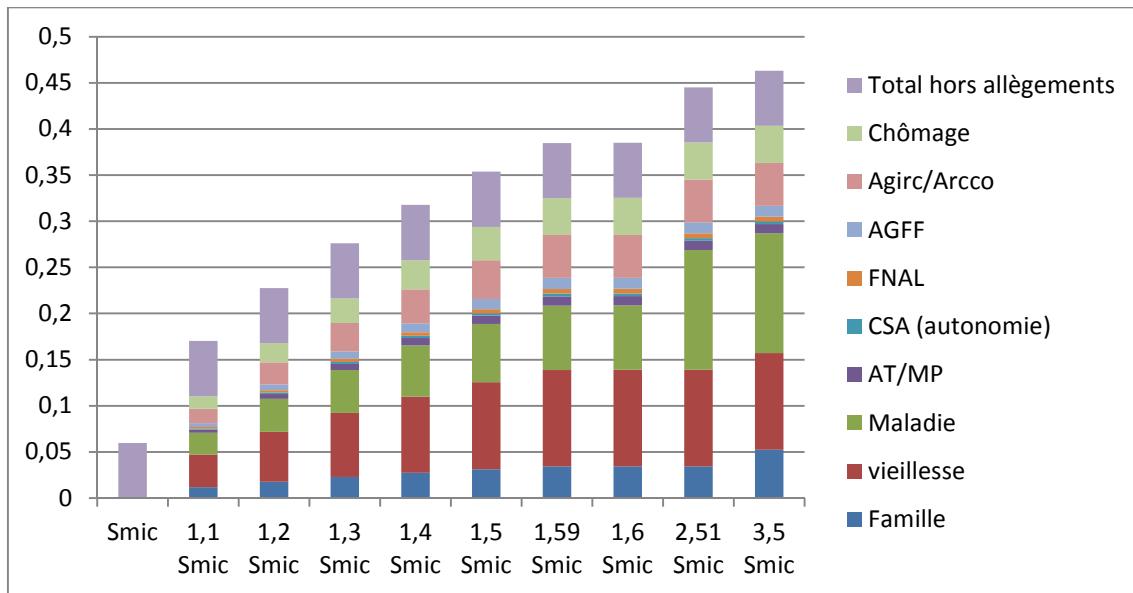
² Taux net moyen notifié en 2017 pour la tarification mixte (entreprises de 20 à 149 salariés). Les entreprises de moins de 20 salariés sont soumises à la tarification collective dont le taux moyen notifié était de 2,04 %, tandis que les entreprises de plus de 150 salariés sont concernées par la tarification individuelle dont le taux moyen notifié était de 2 %. Les allègements généraux ne s'appliquent que dans la limite de 1 % sur la fraction mutualisée du taux de cotisation non liée à la sinistralité propre des entreprises et qui représente 0,9 point en 2017.

³ Après transfert de taux de 0,09 point à la branche maladie.

⁴ Dont 0,05 point de majoration temporaire jusqu'au 31 mars 2019 non éligible aux allègements généraux.

Cumulés à la réduction de cotisation maladie jusqu'à 2,5 Smic et à la réduction de la cotisation famille, les allègements généraux conduiraient à une progressivité des cotisations sous plafond selon le profil suivant, pour une entreprise de plus de 20 salariés, dans la moyenne des taux de cotisations AT-MP et versement transport :

Évolution des prélèvements patronaux en fonction du salaire après mesure



Source : Commission des affaires sociales

Pour les employeurs et les salariés bénéficiant d'un abattement d'assiette au titre de frais professionnels, notamment de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), le présent article prévoit que les rémunérations prises en compte pour l'application des allègements généraux seront fixées par un arrêté ministériel. Le calibrage du coefficient d'allègement tiendrait compte de l'abattement d'assiette pour maintenir constant l'avantage de la DFS, sans l'amplifier.

Actuellement, les conditions d'application des allègements généraux sont identiques et s'appliquent à une assiette abattue, ce qui conduit de fait à les appliquer à des rémunérations situées au-delà du seuil de sortie de 1,6 Smic. L'abattement d'assiette au titre de la DFS représente 1,1 milliard d'euros de perte de recettes à laquelle s'ajoute 620 millions d'euros au titre des allègements généraux.

Le présent article supprime le caractère subsidiaire de l'imputation des allègements généraux sur les cotisations AT-MP. Les dispositions de l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale aux termes desquelles les allègements généraux peuvent s'imputer sur ces cotisations « *sans pouvoir excéder un taux fixé par arrêté ministériel dans la limite du taux applicable à une entreprise où aucun accident du travail ou maladie professionnelle n'est jamais survenu* », reste cependant applicable.

Le coût des allègements généraux de cotisations est actuellement de 21,8 milliards d'euros. Le présent article en augmenterait le coût de 3,3 milliards d'euros.

L'étude d'impact du présent article indique que d'autres dispositifs devront être reconsidérés à la lumière de l'approfondissement des allègements généraux, combinés à la réduction de la cotisation maladie. Sont notamment cités : les exonérations zonées (ZRR, ZRD, BER), l'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles, les exonérations applicables aux structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires et chantiers d'insertion), l'exonération applicable aux contrats uniques d'insertion sous forme de contrats d'accompagnement dans l'emploi et les exonérations applicables outre-mer.

Une harmonisation des règles relatives au recouvrement

L'élargissement du champ des allègements généraux de cotisations aux régimes à gestion paritaire, singulièrement pour les régimes de retraite complémentaire dont les cotisations sont recouvrées par des groupes de protection sociale et non par le réseau des Urssaf, rend nécessaire une harmonisation des règles relatives au recouvrement entre les deux réseaux, dans la mesure où les Urssaf sont amenées, dans le cadre du contrôle comptable d'assiette, à vérifier la correcte application des règles relatives aux allègements de cotisations.

Le 3° du présent article complète les dispositions relatives aux droits des cotisants.

Il complète l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la procédure d'arbitrage de l'Acoss en cas de positions divergentes des organismes du recouvrement concernant plusieurs établissements d'un même cotisant, pour prévoir un dispositif comparable en cas d'interprétations contradictoires entre les organismes du recouvrement et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire chargées d'assurer le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire. Cette procédure d'arbitrage concerne l'application des règles relatives aux allègements généraux de cotisations ou « tout point de droit » dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur ces allègements.

L'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale permet aux cotisants de se prévaloir d'une interprétation d'un texte par l'administration dans une circulaire ou une instruction régulièrement publiée, sans que les organismes du recouvrement ne puissent lui notifier un redressement qui serait fondé sur une interprétation différente des textes.

Cette opposabilité est étendue par le présent article aux demandes de rectification qui valent pour l'avenir et elle est élargie aux fédérations d'institutions de retraite complémentaire pour ce qui concerne l'application des allègements généraux ou tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur ces allègements.

L'article L. 243-6-2 est complété par un alinéa prévoyant la mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'un site internet présentant l'ensemble des instructions et circulaires relatives aux allègements de cotisations.

L'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale prévoit une procédure de rescrit social auprès des organismes de recouvrement prévoyant qu'ils se prononcent sur toute demande « *posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes* ». La décision prise dans ce cadre est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes de recouvrement. Le présent article étend le champ de l'opposabilité des décisions prises dans le cadre du rescrit social en prévoyant que les décisions prises par les organismes de recouvrement saisis d'une demande sont opposables aux institutions du réseau du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire lorsqu'elles portent sur les allègements de cotisations ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur ces allègements en matière de cotisations de retraite complémentaire.

Le présent article insère un article L. 243-6-6 nouveau qui va au-delà du champ des allègements de cotisations et concerne potentiellement l'ensemble des cotisations de retraite complémentaire. Il prévoit, dans un premier temps, la communication aux organismes chargés de recouvrer ces cotisations de la réponse apportée par les Urssaf à la demande d'un cotisant de bénéficiar d'un échéancier de paiement. Il renvoie ensuite à un décret pour préciser les conditions dans lesquelles les échéanciers de paiement accordés aux cotisants par les organismes de recouvrement emportent également l'application d'un échéancier similaire aux cotisations de retraite complémentaire. Cette application automatique évite à un cotisant de formuler une demande d'échéancier de paiement spécifique pour ses cotisations de retraite complémentaire mais elle n'est pas réciproque. Elle limite par conséquent l'intérêt pour un cotisant de formuler une demande auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire. Le dernier alinéa de cet article L. 243-6-6 donne mandat aux organismes de recouvrement pour statuer sur les créances des organismes de retraite complémentaire lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics. Là encore, cette disposition va bien au-delà de la question des allègements généraux, pour concerner l'ensemble des cotisations de retraite complémentaire.

Le présent article insère également un article L. 234-6-7 nouveau qui prévoit la conclusion d'une convention entre un représentant des institutions de retraite complémentaire et l'Acoss.

Cette convention prévoit une coordination entre ses signataires sur les informations délivrées aux employeurs sur les allègements de cotisations de retraite complémentaire, sur les modalités de contrôle des déclarations sociales nominatives pour ce qui concerne les allègements portant sur les cotisations de retraite complémentaire ainsi que sur les modalités de traitement des demandes et réclamations des cotisants. Cet article prévoit également l'utilisation des données d'un répertoire commun des entreprises cotisantes.

Le 8° du présent article complète l'article L. 243-7 relatif au contrôle par les organismes de recouvrement.

En application de cet article, « *les organismes chargés du recouvrement sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées aux régimes de retraite complémentaires obligatoires* ». Cette disposition, qui suppose une charge supplémentaire pour les Urssaf car les règles d'assiette sont différentes, n'a toutefois pas été mise en œuvre 10 ans plus tard en l'absence d'accord entre l'Acoss et l'Agirc Arcco ni de moyens supplémentaires affectés à cette mission au sein des Urssaf. Elle a été relancée récemment, sous forme d'expérimentation.

Les dispositions du présent article convergent vers une mise en place effective de cette disposition. Il prévoit qu'une unicité des procédures de contrôle est garantie aux entreprises, précision qui ne se semble pas forcément nécessaire puisque le code prévoit, d'ores et déjà, que les Urssaf agissent « dans le cadre de leurs contrôles » et qu'il ne s'agit donc pas de mettre en œuvre des procédures spécifiques en fonction de la nature ou de l'affectataire des cotisations contrôlées.

Une préfiguration des modalités de compensation

Le II du présent article définit les modalités de la compensation à l'assurance chômage et aux régimes de retraite complémentaire de l'élargissement du champ des allègements généraux à une partie des cotisations et contributions qui assurent actuellement leur financement.

Le mécanisme décrit est proche de celui prévu à l'article 7 du présent projet de loi pour assurer la compensation à l'Unédic de l'exonération de la part salariale des contributions d'assurance chômage.

Il est prévu que l'Acoss prenne en charge le montant correspondant aux allègements en le versant directement à l'Unédic pour laquelle les Urssaf assure le recouvrement des contributions ou en le versant sur justificatifs aux régimes de retraite complémentaire.

Pour les contributions d'assurance chômage qui ne sont pas recouvrées par les Urssaf mais par les caisses de la mutualité sociale agricole pour les salariés agricoles, par Pôle emploi pour les intermittents du spectacle ou par le Gus (guichet unique du spectacle occasionnel), l'Acoss reversera les montants correspondants à l'Unédic, sur la base des montants qui lui auront été notifiés par ces organismes.

Formellement, les régimes percevront donc des cotisations ou contributions, ce qui est conforme à leur vocation assurantielle. Une recette devrait être affectée à l'Acoss, à hauteur de 6,5 milliards d'euros, afin de lui permettre d'assurer cette mission.

Comme à l'article 7, il est précisé que les branches du régime général assurent l'équilibre financier de l'Acoss au titre de cette mission de compensation, ce qui institue une forme de porosité financière asymétrique entre le régime général et les régimes à gestion paritaire.

Ainsi que le précise l'exposé des motifs, « *le dispositif de compensation ainsi proposé correspond à une hypothèse de travail qui ne préempte pas les concertations à venir* », le schéma finalement retenu, qui sera issu des concertations prévues au cours de l'année 2018, pourrait être très différent. Le schéma de compensation prévu par le présent article a cependant la faveur des organismes à gestion paritaire, en ce qu'il est plus protecteur de leurs ressources en garantissant la dynamique de leur compensation. *In fine*, les branches garantissant l'équilibre du régime, ce sont des recettes proches de l'évolution de la masse salariale qui sont affectées à la compensation. L'affectation d'une recette déconnectée de la masse salariale ou une compensation budgétaire pourrait conduire à des évolutions divergentes.

Le IV du présent article prévoit une entrée en vigueur pour les cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative l'Olivier Véran, l'Assemblée nationale a adopté sept amendements rédactionnels ou de coordination à cet article.

III - La position de la commission

Le présent article constitue une occasion sans précédent de modifier la structure de financement de la protection sociale au profit d'une part plus importante de la fiscalité et au détriment des cotisations sociales qui pèsent sur le travail et nuisent de ce fait à l'emploi et à la compétitivité des entreprises.

Compte-tenu des masses financières considérées, 3,3 milliards d'euros d'approfondissement des allègements généraux, 21,6 milliards d'euros au titre de la réduction de la cotisation maladie auxquels s'ajouteront, en 2019, 22,8 milliards d'euros de créances de CICE¹, l'effort consenti en faveur des entreprises est considérable.

¹ En comptabilité nationale la dépense est rattachée à l'exercice 2019 mais ces décaissements peuvent s'étaler sur quatre années, les dernières créances dues au titre du CICE acquises en 2018 seront payées en 2022.

Il se conjugue à d'autres mesures de baisse de la fiscalité que sont la réduction sur 5 ans du taux normal de l'impôt sur les sociétés de 33,3 % à 25 % en 2022, soit une perte de recettes à terme pour l'État de 4,1 milliards d'euros par an et la suppression de la contribution additionnelle à l'impôt sur les sociétés de 3 % sur les revenus distribués qui représente 1,9 milliard d'euros, soit un total de 6 milliards d'euros à l'échéance 2022.

Ces mesures compenseront à terme la baisse de 3,1 milliards d'euros du montant du CICE correspondant à la baisse de son taux de 7 à 6 % entre 2017 et 2018 et l'effet retour de 5 milliards d'euros en 2019 lié à l'augmentation de l'impôt sur les sociétés sous l'effet de la baisse des cotisations sociales.

Pour les entités bénéficiaires du CITS, le Gouvernement indique que les allègements de cotisations représenteront 1,4 milliard d'euros contre 600 millions d'euros pour le CITS, soit un gain net de 800 millions d'euros.

Cet article marque des choix forts de concentration des allègements au voisinage du Smic ce qui a des effets en termes de secteurs concernés.

Il marque aussi la volonté de financer autrement des régimes dont le financement était jusqu'à présent assuré uniquement par des cotisations, ce qui était conforme à la nature du risque considéré, retraite chômage et leur caractère assurantiel même si ces régimes comportent dans leurs règles de fonctionnement des éléments de solidarité.

Il subsiste par ailleurs des cotisations pour des risques dont la nature est moins liée à la notion d'assurance comme la famille (31,6 milliards de cotisations sociales en 2018) ou la maladie.

Votre rapporteur général estime que la période qui s'ouvre doit permettre de réfléchir à l'adéquation des recettes aux différents risques qu'elles financent et à la place de la notion de contributivité dans les prélèvements, la lisibilité du financement de la protection sociale, déjà faible, ne sortant pas renforcée des dispositions du présent article.

Votre commission a adopté six amendements rédactionnels et de coordination à cet article (amendements n°s 37, 39, 40, 41, 42 et 43).

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

Article 8 bis (nouveau)

(art. 39 du code général des impôts, art. L. 241-3, art. L. 651-2-1, art. L. 651-3, art. L. 651-5 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale)

Fusion de la C3S et de la C3S additionnelle

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, déplace en troisième partie du projet de loi, relative à l'exercice 2018, des dispositions initialement inscrites en deuxième partie.

I - Le dispositif proposé

À l'initiative d'Olivier Véran, l'Assemblée nationale a adopté un amendement insérant dans la troisième partie du projet de loi relative à l'exercice 2018 des dispositions supprimées à l'article 4 : la fusion de la C3S et de la C3S additionnelle qui ont le même taux et le rétablissement de l'obligation de télédéclaration et de télépaiement.

II - La position de la commission

Votre commission vous propose trois amendements assurant une coordination entre les articles 4 et 8 bis (Amendements n°s 44, 45 et 46).

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

Article 8 ter (nouveau)

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

Contribution patronale sur les attributions d'actions gratuites

Objet : Cet article, inséré par l'assemblée nationale, modifie le taux de la contribution patronale sur les attributions d'actions gratuites.

I - Le dispositif proposé

A l'initiative de Thomas Mesnier et plusieurs de ses collègues (LaREM), l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission et du gouvernement, un amendement abaissant de 30 % à 20 % le taux de la contribution patronale sur les actions gratuites.

Mis en place par la loi de finances pour 2005 et codifié aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-6 du code de commerce, le dispositif des actions gratuites permet l'attribution gratuite d'actions aux mandataires sociaux et salariés des sociétés par actions, afin de les intéresser à la performance de l'entreprise.

L'attribution fait l'objet d'une autorisation par l'assemblée générale extraordinaire, sur le fondement d'un rapport de l'organe chargé de sa convocation puis d'une décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire.

La décision de l'assemblée générale des actionnaires est encadrée par un certain nombre de dispositions tenant à la durée minimale d'acquisition (un an), de détention, de pourcentage maximal du capital social pouvant être attribué ou de délai pendant lequel son autorisation peut être utilisée.

En application de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale, les employeurs sont redevables d'une contribution de 30 % sur la valeur, à la date d'acquisition, des actions attribuées gratuitement. Cette contribution, exigible le mois suivant la date d'acquisition des actions par le bénéficiaire, est affectée à la caisse nationale des allocations familiales.

Les PME qui n'ont procédé à aucune distribution de dividendes depuis leur création sont exonérées de cette contribution dans la limite, par salarié, du plafond annuel de la sécurité sociale (39 228 euros en 2017) pour les acquisitions intervenues pendant l'année en cours et les trois années précédentes.

Le taux de la contribution patronale de 30 % avait été abaissé à 20 % par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, parue le 7 août 2015, qui a procédé à une refonte du régime fiscal et social de ce dispositif afin de le rendre plus attractif et de rendre par là même plus attractif l'environnement fiscal et social des entreprises. Il a été rehaussé à 30 %, avec une remise en cause du régime fiscal et social applicable au bénéficiaire, à l'initiative de Valérie Rabault, alors rapporteur général de la commission des finances de l'Assemblée nationale. Il s'agissait alors de « gager », indirectement, le relèvement des seuils de revenu fiscal de référence applicable à l'exonération et au taux réduit de CSG sur les pensions.

Il s'agit donc de la troisième modification du taux de la contribution patronale en trois ans.

Votre rapporteur général observe cependant que, compte-tenu du délai nécessaire entre l'attribution à un bénéficiaire du droit d'acquisition et l'exercice de ce droit, qui est au minimum d'un an, le « nouveau » taux de 30 % ne trouvera à s'appliquer qu'en 2018 et le taux prévu par le présent article en 2019.

Le coût de la mesure est estimé par l'auteur de l'amendement à 120 millions d'euros avant impôt sur les sociétés et à 100 millions d'euros après impôt.

Le gage ayant été levé en l'absence de précision, il s'agirait *a priori* d'une mesure à compenser à la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Le régime social et fiscal des attributions d'actions gratuites constitue un bel exemple d'instabilité de l'environnement des entreprises.

Le présent article n'apporte qu'une réponse partielle aux modifications introduites par la loi de finances pour 2017 qui a profondément revu le régime fiscal et social applicable aux bénéficiaires. L'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux applicables aux salaires réduit fortement l'attractivité du dispositif.

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

Article 8 quater (nouveau)

(art. 8 de la loi n° 2019-1827 de financement de la sécurité sociale pour 2017)

Assujettissement au forfait social des avantages versés au titre des congés de fin d'activité du transport routier

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, assujettit au forfait social les avantages versés au titre des congés de fin d'activité du transport routier.

I - Le dispositif proposé

L'article L.137-10 du code de la sécurité sociale prévoit une contribution à la charge des employeurs de 50 % sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés sous quelque forme que ce soit.

Sur ce fondement, des redressements ont été notifiés à des entreprises de transport routier sur les contributions versées, dans le cadre d'un accord de branche, au titre du congé de fin d'activité.

Les entreprises du secteur se sont engagées dans un processus de négociation pour transformer ce dispositif, notamment dans le cadre de la pénibilité à laquelle il s'apparente.

L'article 8 de la loi de financement pour 2017 avait pour objectif de sécuriser, dans l'attente de l'issue de ces négociations, le régime social applicable aux avantages versés par les entreprises « *au titre des congés de fin d'activité des conducteurs routiers institués par les accords du 28 mars 1997 relatif au congé de fin d'activité à partir de 55 ans et du 2 avril 1998 relatif au congé de fin d'activité des conducteurs des entreprises de transport interurbain de voyageurs, qui concernent des départs en congé effectués jusqu'au 31 décembre 2017* », en prévoyant qu'ils ne sont pas soumis aux dispositions de l'article L. 137-10, ni à celles de l'article L. 137-15 relatif au forfait social.

Sur proposition d'Olivier Véran, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article pérennise la solution portée par la LFSS pour 2017. Il prévoit en revanche l'assujettissement au forfait social, dont le taux est de 20 %, des contributions versées par les employeurs.

Ces contributions, comme les cotisations sociales, ne sont actuellement soumises à aucun prélèvement.

Les avantages versés aux bénéficiaires sont soumis aux prélèvements sociaux applicables aux revenus de remplacement ainsi qu'à une cotisation maladie de 1,7 point due sur les avantages de préretraite en application de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale.

Le forfait social étant applicable aux sommes non soumises à cotisations mais assujetties à la CSG, il est cohérent d'appliquer le forfait social aux contributions.

Le produit de cette disposition est estimé à 5,8 millions d'euros.

II - La position de la commission

Le présent article pérennise un dispositif dérogatoire qui devait en principe trouver un substitut à l'issue d'une négociation. D'après l'accord tripartite conclu en avril 2017, cette négociation devrait s'ouvrir au second semestre 2017 pour aboutir au plus tard le 31 décembre 2019 à un accord relatif à la mise en place d'un dispositif de gestion des fins de carrière se substituant aux actuels congés de fin d'activité.

Dans cette attente, il est nécessaire de sécuriser le niveau des prélèvements sociaux applicables aux contributions des employeurs.

Votre commission vous propose deux amendements rédactionnels à cet article (n^os 47 et 48).

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

Article 9

(art. L. 131-6-4 [nouveau] et L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale,
art. L. 5141-1 du code du travail)

Réforme de l'Accre et encouragement des petites activités

Objet : Cet article modifie le champ des bénéficiaires de l'aide au chômeur créateur ou repreneur d'entreprise (Accre).

I - Le dispositif proposé

Crée en 1979, le **dispositif d'aide à la création et à la reprise d'entreprise** (Accre) est une exonération totale applicable à la fraction des revenus comprise 0 et $\frac{3}{4}$ du plafond de la sécurité sociale (29 421 euros en 2017), des cotisations d'assurance maladie et maternité, d'assurance invalidité et décès, d'assurance vieillesse et d'allocations familiales des travailleurs indépendants au cours de leur première année d'activité. Au-delà du seuil, l'exonération devient dégressive pour s'annuler au niveau d'un revenu égal au plafond de la sécurité sociale (38 228 euros en 2017). Pour les bénéficiaires du régime micro-fiscal, l'exonération est prolongée pendant douze mois aux deux-tiers du montant de l'exonération, puis à un tiers de l'exonération pendant les douze mois suivants.

Non-compensé à la sécurité sociale jusqu'en 2016, ce dispositif est désormais financé par la mission Travail-Emploi, au titre des aides à l'emploi.

L'exonération sociale prévue par le code de la sécurité sociale se double d'un dispositif d'accompagnement, prévu par le code du travail.

Initialement conçu pour les demandeurs d'emploi indemnisés, le bénéfice de l'Accre a été progressivement étendu à plus d'une dizaine d'autres catégories.

À la suite de l'engagement pris pendant la campagne présidentielle d'une « année blanche » de cotisations pour les créateurs d'entreprise, le présent article étend le bénéfice de l'Accre à l'ensemble des créations et reprises d'entreprises.

Le dispositif de l'Accre étant actuellement défini par des renvois entre l'article 161-1-1 du code de la sécurité sociale et l'article 5141-1 du code du travail qui fixe la liste des bénéficiaires, le présent article opère une distinction entre le dispositif d'exonération, déplacé dans un nouvel article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale et l'accompagnement, dont la liste des bénéficiaires reste définie par le code du travail.

Les bénéficiaires de l'exonération sont définis comme « *les personnes qui créent ou reprennent une activité indépendante relevant* » :

- de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale : les affiliés au régime social des indépendants pour les risques maladie et/ou vieillesse ;
- de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime : les affiliés au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles.

S'y ajoutent les personnes qui créent ou reprennent une activité indépendante « *sous la forme d'une société à condition d'en exercer effectivement le contrôle* » mais qui sont affiliées au régime général de la sécurité sociale en application des 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale :

- les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme et les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des institutions de prévoyance, des unions d'institutions de prévoyance et des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale ;
- les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées.

S'y ajoutent également les dirigeants d'entreprise relevant des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1 (activités relevant du régime de protection sociale des non-salariés agricoles) :

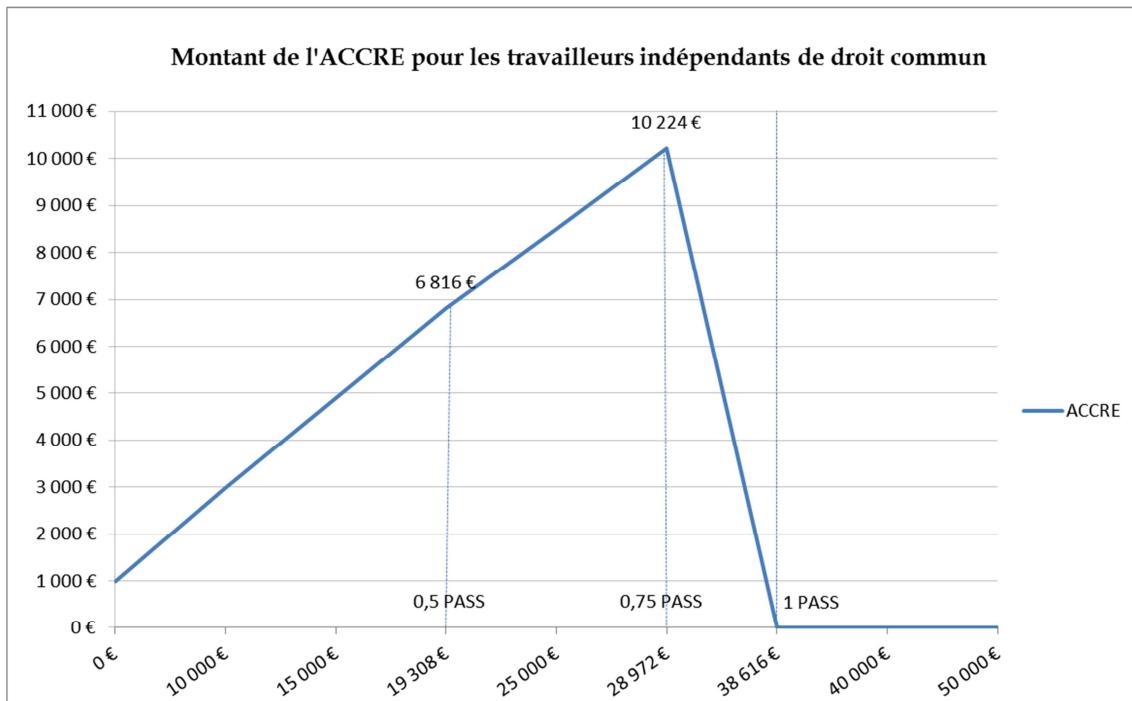
- les présidents du conseil d'administration, présidents-directeurs généraux, directeurs généraux et directeurs généraux délégués des sociétés anonymes, ainsi que gérants de sociétés à responsabilité limitée, à condition que lesdits gérants ne possèdent pas, ensemble, plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;
- les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées.

Le nouvel article L. 131-6-4 est complété par deux alinéas.

Le premier pose le principe du non cumul du bénéfice de l'exonération de début d'activité 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.

Le second instaure un délai de carence de trois ans entre la fin du bénéfice de l'Accre au titre d'une activité et le début du bénéfice de l'exonération au titre d'une nouvelle activité. Ce délai de trois ans était déjà présent dans la partie règlementaire du code du travail, à l'article R 5141-3, où il sépare deux demandes du bénéfice de l'Accre.

Le contenu et le profil de l'exonération, révisé par la LFSS pour 2017 et qui prévoit une forte dégressivité au-delà du seuil des trois-quarts du plafond annuel de la sécurité sociale, ne sont pas modifiés par le présent article.



Le coût de la mesure est estimé à 320 millions d'euros au terme de sa montée en charge en 2021, dont 70 millions d'euros pour les travailleurs indépendants « classiques » et 220 millions d'euros au titre des entrepreneurs relevant du régime de la micro-entreprise.

Elle bénéficierait, d'après les données de 2016, à 280 000 nouvelles micro-entreprises et à 70 000 nouveaux travailleurs indépendants de droit commun. 250 000 entrepreneurs sont actuellement bénéficiaires de l'ACCRE pour un coût prévisionnel de 218 millions d'euros en 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale, sur proposition d'Olivier Véran, a adopté deux amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission vous propose d'adopter cinq amendements rédactionnels et de coordination à cet article (n^os 49, 50, 51, 52, 53 et 54).

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

Article 10

(art. L 133-5-6 à L. 133-5-8, L. 133-5-10, L. 234-1-2

*et L. 311-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 1271-2 du code du travail,
art. L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 232-15 et L. 442-1
du code de l'action sociale et des familles)*

**Allégement des démarches des petits déclarants
par la modernisation des titres simplifiés**

Objet : Cet article élargit les possibilités de recours au chèque emploi service universel (Cesu) à la déclaration et au paiement de l'ensemble des activités salariées de particuliers employeurs et de certaines activités non salariées.

I - Le dispositif proposé

Prévu aux articles L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale et L. 1271 du code du travail, le chèque emploi service universel (Cesu) permet aux particuliers employeurs de déclarer et de payer l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi de leurs salariés à domicile et de remplir, dans le même temps, certaines obligations liées à cet emploi, comme l'édition d'un bulletin de salaire. Au 1^{er} trimestre 2017, plus de 1,3 million d'employeurs ont eu recours au Cesu pour l'emploi de près de 600 000 salariés. Les cotisations collectées *via* ce dispositif représentaient 2,1 milliards d'euros en 2016.

Le champ du Cesu recouvre celui des salariés relevant des services à la personne défini par l'article D. 7231-1 du code du travail. Il ne s'étend toutefois pas à l'ensemble des activités auxquelles les particuliers employeurs peuvent avoir recours et qui relèvent de la déclaration nominative simplifiée (DNS), prévue à l'article R. 243-17 du code de la sécurité sociale, mais qui, trimestrielle et uniquement sous format papier, n'offre pas le même degré de simplicité et de dématérialisation que le Cesu. En 2016, les usagers de la DNS représentent 60 000 particuliers employeurs.

370 particuliers ont par ailleurs recours à des mandataires qui effectuent pour leur compte les déclarations nécessaires, via la DNS ou un dispositif spécifique appelé ASAP.

Le présent article a pour objet d'élargir la possibilité du recours au Cesu à des activités qui n'en relèvent pas actuellement :

- l'ensemble des activités salariées réalisées au domicile des particuliers ;
- les mandataires ;
- les particuliers employant de façon ponctuelle d'autres particuliers pour des services de conseil et de formation.

Le I du présent article complète la liste des travailleurs indépendants affiliés au régime général de la sécurité sociale à raison de la nature de leur activité, définie par l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, pour y ajouter les particuliers qui effectuent une prestation de conseil et de formation - l'étude d'impact évoque une durée de 8 heures par mois - pour un autre particulier. Cette solution s'inscrit dans la continuité de celle retenue, pour les loueurs de biens meublés exerçant une option d'affiliation au régime général, par l'article 18 de la loi de financement pour 2018.

Les travailleurs indépendants affiliés au régime général dans le cadre de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale sont déclarés par leurs « utilisateurs », dans une forme d'assimilation au salariat.

Il est précisé à l'article L. 133-5-10 que l'Urssaf leur indique, le cas échéant, s'ils doivent s'orienter vers une autre formalisation de leur activité.

Le II substitue, à l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 7221-1 du code du travail qui vise les particuliers employant des salariés à leur domicile, à celle qui vise les services à la personne. Est concerné l'emploi d'un ou plusieurs salariés par le particulier employeur à son domicile ou à proximité de celui-ci, sans poursuivre de but lucratif et afin de satisfaire les besoins relevant de sa vie personnelle, notamment familiale, à l'exclusion de ceux relevant de sa vie professionnelle. L'exception de la gestion des employeurs de gardes d'enfants, dont le cas est prévu par le 4° de l'article, est affirmée en raison de leur recours au dispositif spécifique de Pajemploi.

Il complète ce même article par deux alinéas pour inclure dans le champ du Cesu :

- les particuliers qui font appel de manière ponctuelle, dans la limite d'un nombre d'heures fixées par décret, à d'autres particuliers pour des services de conseil ou de formation ;

- les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier et un salarié, un stagiaire, un accueillant familial ou une personne visée à l'alinéa précédent, lorsqu'elles sont mandatées pour effectuer les démarches.

L'article L. 133-5-7 du code de la sécurité sociale est modifié pour ne plus uniquement faire référence à des employeurs et à des salariés mais, plus largement, à des utilisateurs.

L'article L. 133-5-8 est modifié pour les mêmes raisons et complété pour préciser que les personnes utilisant ce service doit procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification de la personne qu'elles déclarent, à la déclaration des rémunérations ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions. Par dérogation et sur demande, ces formalités peuvent être effectuées sur support papier.

Le III abroge l'article L. 1271-2 du code du travail qui prévoyait un accord du salarié pour le recours au Cesu.

L'entrée en vigueur de l'article est prévue le 1^{er} janvier 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative d'Olivier Véran, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels et de coordination à cet article.

Sur proposition de Thomas Mesnier et plusieurs de ses collègues (LaREM), elle a adopté un amendement précisant le dispositif de conventionnement prévu à l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale qui permet aux entreprises étrangères sans établissement en France et exerçant une activité sur le territoire français de confier, par convention, à un représentant résidant en France la réalisation de ses obligations déclaratives et du paiement des cotisations et contributions sociales. La précision consiste à déroger, pour le régime général, comme pour le régime agricole, au principe selon lequel « *la contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge* ».

Cet amendement vise à permettre pour l'avenir de telles conventions alors qu'un arrêt de la Cour de cassation a invalidé les conventions passées par des entreprises sans établissement en France avec un salarié pour accomplir les obligations déclaratives pour les salariés travaillant en France.

III - La position de la commission

Le taux de dématérialisation des déclarations effectuées *via* le Cesu, bien qu'en progression, semble modeste : 69 % au 1^{er} trimestre 2017.

De même l'hypothèse d'une déclaration *via* le Cesu par 15 % des personnes ne déclarant pas aujourd'hui leurs activités entraînant un gain de 4 millions d'euros par an semble peu ambitieuse.

Ainsi que le relève l'étude d'impact, « *la tendance largement engagée d'un alignement des cotisations et des droits entre le régime général et le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs indépendants efface progressivement dans le domaine de la sécurité sociale la frontière entre les deux statuts, ainsi que les droits dont les assurés bénéficient* ».

Votre commission souligne le potentiel de simplification et de modernisation porté par cet article. Elle souhaite que l'offre de service développée par l'Acoss permette à terme de formaliser toute une série d'activités qui demeurent actuellement dans une zone grise. Dans la perspective de la mise en œuvre du prélèvement à la source, il serait souhaitable qu'elle puisse inclure à terme des fonctionnalités de paiement.

Votre commission vous propose d'adopter trois amendements rédactionnels et de coordination à cet article (n°s 54, 55 et 56).

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

Article 11

(art. L. 111-11, L. 114-16-3, L. 114-23, L. 114-24, L. 115-9, L. 123-1, L. 123-2-1, L. 131-6-3, L. 133-1-1 à L. 133-1-3 [abrogés], L. 133-1-4, L. 133-1-5 à L. 133-1-6 [abrogés], L. 133-5-2, L. 133-6-7, L. 133-6-7-1 à L. 133-6-7-3, L. 133-6-9 [abrogé], L. 133-6-10, L. 133-6-11 [abrogé], L. 134-1, L. 134-3, L. 134-4, L. 135-2, L. 135-6, L. 136-3, L. 161-8, L. 161-18, L. 171-2-1 [nouveau], L. 171-3, L. 171-6-1 [nouveau], L. 171-7, L. 172-2, L. 173-2, L. 173-3 [abrogé], L. 182-2-2, L. 182-2-4, L. 182-2-6, L. 200-1, L. 200-2, L. 200-3, L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 221.1, L. 221-3-1, L. 222-1, L. 223-1, L. 225-1-1, L. 227-1, L. 233-1 [nouveau], L. 241-2, L. 243-6-3, L. 311-3, L. 351-15, L. 611-1, L. 611-2 à L. 611-19 [abrogés], L. 612-1 à L. 612-6, L. 612-7 à L. 612-13, L. 613-1 [nouveau], L. 613-2 à L. 613-6, L. 613-8, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 [abrogés], L. 613-19 à L. 613-19-3, L. 613-20, L. 613-21, L. 613-22 et L. 613-23 [abrogés], L. 614-1 [abrogé], L. 615-1 à L. 615-5 [nouveau], L. 621-1 à L. 621-2 [nouveaux], L. 621-4 [abrogé], L. 622-1 à L. 622-3, L. 622-6 [abrogé], L. 622-8, L. 623-1 à L. 623-5, L. 631-1 [nouveau], L. 632-1 à L. 632-3, L. 633-1, L. 633-9 [abrogé], L. 633-11, L. 633-11-1 [abrogé], L. 634-1 [abrogé], L. 634-2 à L. 634-2-1, L. 634-2-2 [abrogé], L. 634-3-1, L. 634-3-2 à L. 634-5 [abrogés], L. 634-6, L. 635-1 à L. 635-6, L. 637-1 à L. 637-2, L. 640-1, L. 641-1, L. 641-8, L. 642-5 à L. 642-6 [nouveau], L. 643-1-A, L. 643-10 [nouveau], L. 651-12 et L. 651-13 [abrogés], L. 652-4, L. 652-6, L. 652-7, L. 661-1 [nouveau], L. 671-1 [nouveau], L. 722-1, L. 722-1-1, L. 722-2 et L. 722-3 [abrogés], L. 722-4, L. 722-5, L. 722-5-1 [abrogé], L. 722-6, L. 722-7 [abrogé], L. 722-9, L. 742-6, L. 742-7, L. 752-4, L. 752-6, L. 752-9, L. 756-5 et L. 766-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 5553-5 du code des transports,

**Suppression du régime social des indépendants
et modification des règles d'affiliation à la CIPAV**

Objet : Cet article supprime le régime social des indépendants à compter du 1^{er} janvier 2018 et modifie les règles d'affiliation de certaines professions libérales non réglementées à l'assurance vieillesse.

Alors que la LFSS pour 2017¹ avait fusionné les deux régimes de retraite des artisans et des commerçants au sein du régime social des indépendants (RSI), le présent article entreprend « l'une des plus importantes réformes de structure et de simplification pour les usagers de l'histoire de la sécurité sociale »² : la suppression du RSI.

¹ Article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

² Pour reprendre la formulation de la commission des comptes de la sécurité sociale... lors de la création du RSI en 2006, qui avait mis un terme à la pluralité des acteurs chargés du recouvrement et de la liquidation des prestations d'assurance maladie et vieillesse.

Rappel sur la protection sociale des travailleurs indépendants

On distingue **quatre groupes de professions indépendantes** : les professions artisanales (artisans), les professions industrielles et commerciales (commerçants), les professions libérales et les professions agricoles.

Les personnes exerçant des **professions agricoles non-salariées** sont couvertes par le régime des exploitants agricoles de la mutualité sociale agricole (MSA).

Les trois autres catégories d'indépendants sont assurées au sein du régime social des indépendants (RSI) :

- au titre du **risque maladie et maternité**, pour **l'ensemble des indépendants** à l'exception des professions médicales qui relèvent du régime général ;

- au titre du **risque vieillesse** pour les seuls **artisans et commerçants, au sein d'un régime unifié dans la LFSS pour 2017**.

Les **professions libérales**, qu'elles soient ou non réglementées, relèvent pour leur couverture vieillesse de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnavpl) qui en délègue sa gestion à dix sections professionnelles¹. Parmi elles, la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav) regroupe les personnes exerçant les professions d'architecte, d'expert-géomètre et d'ingénieur-conseil (toutes trois réglementées) ainsi qu'environ 350 autres professions libérales non réglementées.

Depuis 1995, les **artisans** disposent d'un **régime d'indemnités journalières**, étendu en 2000 aux commerçants. Pour les **professions libérales**, il n'existe toujours **pas d'indemnités journalières** ce qui explique des **cotisations plus faibles**.

La **branche famille** est gérée **pour tous les indépendants**, comme pour les salariés et dans les mêmes conditions, par les caisses d'allocations familiales. La MSA verse toutefois, pour le compte de ces dernières, les prestations familiales aux exploitants agricoles.

Les **risques « accidents du travail-maladies professionnelles » et « chômage »** ne sont pas couverts par un régime obligatoire pour les indépendants, qui ne cotisent donc pas en conséquence pour ces risques.

¹ *La Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF), la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes (CARPIMKO), la Caisse de retraite et de prévoyance des vétérinaires (CARPV), la Caisse d'allocation vieillesse des agents généraux et des mandataires non-salariés de l'assurance et de la capitalisation (CAVAMAC), la Caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes (CAVEC), la Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires (CAVOM), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP), la Caisse de retraite des notaires (CRN) et la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV).*

Cette mesure entend permettre de simplifier la couverture sociale des travailleurs indépendants (voir encadré *supra*). L'article vise également à modifier les règles d'affiliation à l'assurance vieillesse pour la majeure partie des professions libérales non réglementées actuellement assurées par la CIPAV.

I – Préambule

À sa création en 2006, le RSI a constitué une simplification majeure dans la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Organisation de la gestion des cotisations et prestations des travailleurs indépendants avant et après la mise en place du RSI

	Avant 2006		Après 2006	
	Artisans commerçants	Professions libérales	Artisans commerçants	Professions libérales
Recouvrement CSG, CRDS, cotisation famille	Urssaf		ISU - affiliation - déclarations de revenus - recouvrement jusqu'à 30 jours par délégation et pour le compte du RSI - recouvrement après 30 jours	Urssaf <i>Caisse nationale d'assurance vieillesse de professions libérales CNAVPL / Caisse nationale des barreaux français CNBF</i>
Cotisation retraite (régimes de base et complémentaires) invalidité-décès	Cancava Organic	CNAVPL CNBF	RSI Urssaf RSI	 <i>Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)</i>
Cotisation maladie	Organismes conventionnés avec le réseau Canam		 RSI	CNAVPL CNBF
Prestations Retraite (régimes de base et complémentaires), invalidité-décès	Cancava Organic	CNAVPL CNBF	 RSI	 <i>Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)</i>
Maladie	Organismes conventionnés avec le réseau Canam		 Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)	

Source : Cour des comptes, RALFSS 2012

Si les activités de versement des prestations n'ont jamais posé de difficultés, la **gestion de l'activité recouvrement** a rencontré depuis la création du RSI de **graves dysfonctionnements** qui ont entraîné une **crise de confiance majeure entre les travailleurs indépendants et leur régime de protection sociale**.

Le rapport de la mission d'information du Sénat sur le RSI, conduite par nos collègues Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy¹, avait dès juin 2014 pris la **pleine mesure du désarroi des travailleurs indépendants et identifié les trois problèmes à la source de ce dysfonctionnement** :

- une chaîne de recouvrement inadaptée : la répartition des tâches au sein de l'interlocuteur social unique (Isu) entre, d'une part, le RSI chargé des activités de *front office* (affiliation, réclamation, déclaration de revenus, contentieux) et, d'autre part, les Urssaf assurant le *back office* (recouvrement, édition des appels de cotisation...) était trop imbriquée et très insuffisamment pilotée. Les deux organismes ont mis du temps à travailler ensemble sur le terrain et à mettre en place des cellules mixtes au niveau local ;

- une insuffisance du système d'information RSI/Urssaf pour le recouvrement : de graves problèmes de renseignement des bases de données du RSI ont été révélés lors de leur transfert dans le système d'information des Urssaf tandis que le progiciel de calcul des cotisations de l'Acoss -appelé SNV2- s'est révélé difficilement adaptable aux spécificités des travailleurs indépendants ;

- le poids des cotisations sociales et un système de calcul trop complexe pour les travailleurs indépendants : la création du RSI s'est traduite par la mise en place d'un prélèvement unique de l'ensemble des cotisations sociales des travailleurs indépendants. Le poids des cotisations sociales (représentant 47 % de leurs revenus) est alors apparu de façon consolidée au moment où la crise économique les rendait difficilement supportables. L'absence de contemporanéité entre la perception du revenu et le prélèvement des cotisations afférentes (initialement prélevées avec deux ans de décalage) rendait également imprévisible le montant des cotisations demandées et rendait leur paiement difficile en cas de baisse d'activité.

À cette série de dysfonctionnements, s'est ajoutée la création du statut d'autoentrepreneur en 2008 qui a gonflé les effectifs de cotisants et d'assurés du RSI (ils représentent un tiers de ses effectifs).

Le précédent gouvernement, à la suite de la remise du rapport Bulteau-Verdier², a pris une série de mesures destinée à améliorer le fonctionnement du régime. La LFSS pour 2017 a parachevé la réforme en supprimant l'Isu et en plaçant à la tête de la chaîne de recouvrement une direction unique tant au niveau national et que local.

Le travail important mené par les équipes du RSI et des Urssaf ont également permis d'améliorer le fonctionnement du deuxième régime social de France (*voir encadré ci-après*).

¹ *Régime social des indépendants : 8 ans après la réforme, restaurer la confiance, rapport n° 597 fait au nom de la Mecss, Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy, 11 juin 2014.*

² *Rapport sur le fonctionnement du RSI dans sa relation avec les usagers, Sylviane Bulteau et Fabrice Verdier, septembre 2015 (rapport d'étape en juin 2015).*

Le RSI aujourd’hui Deuxième régime de protection sociale en France

Assurance maladie : 4,6 millions de bénéficiaires en maladie pour 8,7 milliards d’euros de prestations versées ;

Assurance vieillesse : 2 millions de retraités pour 9,2 milliards d’euros de pensions versées (7,5 au titre de l’assurance de base et 1,8 pour l’assurance complémentaire). L’assurance complémentaire des indépendants dispose de réserves financières d’un montant de 17 milliards d’euros ;

Cotisants : 2,8 millions de cotisants (dont 40 % micro entrepreneurs) ayant un revenu moyen de 30 000 euros par an. 80 % des artisans-commerçants et 50 % des professionnels libéraux ont un revenu inférieur à 40 000 euros par an¹. Un tiers des micro-entrepreneurs est rattaché à un autre régime au titre d’une activité principale, leur activité d’indépendant leur générant des revenus faibles (moins de 5 000 euros par an) ;

Un fort turn over d’affiliés : 400 000 nouveaux adhérents par an (dont 80 % viennent du régime général) et 400 000 radiations (départ vers le régime général) ;

Une durée d’affiliation courte : 9 ans en moyenne pour les travailleurs indépendants « classiques » contre 3 ans pour les micro-entrepreneurs ;

Un déficit structurel du régime de base : en 2017, 13 milliards de cotisations sociales recouvrées pour 17 milliards d’euros de charges (dont 16,3 milliards d’euros de prestations hors prestations de retraite complémentaire) soit un déficit de 4 milliards d’euros compensés par des transferts des autres régimes (1,5 milliard d’euros au titre de la compensation généralisée, 1,5 milliard d’euros au titre de l’équilibrage par la Cnav et 1 milliard d’euros au titre de l’équilibrage par la Cnam) ;

Une action sanitaire et sociale très développée : environ 115 millions d’euros par an ;

Effectifs de salariés : 5 300 salariés du RSI et 2 300 salariés des organismes conventionnés (gestion par délégation du RSI de l’assurance maladie des indépendants) ;

Un nombre d’élus important : 942 administrateurs, membres des conseils d’administration de la caisse nationale et des caisses régionales ;

Une forte implantation régionale : 32 caisses régionales et 1 caisse dédiée aux professions libérales.

L’annexe 3 B du PLFSS pour 2018, sans doute rédigée avant les annonces du Gouvernement tant elle paraît élogieuse à l’égard du RSI, constate que « *les actions engagées ces dernières années par les pouvoirs publics, le RSI et la branche recouvrement du régime général ont permis de rétablir une gestion normalisée du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants* ».

¹ *Le rapport interquantile est très élevé parmi les travailleurs indépendants : 5,2 contre 1,8 pour les salariés.*

En terme de visibilité des indépendants sur leurs cotisations, elle souligne la généralisation de la régularisation anticipée qui permet de réduire d'un an le décalage entre la perception du revenu et la régularisation des cotisations prélevées par le biais d'un système déclaratif.

Elle se félicite également de la meilleure offre de services permettant de faciliter les démarches des travailleurs indépendants, en particulier par la simplification des procédures qui permet l'accélération des remboursements de cotisations et l'amélioration de l'accueil et de l'écoute des assurés.

Selon un sondage cité dans la même annexe, **70 % des cotisants actifs se déclarent satisfaits des modalités de paiement offertes aux travailleurs indépendants et 61 % des contacts pris avec le RSI.**

Suivant de près les évolutions affectant la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants, votre commission constatait d'année en année les progrès accomplis tout en étant bien consciente de l'altération irrémédiable de la marque « RSI » auprès des assurés.

Consciente à la fois des progrès accomplis mais aussi des efforts prioritaires à mener pour d'une part, poursuivre l'amélioration de l'outil de recouvrement et surtout simplifier radicalement les modalités de calcul et de prélèvement des cotisations, votre commission a donc accueilli avec réserve la proposition du Gouvernement de supprimer le RSI.

C'est dans cet état d'esprit également que votre rapporteur a entrepris son travail d'audition de l'ensemble des acteurs du dossier, conscient du risque qu'un simple changement de marque ne pouvait répondre aux attentes des travailleurs indépendants.

II - Le dispositif proposé pour la suppression du régime social des indépendants

Le commentaire qui suit présente les grands principes de la réforme proposée, tant en ce qui concerne le schéma cible (A et B) que la période de transition qui s'ouvre à compter du 1^{er} janvier 2018 (C). Le lecteur pourra se reporter au D pour disposer d'outils propres à l'aider à se repérer dans les quelques 37 pages que compte cet article...

A. Le transfert de la gestion du recouvrement et des régimes d'assurance maladie et vieillesse des indépendants au régime général (I à III de l'article)

1. L'élargissement du champ de compétence du régime général et l'établissement d'un schéma stratégique d'organisation

Le champ de compétence du régime général, déterminé à l'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale est désormais élargi (I. 1^o) aux travailleurs indépendants qui demeurent toutefois non couverts par la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général.

Les **13° et 14° du I** prévoient l'établissement d'un schéma stratégique d'organisation encadrant les missions exercées par les caisses nationales et locales du régime général auprès des travailleurs indépendants. Ce schéma sera établi conjointement par les trois¹ directeurs des caisses nationales et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il s'inscrira dans la continuité du schéma de préfiguration d'organisation des services, prévu au **VII. 1°** pour organiser la période transitoire à partir du 1^{er} janvier 2018.

Ce schéma doit permettre :

- d'une part, d'assurer une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants par les unions de recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et de l'assurance familiale (Urssaf, instituées à l'article L. 213-1), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat, instituées à l'article L. 215-1) et les caisses générales de sécurité sociale en outre-mer (CGSS, instituées à l'article L. 752-4) qui le nécessitent ;

Les activités concernées par la coordination sont l'accueil et l'accompagnement des travailleurs indépendants, en particulier s'agissant de leur demande d'action sociale et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir.

Votre rapporteur proposera une précision rédactionnelle au terme de laquelle le schéma d'organisation précisera les modalités d'organisation d'un accueil et d'un accompagnement dédiés des travailleurs indépendants ;

- d'autre part, de sécuriser l'atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions d'objectifs et de gestion (Cog) des caisses nationales du régime général.

Le **12° du I** prévoit en effet, à l'article L. 227-1, que les Cog des caisses nationales du régime général identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des travailleurs indépendants.

2. Le transfert de l'intégralité de la branche du recouvrement des indépendants au régime général

L'activité de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants constituait, depuis la création du RSI, la principale source de dysfonctionnements du régime.

Institué par l'ordonnance du 8 décembre 2005, l'interlocuteur social unique (Isu) devait organiser la délégation d'une partie des tâches liées à l'activité de recouvrement du RSI aux Urssaf² selon une ligne de partage complexe.

¹ Le projet de loi initial du Gouvernement excluait étrangement le directeur de la Cnam de l'établissement de ce schéma. Un amendement adopté par l'Assemblée nationale a corrigé cet oubli. Voir III ci-dessous.

² Les Urssaf recouvriraient déjà 45 % des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants avant la création du RSI et la mise en place de l'Isu au 1^{er} janvier 2008.

En l'absence de système informatique intégré adapté aux travailleurs indépendants, le RSI et les Urssaf ont dû progressivement rapprocher sur le terrain leurs équipes au sein d'une « *organisation commune Isu* », déployée tardivement à partir du printemps 2014¹.

Actant les insuffisances de l'Isu, l'article 16 de la LFSS pour 2017 a mis en place une nouvelle organisation en intégrant les activités de recouvrement des deux réseaux au sein d'une seule et même direction du recouvrement, tant au niveau national que local (*voir tableau ci-contre*).

Le présent article parachève cette intégration en basculant l'intégralité de l'activité de recouvrement au sein de la branche dédiée du régime général.

Le I modifie les dispositions du livre 2 du code de la sécurité sociale qui fixent notamment les missions des Urssaf (article L. 213-1) et de l'Acoss (L. 225-1-1) pour les étendre aux travailleurs non-salariés et supprime les mentions qui y sont faites de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Nouvelle organisation du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants
Article 16 de la LFSS pour 2017

Avant la réforme - Interlocuteur sociale unique	Après la réforme - Direction nationale du recouvrement
<p>Dans le cadre de l'Isu :</p> <p><i>Le RSI assure</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'affiliation des cotisants ; - la gestion des déclarations de revenus ; - le recouvrement contentieux ; - l'action sociale ; - le contentieux. <p><i>Les Urssaf assurent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le calcul et l'encaissement des cotisations - le recouvrement amiable ; - le contrôle. 	<p><i>Unification du pilotage de la responsabilité du recouvrement sous délégation conjointe Acoss-RSI :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - au niveau national : un directeur national ; - au niveau local : des responsables locaux. <p><i>Sous l'autorité d'un responsable unique, les deux réseaux assurent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la collecte et le traitement des déclarations de revenus ; - le calcul et l'encaissement des cotisations ; - le recouvrement amiable et contentieux ; - le traitement des demandes et réclamations (y.c. concernant les exonérations) ; - la gestion du contentieux ; - l'accueil et l'information. <p><i>Demeurent seuls compétent pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'affiliation des cotisants : le RSI ; - le contrôle et la comptabilité : les Urssaf. <p>Le champ du recouvrement s'étend aux cotisations maladie des professions libérales (précédemment assuré par les organismes conventionnés du RSI)².</p>

Source : Commission des affaires sociales

¹ Elles étaient prévues dans le cadre d'une convention entre l'Acoss et le RSI signée le 31 juillet 2013.

² Seules les cotisations de retraite versées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale des barreaux ne relèvent pas de cette nouvelle organisation.

Les 5° à 5° *septies* du II transfèrent à droit constant, au sein d'un nouveau chapitre III du titre Ier du livre 6 consacré aux dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des travailleurs indépendants, certains articles du livre Ier consacrés au recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

En matière de cotisations, seules les dispositions encadrant les cotisations d'assurance maladie sont modifiées sur le fond par l'article 11 (8° et 9° à 9°ter)¹.

Le 8° fusionne la cotisation maladie-maternité des travailleurs indépendants et la cotisation liées aux indemnités journalières (IJ), alors que ces dernières sont actuellement considérées comme des prestations en espèces supplémentaires. Elles entrent donc dans le droit commun des prestations maladie-maternité des salariés du régime général. Le principe d'une cotisation minimale est maintenu à l'article L. 621-1 pour le versement de ces prestations, suivant le principe très important pour le régime des indépendants du lien entre cotisations et prestations (*voir encadré ci-dessous*)

Le lien cotisation/prestations dans le régime social des indépendants²

1. Une exigence de cotisations minimales

Pour ouvrir leurs droits, les travailleurs indépendants doivent s'acquitter d'une cotisation minimale, équivalent de la durée d'affiliation pour l'ouverture de droits aux salariés. Le paiement de cette cotisation concerne plus de 30 % des assurés du régime maladie.

Ce principe ne souffre qu'une exception, celle des auto-entrepreneurs auxquels s'applique un principe « pas de chiffre d'affaires, pas de cotisation ».

Afin de limiter les effets de seuil préjudiciables aux plus bas revenus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a modifié le mode de calcul de la cotisation minimale maladie-maternité pour lui substituer un mécanisme de dégressivité. Lorsque le revenu du travailleur indépendant est négatif ou nul, la cotisation est de 30 % de la cotisation minimale ; au-delà, la réduction décroît avec l'augmentation du revenu et s'annule à hauteur de 40 % du plafond de la sécurité sociale. En 2014, la cotisation minimale maladie-maternité varie entre 659 euros et 976 euros.

En matière de retraite, la cotisation minimale ne permet de valider qu'un seul trimestre, même si l'activité a été exercée tout au long de l'année (un revenu équivalent à 600 Smic horaire brut est nécessaire à la validation d'une année complète). En matière d'indemnités journalières, elle ouvre droit à un taux minimum.

2. Des modalités particulières d'ouverture et de calcul des droits à la retraite et indemnités journalières

En application des articles L. 613-8 (prestations maladie en espèces) et L. 634-2-1 (vieillesse) du code de la sécurité sociale, les droits à prestations des travailleurs indépendants sont subordonnés au paiement effectif des cotisations.

¹ Ainsi que par le 12° de l'article 7 qui prévoit notamment l'équivalent de l'exonération de la cotisation au titre des indemnités journalières pour les travailleurs indépendants aux bas revenus.

² Extrait du rapport de la Mecss sur le RSI, pp.17-18 .

Le 9^o fusionne en conséquence les prestations maladie et les indemnités journalières. Cette fusion ne s'applique toutefois pas aux professionnels libéraux pour lesquels le nouvel article L. 621-1 prévoit qu'une cotisation maladie-maternité spécifique, dont le taux est fixé par décret, leur sera prélevé pour tenir compte du fait qu'ils ne perçoivent pas d'indemnités journalières.

S'agissant des indemnités journalières au titre d'un accident du travail - maladie professionnelle, ces prestations demeurent des prestations supplémentaires, régies par des dispositions réglementaires dont la modification relève d'une proposition du futur conseil de protection sociale des travailleurs indépendants qui remplacera dans cette attribution le conseil d'administration de la caisse nationale du RSI (9^{o bis}, art. L. 622-2 nouveau).

3. Le transfert du régime d'assurance maladie de base des indépendant au régime général

Parmi les trois branches du régime général, l'assurance maladie était celle qui avait le moins de lien avec le régime social des indépendants.

Depuis sa création en 1966, l'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants fait l'objet d'une délégation de gestion, pour le recouvrement des cotisations et le versement des prestations.

Les organismes conventionnés assurant la gestion déléguée de l'assurance maladie des travailleurs indépendants¹

Le RSI a délégué la mission de versement des prestations d'assurance maladie-maternité des artisans-commerçants à un réseau d'organismes conventionnés. Pour les professions libérales, les organismes conventionnés poursuivent leurs missions de versement des prestations mais aussi de recouvrement des cotisations maladie.

Ces organismes, rattachés à la Fédération française des sociétés d'assurances ou à la Fédération nationale de la mutualité française, sont choisis par l'affilié auprès d'une liste disponible, entre deux et huit organismes selon les régions, au sein de sa caisse régionale du RSI.

Le RSI est signataire d'une convention d'objectifs avec la Roca (réunion des organismes conventionnés assureurs) qui délègue la gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire à un groupement unique, la RAM, qui confie à l'association d'assureurs Apria-RSA la gestion pratique des opérations. Côté mutualiste, une convention est signée avec l'Acromut (association de représentation des organismes conventionnés mutualiste) regroupant 19 mutuelles gérant les prestations d'assurance maladie.

Le nombre des organismes conventionnés est passé de 63 en 2008, dont certains géraient une population de moins de 6 000 personnes, à 20 en 2013. Avec plus de la moitié des assurés, la RAM est le premier organisme conventionné, suivi de deux organismes mutualistes, Radianc et Harmonie Mutuelle, les 17 autres organismes représentant le quart des assurés (...).

¹ Extrait du rapport de la Mecss du Sénat sur le RSI, pp. 30-31

D'après les usagers entendus par vos rapporteurs, il semble que la qualité du service rendu par les différents organismes conventionnés soit variable sans que les affiliés disposent des informations nécessaires pour faire leur choix, ce qui plaiderait pour un pilotage renforcé de la part de la caisse nationale.

Le service rendu par les organismes conventionnés est rémunéré par des remises pour frais de gestion qui représentaient, en 2013, 208 millions d'euros, soit 26 % des coûts de gestion du RSI.

Le présent article transfère la gestion de la branche maladie du RSI à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et son réseau de caisses primaires.

Symboliquement, le **7° du I** supprime les mots « des travailleurs salariés » dans le nom de la caisse nationale qui devient donc la **Caisse nationale d'assurance maladie** (art. L. 221-1).

Le **II** procède, en matière de prestations d'assurance maladie, à des coordinations rendues nécessaires par ce transfert au sein du titre II du livre 6 du code de la sécurité sociale refondu par le présent article.

Le **III** supprime à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, qui organise les règles communes à l'ensemble des régimes de base relatives au service des prestations d'assurance maladie, les dispositions faisant état des organismes conventionnés (« *organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances [recevant] délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion* »).

Il abroge également l'article L. 611-20 qui autorisait la caisse nationale du RSI à confier la gestion du versement des prestations d'assurance maladie des travailleurs indépendants aux organismes conventionnés.

4. Le transfert du régime d'assurance vieillesse de base des indépendants au régime général

A l'instar du changement de nom opéré pour la Cnam, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés devrait également voir son intitulé raccourci pour devenir la Cnav.

De façon étrange, aucune disposition dans le texte ne le propose alors même que le code recèle d'un nombre important d'occurrences de ce nom. **Votre rapporteur proposera un amendement actant symboliquement ce changement de nom.**

La Cnav et son réseau de caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) vont donc désormais assurer la gestion de l'assurance vieillesse du RSI (**I.**) qui comprend l'assurance de base mais également l'assurance complémentaire des travailleurs indépendants.

Pour cette dernière, s'il est prévu qu'elle demeure pilotée par l'instance qui succédera au conseil d'administration de la caisse nationale du RSI, sa gestion en sera confiée également à la branche vieillesse du régime général (*voir infra*).

Les **11° à 16°** du **II** réécrivent le titre III du livre 6 du code de la sécurité sociale, consacré désormais à l'assurance invalidité et assurance vieillesse des travailleurs non-salariés.

Comme en l'état actuel du droit, ces dispositions ne s'appliquent pas aux professionnels libéraux (art. L. 631-1 nouveau) dont l'assurance vieillesse demeure gérée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CnavPL) et ses dix sections professionnelles.

L'assurance invalidité-décès continuera d'être pilotée par les travailleurs indépendants aux termes du nouvel article L. 635-6 (**II. 13° quater**) qui dispose que les conditions d'attributions, de révision ainsi que les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension sont déterminées par un règlement pris par le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Le **15°** clarifie la rédaction des dispositions relatives aux prestations d'assurance vieillesse en rationalisant les renvois entre le livre 3, qui encadre les modalités de liquidation des pensions dans le régime général, et le livre 6, qui ne concerne que les travailleurs indépendants.

Votre rapporteur rappelle que le RSI fait partie des trois régimes alignés, avec le régime général et le régime des salariés agricoles, dont les règles de calcul des pensions sont identiques. La réforme des retraites de 2014¹ a instauré la liquidation unique des régimes alignés (Lura) qui permet de calculer et de verser une pension unique à un assuré relevant de plusieurs régimes alignés alors qu'il aurait dû percevoir auparavant deux ou trois pensions.

Comme la direction de la Cnav l'a expliqué à votre rapporteur, la mise en œuvre de la Lura depuis le 1^{er} juillet 2017 facilite l'intégration des assurés du régime des travailleurs indépendants en raison du dialogue opérationnel qui s'est noué depuis lors entre les deux régimes².

Sur le fond, l'article 11 ne change rien quant aux modalités de versement des prestations d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants.

¹ Article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice de notre système de retraite.

² Pour une mise au point sur le démarrage de la Lura, voir le rapport de la Mecss du Sénat sur l'interrégimes en matière de retraite, n° 667, Anne Emery-Dumas et Gérard Roche, juillet 2017, pp. 67-70.

B. La création d'un réseau délégué aux travailleurs indépendants au sein du régime général en charge de leurs spécificités (II de l'article)

1. L'institution du conseil de protection sociale des travailleurs indépendants et des instances régionales déléguées

Le 4° du II réécrit les articles L. 612-1 à L. 612-6 du code de la sécurité sociale pour instaurer les nouvelles institutions représentatives des travailleurs indépendants en vue du pilotage de leur protection sociale au sein du régime général. La suppression du RSI a pour conséquence en effet la disparition des conseils d'administration de la caisse nationale et des caisses locales au sein desquels siègent actuellement 942 administrateurs élus.

Comme le constatait le rapport du Sénat sur le RSI en 2014, les travailleurs indépendants ont un attachement très fort à cette gouvernance par des élus : « *il en résulte une démocratie sociale vivante, des administrateurs actifs et engagés et de réels débats mais peut-être également un frein pour l'émergence d'une ligne conductrice claire* »¹.

L'héritage de cette gouvernance explique le maintien d'une représentation spécifique des travailleurs indépendants pour le pilotage de leur protection sociale.

Deux niveaux d'institutions sont créés :

- au niveau national, le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) est institué par l'article L. 612-1. Il est chargé d'un rôle de veille sur la bonne application des règles relatives à la protection sociale des travailleurs indépendants et à la qualité du service qui leur est rendu. À ce titre, à l'instar des attributions propres au conseil d'administration des caisses nationales de sécurité sociale, il peut formuler au ministre chargé de la sécurité sociale des **propositions de modifications législatives ou réglementaires** et peut être saisi par le même ministre de tout projet de loi ou de textes réglementaires concernant la protection sociale des travailleurs indépendants. Ses propositions ou recommandations peuvent également être formulées à l'endroit des organismes du régime général.

Il a plus particulièrement la charge d'une part, de déterminer les règles de l'action sanitaire et sociale, qui constitue un élément essentiel de la culture du RSI (*voir infra*) et d'autre part, de piloter le régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et le régime d'invalidité-décès des travailleurs indépendants ainsi que de la gestion du patrimoine y afférent.

Il est également chargé de l'animation et de la coordination du réseau des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.

¹ p 18.

Le CPSTI est doté d'une assemblée générale composée d'une part, de représentants des travailleurs indépendants, actifs et retraités, désignés et non plus élus, selon des modalités de représentativité reprises du code du travail. Fixées dans le nouvel article L. 612-6, ces règles ont été substantiellement remaniées lors de la discussion du texte à l'Assemblée nationale (*voir leur commentaire infra*) et d'autre part, de personnalités qualifiées désignées par l'Etat. Les directeurs des caisses nationales du régime général peuvent participer également aux réunions de l'assemblée générale en fonction de l'ordre du jour ;

- au **niveau local**, les **instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants** sont instituées par l'article L. 612-4. Composées de représentants des travailleurs indépendants, actifs et retraités, désignés selon les modalités prévues à l'article L. 612-6, elles sont créées dans le ressort géographique des nouvelles régions.

Elles s'inscrivent dans le projet actuellement en cours de fusion des caisses locales qui devait adapter les implantations du RSI à la nouvelle carte régionale.

Les instances régionales disposent d'un pouvoir de décision dans l'attribution des prestations individuelles d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants dans le cadre des orientations définies par le CPSTI. Le texte précise que les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations attribuées.

Les instances régionales seront représentées dans chacun des conseils et conseils d'administration des organes locaux du régime général mais ne disposeront que d'une voix consultative. Les médiateurs locaux du RSI, qui avaient contribué à atténuer les tensions dans les relations avec les assurés, sont maintenus et seront désormais désignés par les instances.

2. Le maintien d'une action sanitaire et sociale propre aux indépendants

L'action sanitaire et sociale occupe une place significative parmi les spécificités du régime des indépendants. **Le fonds d'action sanitaire et sociale est doté d'un budget annuel d'environ 115 millions d'euros.**

Comme le rappelait le rapport du Sénat sur le RSI, « *ses principaux axes sont l'aide à l'acquisition d'une complémentaire-santé (...), l'aide aux cotisants en difficulté¹ et les problématiques de maintien à domicile. (...) Les élus rencontrés par vos rapporteurs ont fait part de leur grand attachement à ce dispositif d'aide, qui peut aussi prendre la forme de prise en charge d'honoraires d'experts comptables, décidé dans le cadre de commissions régionales* »².

Le nouvel article L. 612-5 (modifié par le **4° du II**) prévoit que les dépenses nécessaires à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale sont couvertes par des dotations annuelles des organismes du régime général dont les montants sont fixés par décret, pris après avis du CPSTI.

3. Le maintien d'une assurance vieillesse complémentaire propre aux indépendants et de ses réserves financières

A l'instar de l'action sanitaire et sociale, le régime complémentaire d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès continuera d'être piloté par le CPSTI.

Le maintien d'une autonomie dans la détermination des règles concernant ce régime était une garantie demandée avec insistance par les travailleurs indépendants. D'après les informations communiquées à votre rapporteur, ce régime complémentaire disposerait de réserves financières d'un montant de 17 milliards d'euros.

Le **16° du II** du présent article modifie le chapitre V du livre 6 qui est consacré à l'assurance vieillesse complémentaire, en particulier ses articles L. 635-1 et L. 635-4, pour confier le pilotage de ce régime au CPSTI.

Aux termes du nouvel article L. 635-4-1, le service des prestations d'assurance vieillesse complémentaire est délégué aux Carsat et aux centres de gestion de la sécurité sociale (CGSS) dans les outre-mer. Une convention entre le CPSTI et la Cnav doit régler les conditions de cette délégation.

Interrogée par votre rapporteur, la direction générale de la Cnav a concédé que la gestion d'un régime complémentaire constitue bien une nouvelle mission mais qu'elle sera facilement reprise avec l'intégration du personnel du RSI actuellement en charge de ce régime.

¹ Cette aide consiste en la prise en charge d'un trimestre de cotisations, éventuellement renouvelable une fois. En 2013, 15 500 indépendants en ont bénéficié pour une dépense représentant 30 millions d'euros environ.

² p 19

C. Une période de transition entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} janvier 2020 (VII à IX de l'article)

1. La mise en place du comité de coordination et du schéma d'organisation des services (VII - 1[°])

Le 1[°] du VII met en place un comité de pilotage de la réforme composé des directeurs des caisses nationales des trois branches du régime général (Cnam, Cnav et Acoss) et du directeur de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Il doit définir le **schéma d'organisation des services** qui préfigure le schéma stratégique d'organisation prévu à l'article L. 233-1 (*voir supra*). Le schéma de préfiguration doit également organiser la période de transition et préciser à la fois le cadre et le calendrier des transferts des personnels du RSI.

Une première version de ce schéma sera proposée, à la fin de l'année 2017, par la mission conduite par Dominique Giorgi, inspecteur général des affaires sociales et que votre rapporteur général a auditionné. Ce schéma devra être ensuite validé par le comité de pilotage.

Dans l'hypothèse où ce dernier ne parviendrait pas un accord sur le schéma de préfiguration avant le 1^{er} avril 2018, les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget seraient chargés de l'arrêter.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur général, les discussions entre les caisses se déroulent dans un climat serein depuis l'annonce du Gouvernement à l'été 2017. Il souligne toutefois l'enjeu que représente pour elles l'intégration des effectifs du RSI alors qu'elles sont en train de renégocier en parallèle leur nouvelle convention d'objectifs et de gestion devant prendre effet en 2018. Il n'est pas exclu que la répartition des personnels du RSI, positionnés sur les missions transversales, puisse susciter des débats entre les caisses.

Un amendement adopté par l'Assemblée nationale déplace l'instauration du **comité de surveillance** au niveau de la section 1[°], de façon à le placer au même niveau que le comité de pilotage. Ce même amendement précise les missions de ce comité pour valider les étapes de transfert de personnel et de mise en production des nouveaux développements informatiques.

Votre rapporteur entend renforcer ce comité de surveillance en tant qu'acteur clé du pilotage de la réforme (*voir infra*).

2. Un transfert progressif de l'activité des caisses et de leurs conseils (VII - 2[°] à 4[°])

Le 2[°] du VII transforme à compter du 1^{er} janvier 2018 la caisse nationale et les caisses locales du RSI, respectivement en **caisse nationale déléguée et caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants**.

Il s'agira, à cette date, d'un **simple changement de nom** puisqu'il est prévu que les caisses déléguées conservent l'intégralité des missions du RSI jusqu'à la publication du schéma de préfiguration et surtout jusqu'à ce que les organismes du régime général récupèrent effectivement leurs activités.

Une seule exception est à signaler et concerne la caisse nationale du RSI : **elle perd dès le 1^{er} janvier sa mission relative au financement des branches du RSI et au maintien de l'équilibre financier de chacune d'elles.** Les caisses nationales du régime général reprennent immédiatement cette mission puisque la comptabilité du RSI sera intégrée dès 2018 dans les comptes du régime général.

La suppression du RSI se retrouvera donc comptablement dans l'évolution des différents transferts entre régimes au sein d'une même branche de la sécurité sociale et ce dès l'année 2018.

Les caisses déléguées seront dissoutes le 1^{er} janvier 2020.

S'agissant de leurs conseils, il est prévu que les conseils d'administration des instances du RSI conservent, jusqu'à l'expiration de leur mandat, leurs attributions au niveau des instances déléguées.

Le 3^o du VII organise, **dans une rédaction complexe et laissant persister des zones de confusion**, la période de transition pour les instances de gouvernance :

- entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} janvier 2019 : les conseils d'administration actuels demeurent dans les caisses déléguées. Les organisations représentatives des travailleurs indépendants ont toutefois jusqu'au 30 juin 2018 pour déposer leur dossier de candidature auprès de l'État pour pouvoir être désignées en fonction des critères de représentativité désormais fixés à l'article L. 612-6 dans les nouvelles instances de pilotage de la protection sociale des indépendants (assemblée générale du CPSTI et conseils des instances régionales) ;

- entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2020, alors que les caisses déléguées ne seront pas encore dissoutes, entrent en vigueur les dispositions concernant ces nouvelles instances de pilotage désignées selon les critères de représentativité. Au 31 décembre 2018, arrivent en effet à échéance les mandats des représentants élus des conseils d'administration des caisses déléguées du RSI. Au cours de l'année 2019, les nouveaux représentants désignés des nouvelles instances exerceront simultanément, dans le même ressort géographique, leur mandat et celui de membre des conseils d'administration des caisses déléguées jusqu'à leur expiration ;

- à partir du 1^{er} janvier 2020 : la dissolution des caisses déléguées entraîne automatiquement la dissolution de leur conseil d'administration. Les organes du CPSTI et des instances régionales demeurent en place jusqu'au prochain renouvellement de la mesure de la représentativité au sein des instances patronales prévu en mars 2021.

Votre rapporteur attire l'attention du Gouvernement sur la très grande complexité de ces dispositions qui, combinées avec les nouvelles de désignation fixées dans le code, sont difficilement intelligibles.

Le 4^o organise le transfert des droits et obligations de la caisse nationale et des caisses locales du RSI en trois temps :

- dès le 1^{er} janvier 2018 : les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations afférents à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse de base sont transférés aux organismes du régime général. Ce transfert n'exclut pas que l'activité de versement des prestations et de recouvrement des cotisations soit effectuées dans la phase transitoire par les caisses déléguées selon les modalités évoquées ci-dessus ;

- à compter du 1^{er} janvier 2020 : les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations afférents à l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès des indépendants seront transférés au futur CPSTI. **Cette disposition garantit donc que les réserves financières de l'assurance vieillesse complémentaire des travailleurs indépendants continueront bien d'être détenues et gérées par les travailleurs indépendants eux-mêmes, et ce malgré la reprise de l'activité de gestion de l'assurance complémentaire par le réseau des Carsat ;**

- à compter du 1^{er} janvier 2020 : les autres droits et obligations, sauf les contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée seront transférés aux organismes nationaux et locaux du régime général selon des modalités pouvant être fixées par convention entre les branches du régime général.

2. Le transfert des personnels (VII - 5^o et 6^o)

Les 5^o et 6^o du VII organisent la période de transition pour les personnels. Cette dernière s'achèvera le 30 juin 2019, soit six mois avant l'expiration de la période transitoire pour le transfert de l'ensemble des activités du RSI au régime général.

Votre rapporteur insiste sur l'importance de la dimension « ressources humaines » de ce projet puisqu'il se traduit par le transfert d'environ 7 500 agents travaillant actuellement soit au sein des caisses du RSI (5 000 personnes environ), soit au sein des organismes conventionnés gérant pour le compte du RSI l'assurance maladie des indépendants (2 500 personnes environ).

Le 5° confie aux caisses déléguées et aux organismes du régime général le soin de transférer chaque contrat de travail et de proposer à chaque salarié une solution de reprise recueillant son accord. Si la solution de reprise doit avoir été proposée au plus tard le 30 juin 2019, le transfert effectif interviendra au plus tard le 1^{er} janvier 2020, ou avant, si un décret validé par le comité de surveillance en décide autrement.

Au cours de ses auditions, votre rapporteur a pu constater l'engagement des directeurs de chacun des réseaux du régime général à tout faire pour essayer de trouver le plus tôt possible une solution pour chaque salarié. Le délai d'un an a été avancé, manifestant leur volonté d'agir vite. Votre rapporteur considère qu'il s'agit en effet d'une priorité tant le succès du projet de suppression repose sur l'implication forte des salariés du RSI transférés et que le risque de départs de salarié, lié à l'insécurité de la période de transition, est à prendre très au sérieux.

Les premiers retours soulignent l'engagement réel des personnels du RSI à tout faire pour que le projet réussisse.

En l'absence d'accord du salarié, une disposition prévoit le transfert automatique de ce dernier dans la caisse du régime général dont les missions se rapprochent le plus de son activité antérieure. Une garantie liée à la mobilité géographique est aussi fixée : le transfert automatique s'effectue dans la caisse du régime général située dans la circonscription du lieu de travail de ce salarié.

La carte des agences locales du RSI ne correspond pas toujours aux implantations des caisses du régime général, comme l'ont indiqué à votre rapporteur les représentants des organisations syndicales de salariés du RSI. Il apparaît toutefois que la pluralité des sites du régime général sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les outre-mer devrait permettre de proposer à chaque salarié une solution acceptable.

Le 6° prévoit que les conventions collectives applicables aux salariés du RSI demeurent valides jusqu'au transfert de leur contrat de travail. Avant le 31 mars 2018, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale négocie, pour le compte des organismes du régime général, des accords dits d'accompagnement avec les organisations syndicales de salariés. Ces accords doivent stipuler des conditions et garanties s'appliquant aux salariés transférés.

Il est prévu que ces accords ne seront que transitoires et qu'à partir du 1^{er} janvier 2023, les conventions collectives du régime général s'appliqueront intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.

4. La question des organismes conventionnés de gestion de l'assurance maladie (VII - 7°)

Le 7° du VII prévoit l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 du III de l'article 11, abrogeant les dispositions des articles L. 160-17 et L. 611-20 du code de la sécurité sociale, aux termes desquels la caisse nationale du RSI confie la gestion de l'assurance maladie à des organismes conventionnés.

La transmission de l'activité des organismes conventionnés vers le régime général se fera en deux temps :

- *à partir du 1^{er} janvier 2019* : les travailleurs indépendants débutant une nouvelle activité à compter de cette date seront directement gérés par le régime général ;

- *au plus tard le 31 décembre 2020* : les organismes conventionnés cessent leur activité. Le transfert des droits et obligations des organismes conventionnés s'effectue aux Cpam concernées.

Une disposition du 7° prévoit enfin que le préjudice pour les organismes conventionnés d'un non-renouvellement de leur contrat peut être indemnisé s'il présente un caractère anormal et spécial. Son montant est alors fixé par décret, après une procédure contradictoire.

D'après les informations obtenues par vote rapporteur, le délai de trois ans qui s'ouvre entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2020 devrait limiter précisément la portée du préjudice. Les organismes gestionnaires voient par ailleurs leurs personnels transférés et n'auront donc pas à supporter des charges de fonctionnement démesurément lourdes au regard d'une activité en baisse. Ils pourront d'ailleurs demeurer gestionnaires de régimes d'assurance santé complémentaire.

5. L'expérimentation sur le recouvrement des cotisations sociales (VIII)

Le VIII prévoit enfin la mise en place jusqu'au 31 décembre 2018 initialement, **au 30 juin 2019 à la suite du report adopté par l'Assemblée nationale**, d'une expérimentation permettant aux Urssaf de déroger aux dispositions de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale qui fixe les règles de calcul des cotisations des travailleurs indépendants (*voir encadré*).

« Un mode de paiement spécifique des cotisations¹

La séquence du paiement des cotisations des travailleurs indépendants s'apparente à celle de l'imposition des revenus.

Durant les deux premières années du démarrage de l'activité, tant que les revenus ne sont pas connus, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire. Le paiement peut être reporté au-delà de la première année et fractionné jusqu'à 5 ans.

Par la suite, les cotisants procèdent à une déclaration de leurs revenus (DCR), sur le fondement de laquelle les cotisations sont calculées puis appelées. Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations ne sont pas transmises, celles-ci sont calculées sur une base majorée.

En application de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les cotisations dues au titre de l'année N, sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité N-2 puis font l'objet d'une régularisation en fin d'année N+1, une fois connu le revenu de l'année N.

À titre dérogatoire, les cotisants ayant recours à la dématérialisation de leur déclaration peuvent demander une régularisation dès le début de l'année N+1.

Toujours à titre dérogatoire, un cotisant peut demander à ce que ses cotisations provisionnelles soient calculées en fonction de son revenu N-1.

À compter du 1^{er} janvier 2015, l'écart entre le revenu de référence et l'année de versement des cotisations provisionnelles est réduit d'un an. Les cotisations provisionnelles seront calculées sur la base du revenu d'activité de l'année N-1 et les cotisants pourront demander un ajustement de leurs cotisations sur la base de l'estimation de leur revenu d'activité de l'année en cours. »

Il pourra ainsi être proposé aux travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie sur le fondement d'une déclaration en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.

Cette dérogation, dont le mécanisme est appelé « auto-liquidation », est un dispositif discuté notamment en ce qu'il impose le recours à un expert-comptable pour le calcul estimatif des cotisations. Comme le notait le rapport du Sénat sur le RSI en 2014, « cette solution ne [fait] pas l'unanimité. Les indépendants, en particulier les artisans, ne souhaitent pas avoir recours aux services d'un expert-comptable et redoutent une augmentation des frais. Le RSI et l'Acoss redoutent quant à eux une nouvelle baisse du rendement du recouvrement et la difficulté d'effectuer des contrôles »².

C'est pourquoi l'expérimentation prévue ne concernera que les travailleurs indépendants volontaires. Un décret précisera les modalités de sa mise en œuvre et il est prévu que le Gouvernement en fasse l'évaluation dans un rapport remis au Parlement.

¹ Extrait du rapport d'information de la Mecss du Sénat sur le RSI, pp16 et 17.

² p 45.

Votre rapporteur considère que cette expérimentation doit être l'occasion d'aller plus loin et proposera un dispositif complémentaire. Les attentes en matière de simplification des modalités de recouvrement et de calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales sont fortes. Des réponses doivent être apportées rapidement sur ce sujet.

6. L'autorisation de légiférer par ordonnance pour parachever la réforme (IX)

Enfin, le IX prévoit une demande d'habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance, dans les conditions fixées à l'article 38 de la Constitution, toute mesure législative visant à :

- assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes ;
- regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale ;
- abroger les dispositions législatives devenues obsolètes.

Votre rapporteur a en effet constaté l'étendue du travail de « toilettage » du code de la sécurité sociale qu'implique la mise en œuvre de cet article.

D. Aide à la lecture de l'article 11 et mesures de coordination (IV à VI)

Le I du présent article modifie principalement les dispositions du livre 2 du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation du régime général ainsi qu'à l'action de prévention et à l'action sanitaire et sociale des caisses le composant.

Le plan des titres 1 et 2 du Livre 2 pourra aider le lecteur à mieux situer l'impact des articles modifiés par le I dans le code de la sécurité sociale.

Plan des titres 1 et 2 du livre 2 du code de la sécurité sociale modifiés par le I de l'article 11

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses (articles L. 200-1 à L. 200-3, modifiés par les 1°, 2° et 3°)

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 1^{er} : Caisses primaires d'assurance maladie (articles L. 211-1 à L. 211-2-3, modifié par le 4^o)

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales. (articles L. 212-1 à L. 212-2)

Chapitre 3 : Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (U.R.S.S.A.F) (articles L. 213-1 à L. 213-4, modifié par le 5^o)

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Section 1 : Dispositions générales. (articles L. 215-1 à L. 215-4-1, modifié par le 6°)

Section 2 : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle. (articles L. 215-5 à L. 215-7)

Chapitre 6 : Constitution, groupement de caisses et délégations

Section 1 : Constitution. (article L. 216-1)

Section 2 : Groupement de caisses, délégations de missions et d'activités. (articles L. 216-2 à L. 216-3)

Section 2 bis : Caisse commune de sécurité sociale. (articles L. 216-4 à L. 216-7)

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 1 : Règlement intérieur. (article L. 217-1)

Section 2 : Dispositions diverses concernant les membres du conseil et les administrateurs des caisses. (article L. 217-2)

Section 4 : Dispositions relatives aux agents de direction (articles L. 217-3 à L. 217-7)

Section 5 : Dispositions d'application. (article L. 217-8)

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 1^{er} : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (articles L. 221-1 à L. 221-5, modifié par le 7° et 8°)

Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (articles L. 222-1 à L. 222-7, modifié par le 9°)

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales (articles L. 223-1 à L. 223-4, modifié par le 10°)

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale (articles L. 224-1 à L. 224-14)

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Section 1 : Missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (articles L. 225-1 à L. 225-1-4, modifié par le 11°)

Section 2 : Organisation et moyens de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (articles L. 225-2 à L. 225-6)

Chapitre 6 : Dispositions relatives aux agents de direction des organismes nationaux (article L. 226-1)

Chapitre 7 : Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion (articles L. 227-1 à L. 227-3, modifié par le 12°)

Chapitre 8 : Institut national de formation (article L. 228-1)

Le II réécrit intégralement le livre 6 du code la sécurité sociale. Le tableau suivant propose le nouveau plan consolidé du livre 6 tel qu'il résulte du II et des mesures de coordination contenues dans la suite de l'article 11 (III, IV, V et VI).

Il tient compte des précisions rédactionnelles adoptées par l'Assemblée nationale et le Sénat.

Nouveau plan du livre 6 du code de la sécurité sociale modifié par le II et le VI de l'article 11 « Dispositions applicables aux non-salariés »			
Intitulé de la section	Nouvelle numérotation d'article	Ancien numéro d'article	Section du II modifiant la section
Titre Premier : Dispositions générales			1°
Chapitre 1 ^{er} : Champ d'application	L. 611-1	L. 613-1	1° et 2°
Chapitre II : Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants	L. 612-1 à L. 612-6		3° et 4°
Chapitre III : Dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants			5° a)
-Section première : <i>Cotisations d'allocations familiales</i>	L. 613-1 [nouveau]		5° b), 5° b bis Art7 - 11°
-Section 2 : <i>Modernisation et simplification des formalités</i>	L.613-2 L. 613-3 L. 613-4 L. 613-5 L. 613-6	L.133-5-2 ; L. 133-6-7 ; L. 133-6-7-1 ; L. 133-6-7-2 L. 133-6-7-3	5° c) à e) 5° bis 5° ter 5° quater 5° quinquies 5° sexies A
-Section 3 : <i>Dispositions diverses</i>	L. 613-9	L. 131-6-3	5° sexies 5° septies
Chapitre V : Contrôles et sanctions	L. 615-1, L. 615-2, L. 615-3, L. 615-4, L. 615-5 [nouveau]	L. 652-7 ; L. 637-1 ; L. 637-2, L. 652-4	6° 6° bis 6° ter 6° quater 6° quinquies 6° sexies
Titre II : Assurance maladie, maternité			7°
Chapitre Ier : Cotisations	L. 621-1 à L. 621-3 [nouveaux]		8° et Art7 -12°
Chapitre II : Prestations maladie en espèces	L. 622-1, L. 622-2, L. 622-3	L. 622-1, L. 613-20, L. 613-8	9° a) et a bis) 9° b) 9° bis) 9° ter)
Chapitre III : Assurance maternité	L. 623-1, L. 623-2, L. 623-3, L. 623-4 L. 623-5	L. 613-19, L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 613-19-3 L. 613-21	10° a) à c) 10° bis 10° ter 10° quater 10° quinquies 10° sexies
Titre III : Assurance invalidité et assurance vieillesse			11°
Chapitre Ier : Champs d'application	L. 631-1 [nouveau]		12°
Chapitre II : Assurance invalidité et décès	L. 632-1, L. 632-2 [nouveau] L. 632-3	L. 635-5 L. 635-6	13° 13° bis 13° ter 13° quater
Chapitre III : Cotisations d'assurance vieillesse	L. 633-1 L. 633-11	L. 633-10 L. 633-11	14° a), a bis) 14° b) 14° c)

Chapitre IV : Prestations d'assurance vieillesse			15° a)
-Section 1 : Généralités	L. 634-2 L. 634-2- L. 634-3 L. 634-3-1		15° b) 15° b bis) 15° c)
-Section 3 : Service des pensions de vieillesse	L. 634-6 L. 634-6-		15° d)
Chapitre V : Assurance vieillesse complémentaire	L. 635-1 L. 635-2 L. 635-3 L. 635-4 L. 635-4-1 [nouveau] L. 635-5 L. 635-6		16° a), a bis) 16° b) 16° c) 16° d)
Titre IV : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales			
Chapitre préliminaire : Champ d'application	L. 640-1		17° a)
Chapitre Ier : Organisation administrativ	L. 641-1		17° b)
-Section première : Caisse nationale	L. 641-2 à L. 641-4-1		
-Section 2 : Sections professionnelles	L. 641-5 à L. 641-7		
-Section 3 : Contrôles et sanctions	L. 641-8 [nouveau]	L. 652-6	17° c) 17° bis
Chapitre II : Organisation financière			
-Section première : Cotisations	L. 642-1 à L. 642-4-1		
-Section II : Recouvrement	L. 642-5 L. 642-6 [nouveau]		17° ter
Chapitre III : Affiliation – Prestations de base			
-Section première : Affiliation à la section professionnelle	L. 643-1-A	L. 133-6-10	17° quater ; 17° quinques
-Section II : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base	L. 643-1 à L. 643-6		
-Section III : Ouverture des droits et liquidation des pensions de réversion	L. 643-7		
-Section IV : Dispositions communes	L. 643-8 à L. 643-9 L. 643-10 [nouveau]		18°
Chapitre IV : Régime complémentaire vieillesse – Régime invalidité – décès	L. 644-1 à L. 644-4		
Chapitre V : Avantages praticiens et auxiliaires médicaux			
-Section 1 : Dispositions générales	L. 645-1 à L. 645-6		
Titre V : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance vieillesse			
Chapitre 1 ^{er} : Contributions d'équilibre			
Section 1 : Contribution sociale de solidarité la charge des sociétés	L. 651-1 à L. 651-9		
Section 2 : Contribution de solidarité à la charge des retraités	L. 652-12 à L. 651-13		

Chapitre 2 : Dispositions diverses	L. 652-14 à L.652-7		
Titre VI : Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs			19°
Chapitre unique : Affiliations.	L. 661-1 [nouveau]	L. 622-8	19° bis
Titre VII : Dispositions d'application			
<i>Article unique</i>	L. 671-1 [nouveau]		20°

Le **IV** prévoit une série de dispositions relatives **au maintien des droits et à la coordination entre régimes, à droit constant.**

L'attention de votre rapporteur a été plus particulièrement attirée par le **9°** qui réécrit l'article L. 172-2 du code de la sécurité sociale relatif à la **coordination entre régimes pour l'indemnisation, au titre des indemnités journalières, du risque maladie-maternité**. Selon les règles interrégimes actuellement en vigueur, lorsqu'un assuré débute une nouvelle activité professionnelle nécessitant un changement d'affiliation à la sécurité sociale, il peut percevoir des droits aux prestations espèces maladie-maternité dans le nouveau régime qui sont calculés sur la base des périodes d'affiliation de son précédent régime. Ces prestations sont alors servies par le nouveau régime.

Le nouvel article L. 172-2 prévoit que lorsqu'un assuré débute une activité ayant pour conséquence de l'affilier dans un régime au sein duquel les conditions d'ouverture de droits pour le service des prestations en espèces ne sont pas remplies, il demeure rattaché pendant un an à son précédent régime auprès duquel il peut bénéficier de prestations en espèce.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur, ce nouvel article pourrait entraîner des difficultés de gestion pour les régimes et avoir des conséquences sur l'indemnisation des assurés qui nécessitent un éclaircissement de la part du Gouvernement.

Le **V** liste une première série de coordinations rédactionnelles résultant de l'article 11. L'objet de la demande d'habilitation du Gouvernement consiste à pouvoir mener à terme ce travail de « toilettage » du code de la sécurité sociale.

Le **VI** procède à l'abrogation des articles du code de la sécurité sociale n'ayant plus d'objet.

Enfin, les dispositions transitoires prévues au **VII** échelonnent l'entrée en vigueur de cet article. Les principales étapes du transfert sont donc résumées et présentées ci-après.

Calendrier de mise en œuvre du transfert du RSI au régime général

Au 1 ^{er} janvier 2018	Disparition des caisses nationales et de base du régime social des travailleurs indépendants Création des caisses nationales et locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants Mission transférées aux branches du régime général, y compris délégation OC Couverture maladie et vieillesse des travailleurs indépendants de la responsabilité du régime général Administrateurs et instances de gouvernance maintenus Personnes et instances en charge des fonctions réglementaires maintenues Dispositions relatives à la COG maintenues
Au 1 ^{er} janvier 2019	Mise en place d'une nouvelle gouvernance Couverture maladie des travailleurs indépendants débutant une activité par les CPAM
Au 1 ^{er} janvier 2020	Dissolution des caisses déléguées Création du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants Transfert droits et obligations du RCI et du RID au conseil de la protection sociale des TI Transfert droits et obligations de la gestion administrative aux organismes du régime général Reprise de l'activité des OC par la branche maladie du régime général

III – Le dispositif proposé concernant la modification des règles d'affiliation de certaines professions libérales non réglementées à l'assurance vieillesse

A. Une mesure déjà engagée dans la LFSS pour 2017 mais partiellement censurée par le Conseil constitutionnel

La Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav) est l'une des dix sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnavpl)¹.

¹ Voir l'encadré « Rappel sur la protection sociale des travailleurs indépendants » au début du commentaire du présent article.

Elle est chargée, par délégation de la Cnavpl, d'assurer la gestion de l'assurance vieillesse des **architectes, géomètres, ingénieurs-conseils, des artistes ne relevant pas du régime de la Maison des artistes et de l'ensemble des professions libérales non réglementées, qui ne peuvent être classées dans l'une des neuf autres sections de la Cnavpl** (3° de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale).

La Cipav rencontre depuis plusieurs années de graves problèmes de dysfonctionnements dénoncés par la Cour des comptes¹ et qui ont été renforcés par l'affiliation d'un nombre important d'auto-entrepreneurs exerçant une activité libérale (320 000 des 550 000 cotisants du régime)².

Le précédent Gouvernement avait engagé, dans le PLFSS pour 2017, une réforme visant à circonscrire le périmètre d'affiliation de la Cipav en prévoyant à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale qu'un décret devait déterminer la liste des professions relevant explicitement de la Cipav. En conséquence, toute autre profession non affiliée à l'une des neuf autres sections de la Cnavpl devait ainsi relever du RSI.

Cette disposition a fait l'objet d'une censure du Conseil constitutionnel³ au motif que la détermination des catégories de personnes qui relèvent d'un régime de sécurité sociale correspond à l'un des principes fondamentaux de la sécurité sociale et relève à ce titre du domaine de la loi.

Le Gouvernement a profité de cette censure pour relancer la concertation avec l'ensemble des parties au cours d'une mission conduite par M. Philippe Georges, inspecteur général des affaires sociales honoraire.

La note de conclusion de la mission fait état d'un processus de concertation « *décevant et qui ne donne pas une image claire d'un consensus garantissant au Gouvernement la possibilité de légiférer, à nouveau, sans embûches* ».

La mission a identifié les trois problèmes que soulève actuellement la Cipav au regard de l'enjeu posé par les micro-entrepreneurs :

- un problème de gestion : malgré le redressement opéré depuis deux ans dans la gestion du régime, la situation demeure encore fragile, renforcée par « *la médiocre qualité de liaison entre les Urssaf percevant les cotisations et la Cipav utilisant les données des Urssaf pour établir les droits des assurés sociaux* » ;

¹ *D'abord dans son rapport public annuel de février 2014, La Cipav : une gestion désordonnée, un service aux assurés déplorable, puis dans son rapport public de février 2017 : La Cipav : une qualité de service encore médiocre, une réforme précipitée.*

² *Entre 2013 et 2016, le nombre d'auto-entrepreneurs devenus micro entrepreneurs a augmenté de 20,85 %², permettant aux effectifs globaux de la caisse de croître de 9,45 % alors que dans le même temps les effectifs de professionnels libéraux diminuaient de 4,50 %*

³ *Décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016*

- un problème de compensation : la forte augmentation du nombre de cotisants à la Cipav renforce le caractère débiteur de la Cnavpl au regard de la compensation démographique alors même qu'il s'agit d'une population active faiblement contributive du fait de ses très faibles revenus en moyenne ;

- un problème de gouvernance : les micro-entrepreneurs libéraux critiquent, par l'intermédiaire de la fédération des auto-entrepreneurs (FEDEA), le fait de ne pouvoir siéger au conseil d'administration de la Cipav. L'éligibilité à ce conseil n'est en effet possible qu'après 10 années d'exercice d'une activité libérale. La FEDEA, qui représente l'ensemble des micro-entrepreneurs y compris non libéraux, revendique une affiliation au RSI pour l'ensemble de ses adhérents.

B. Le dispositif proposé

Dans ce contexte, le texte proposé par le Gouvernement dans le présent article reprend l'esprit du dispositif de l'article 50 de la LFSS pour 2017, partiellement censuré, en prévoyant « *d'intégrer au fur et à mesure dans le nouveau dispositif l'ensemble des entrepreneurs ne relevant pas des professions libérales au sens strict. Cette mesure concernera les nouveaux créateurs d'activité relevant de ces professions ainsi que ceux qui souhaitent également être gérés dans ce nouveau cadre* »².

Le 17^o du II du présent article précise tout d'abord, dans la partie législative du code de la sécurité sociale, la liste des professions qui demeureront affiliées au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et par voie de conséquence à la Cipav.

Il modifie donc l'article L. 640-1 pour y faire figurer explicitement l'ensemble des professions concernées. Parmi les professions affiliées à la Cipav, y étaient déjà mentionnées : les professions d'ingénieur-conseil, d'architecte et de géomètre.

Le 17^o, dans sa version initiale, y ajoute les professions de :

- psychothérapeute, psychologue, ergothérapeute et ostéopathe, au titre des professions paramédicales qui complète le 1^o de l'article L. 640-1 ;
- d'artiste non mentionné à l'article L. 382-1 c'est-à-dire ne relevant pas de la Maison des artistes ;
- de moniteur de ski titulaire d'un brevet d'État.

Une série d'amendements adoptés à l'Assemblée nationale complète cette liste traduisant le caractère non stabilisé du dispositif (voir infra).

¹ L'année dernière, le RSI devait intégrer les professionnels libéraux non affiliés à la Cnavpl. Sa bascule dans le régime général entraîne donc une intégration de ces professionnels dans ce dernier.

² Fiche d'évaluation préalable du présent article, annexe 11, p. 76.

La Cipav voit donc le nombre de professions recensées parmi ses adhérents passer de plus de 300 à 10 (18 à l'issue du passage du texte à l'Assemblée nationale), ce qui représente une perte de plus de 80 % de ses cotisants au niveau du régime de base d'assurance vieillesse.

A l'instar de l'article 50 de la LFSS pour 2017, le présent article prévoit au **8^o du VII** une entrée en vigueur échelonnée du 17^o du II :

- dès le 1^{er} janvier 2018, tous les nouveaux micro-entrepreneurs (régis par l'article L. 133-6-8) basculeront au régime général ;

- à compter du 1^{er} janvier 2019 ce sera le cas pour les autres travailleurs indépendants créant leur activité dans des professions non visées par l'article L. 640-1.

Pour les travailleurs indépendants exerçant des professions ne relevant plus du périmètre de l'article L. 640-1 mais qui sont affiliés ou seront affiliés à la Cipav avant le 1^{er} janvier 2019, le présent article **prévoit un droit d'option au terme duquel, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023, ils peuvent demander à demeurer affiliés à la Cipav ou à être transférés au régime général d'assurance vieillesse.**

Dans ce cas, ils peuvent demander à **bénéficier de taux de cotisation spécifiques pour le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse** (art. L. 635-1). Le texte initial prévoyait de limiter cette possibilité jusqu'au 31 décembre 2026. Des différences significatives existent en effet en la matière entre les travailleurs indépendants affiliés au régime général et ceux relevant de la Cipav (*voir tableau ci-contre*).

Il est prévu que ces taux, qui seront fixés par décret, tiennent compte de différences existant entre les montants totaux de cotisations et contributions sociales dues par les professionnels libéraux affiliés à la CnavPL et les autres travailleurs indépendants. **De ce fait, le taux de cotisation de l'assurance vieillesse complémentaire sera diminué pour compenser à la fois le taux de cotisation plus élevé de l'assurance complémentaire mais également celui de l'assurance de base.¹**

¹ D'après une information obtenue en réponse à l'une des questions de votre rapporteur.

**Taux de cotisation en vigueur au RSI et à la CIPAV en 2016
hors régime micro (écart de 0,2% de cotisations pour ceux-ci)**

Pour mémoire, PASS 2016 = 38 616 €

Cotisation	Type de cotisation	Assiette	Taux RSI (artisan, commerçant ou industriel)	Taux CIPAV
Retraite de base	Cotisation plafonnée	Revenu compris entre 0 et 1 PASS	17,15 %	8,23 %
	Cotisation déplafonnée	Totalité du revenu ^(*) , y compris entre 0 et 1 PASS	0,50 %	1,87 %
	<i>Cotisation minimale</i>	<i>Assiette minimale</i>	<i>4 441 € (cotisation associée : 784 €^(a))</i>	<i>4 441 € (cotisation associée : 448 €^(b))</i>
Retraite complémentaire	Cotisation plafonnée	Partie du revenu sous plafond = 37 546 € (<i>ad hoc</i>)	7 %	8 classes de revenus (de moins de 26 580 € à plus de 123 300 €) pour des cotisations variant entre 1 214 € et 15 776 €
	Cotisation déplafonnée	Partie du revenu comprise entre 37 546 € et 154 464 €	8 %	

^(*) Plafond à 5 PASS pour la CIPAV

^(a) 4 441 x (17,15% + 0,50%) = 784 €.

^(b) 4 441 x (8,23% + 1,87%) = 448 €.

Source : Réponse du Gouvernement à une question de votre rapporteur

Le présent article garantit enfin que les droits acquis¹ au titre de la retraite de base à la date d'effet du changement d'affiliation seront conservés et liquidés selon la valeur du point à cette date, revalorisée en fonction de l'inflation. Les droits acquis de retraite complémentaire seront convertis dans le régime complémentaire des travailleurs indépendants.

III - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté une soixantaine d'amendements, dont plus de la moitié relève de la coordination, de la correction d'erreur matérielle ou de la clarification rédactionnelle.

¹ Comme l'ont indiqué à votre rapporteur les représentants de la Cipav, ce régime fonctionne par points tant au niveau de la base que de la complémentaire. Les travailleurs indépendants qui basculeront dans le régime général auront donc au moment de la liquidation de leur retraite deux types de pension : l'une de la Cipav, calculée en fonction du nombre de points acquis avant leur transfert et l'autre calculée en fonction de la durée d'assurance (nombre de trimestre validés) et de leur salaire annuel moyen lui-même calculé sur les 25 meilleures années... en attendant la réforme systémique qui pourrait avoir pour conséquence un changement des règles de calcul des droits qui pourraient s'acquérir sous la forme de points...

25 amendements plus substantiels sont à signaler :

- à l'initiative du rapporteur général, les députés ont décidé de préciser à l'article L. 200-1 (**I. 1° de l'article 11**) que les assurés salariés ou non-salariés couverts par le régime général sont obligatoirement affiliés au régime général. On sait l'importance de la réaffirmation de ce principe, contesté par une infime mais très organisée minorité au sein de la population des travailleurs indépendants¹ ;

- corigeant une incohérence qu'avait remarquée votre rapporteur, un amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales permet d'ajouter les organismes de la branche maladie à l'exécution du schéma stratégique d'organisation prévu à l'article L. 233-1 (**I. 14°**), qui doit permettre de bien prendre en compte les spécificités des travailleurs indépendants dans la nouvelle organisation. Ce schéma est établi conjointement par les directeurs des caisses nationales du régime général auquel s'associera désormais le directeur de la Cnam.

Votre rapporteur proposera un amendement rédactionnel permettant d'inclure explicitement les Cpam dans le contenu du schéma stratégique ;

- un amendement de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ouvre la possibilité au conseil de protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), dans l'exercice de ses missions déterminées à l'article L. 612-1 (**II. 4°**), de se voir communiquer les informations nécessaires par les organismes du régime général ;

- de même, la commission des affaires sociales a élargi la composition du CPSTI aux personnes retraités parmi les associations représentatives des travailleurs indépendants (**II. 4°**) ;

- à l'initiative des membres du groupe La République en Marche, les députés imposent que l'assemblée générale du CPSTI soit strictement paritaire, dans des conditions fixées par décret (**II. 4°**) ;

- un amendement du Gouvernement, adopté par les députés, permet à l'assemblée générale du CPSTI (**II. 4°**) de désigner un médiateur national chargé de coordonner l'activité des médiateurs placés auprès de chaque instance régionale. Ce médiateur remet un rapport annuel à l'assemblée générale, qui est par ailleurs transmis au Gouvernement et au Défenseur des droits ;

- un amendement du Gouvernement élargit les aides et prestations individuelles d'action sanitaire et sociale dont l'attribution est décidée par les instances régionales déléguées, conformément à l'article L. 612-4, en supprimant le terme « *individuelles* », afin de ne pas les restreindre à ce type de prestations (**II. 4°**) ;

¹ Voir sur ce point le rapport de la Mecss du Sénat sur le RSI, pp. 41-42 (La contestation du caractère obligatoire de la sécurité sociale : serpent de mer ou renouveau inquiétant ?)

- les députés, à l'initiative du Gouvernement, ont intégralement réécrit l'article L. 612-6 (II. 4°) qui fixe les modalités de désignation des membres des instances du CPSTI.

Les organisations souhaitant siéger au sein de ces instances devront **désormais se déclarer candidates et remplir cumulativement les critères de représentativités figurant à l'article L. 2151-1 du code du travail**¹. Il est précisé que le critère de l'influence se mesure au regard de l'activité et de l'expérience de l'organisation candidate en matière de représentation des travailleurs indépendants tandis que l'audience se mesurera en fonction du nombre de travailleurs indépendants adhérents.

L'acte de candidature pourra soit relever de la procédure visant à établir la représentativité des organisations professionnelles d'employeurs au niveau national et interprofessionnel, soit d'une procédure spécifique de candidature à la représentativité au sein des instances de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Un décret en Conseil d'État fixera, à l'issue de cette procédure de candidature, la liste des organisations appelée à siéger au CPSTI et à ses instances régionales ainsi que le nombre de sièges qui leur sera attribués. Votre rapporteur relève que, contrairement aux dispositions contenues dans le code du travail, le seuil minimal d'audience requis pour établir le caractère représentatif des organisations candidates n'est pas déterminé par la loi mais relève d'un décret en Conseil d'État.

Compte tenu des délais imposés à votre commission, votre rapporteur n'a pas été en mesure d'obtenir une projection précise de l'évolution des rapports de force entre les organisations des travailleurs indépendants au sein des futures instances du CPSTI. Le débat en séance publique devrait permettre de lever certaines zones d'ombre ;

- un amendement de la commission des affaires sociales modifie le contenu du nouvel article L. 622-2 (II. 9° bis) pour rétablir la possibilité, pour l'ensemble des travailleurs indépendants, d'instituer si le CPSTI en décide, des prestations supplémentaires, notamment au titre des accidents du travail et maladies professionnelles ;

¹ Critères que sont : le respect des valeurs républicaines, l'indépendance, la transparence financière, une ancienneté minimale de deux ans (champs professionnel et géographique), l'influence (activité et expérience), l'audience (mesurée en fonction du nombre d'entreprises adhérentes ou de leurs salariés).

- à l'article L. 640-1 (**II. 17°**) qui fixe le périmètre de professions libérales non réglementées éligibles à la CIPAV, plusieurs amendements sont venus compléter la liste des professions initialement retenues dans le projet du Gouvernement : **les chiropracteurs** (à l'initiative du rapporteur général en séance publique), **les diététiciens, les experts-automobile, les architectes d'intérieur, les économistes de la construction et les guides conférenciers** (à l'initiative de la commission des affaires sociales), **les guides de haute montagne et les accompagnateurs de moyenne montagne** (à la suite de l'adoption de l'amendement de nos collègues, membres du groupe Les Républicains) ont ainsi été ajoutés **leur permettant de demeurer affiliés à la Cipav**.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur, ces ajouts ont été le fruit de négociations au sein de l'Union nationale des professions libérales. La liste des professions souhaitant demeurer à la Cipav semble désormais stabilisée ;

- un amendement du Gouvernement introduit un **V° bis** pour modifier l'article L. 5553-5 du code des transports afin de préciser les modalités de revalorisation des salaires forfaitaires du régime des marins, qui constituent l'assiette de calcul des cotisations de ce régime, en fonction de l'évolution des prix à la consommation ;

- à l'initiative du Gouvernement, les députés ont également précisé le rôle du comité de surveillance prévu au **VII. 1°**, qui sera chargé de valider chacune des étapes de déploiement de la réforme en particulier celles concernant les transferts de personnel ou les mises en production de nouveaux outils informatiques ;

- un amendement de la commission des affaires sociales autorise les directeurs des caisses nationales ou locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants de signer, pour le compte du régime général et pendant la période de transition, les actes découlant de la gestion des prestations jusqu'à la reprise effective de l'activité en question par les caisses du régime général (**VII. 2°**) ;

- adopté en séance publique, un amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales supprime au quatrième alinéa du **VII. 2°** la récurrence selon laquelle la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants exerce ses missions dans la limite des missions qui échoient directement aux caisses nationales du régime général dès la période de transition, ce que prévoit déjà le deuxième alinéa de la même section ;

- au **VII. 2°** encore, un amendement du Gouvernement permet de prolonger le dispositif d'équilibrage financier et comptable de la gestion administrative des caisses déléguées des travailleurs indépendants pendant la période transitoire ;

- un amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales et de plusieurs membres du groupe La République en Marche introduit un **6° bis** au sein du **VII**, qui suspend en 2018 et 2019 la sanction prévue lorsqu'il est constaté qu'un travailleur indépendant, ayant demandé une modulation de ses cotisations sociales prévisionnelles sur la base d'une estimation de revenu de l'année en cours, a sous-estimé ce revenu au-delà d'un certain seuil par rapport au revenu finalement constaté. Cette sanction explique en partie le très faible recours à la faculté offerte aux travailleurs indépendants d'estimer leurs revenus annuels de façon à mieux faire correspondre la perception d'un revenu et le prélèvement de cotisations sociales ;

- adopté à l'initiative du Gouvernement, un amendement au **VII. 8°** supprime la limite dans le temps posée à la garantie offerte par le présent article aux professionnels libéraux non couverts à terme par la Cipav, que leur affiliation au régime général ne se traduira pas par une hausse de leurs cotisations retraite ;

- enfin, un amendement de la commission des affaires sociales prolonge, pour mieux en tirer les enseignements, la durée de l'expérimentation relative à la modulation des cotisations et contributions sociales prévisionnelles en fonction de leurs revenus mensuels ou trimestriels prévue au **VIII** en reportant la fin du 31 décembre 2018 au 30 juin 2019.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

IV. La position de la commission

Au terme de son cycle d'auditions sur le RSI, votre rapporteur général constate qu'un certain nombre de ses réserves initiales face au projet de suppression du régime des indépendants ont été levées.

Interpellant les responsables des caisses nationales du régime général et du RSI sur le fait que cette suppression faisait entrer la protection sociale des travailleurs indépendants dans une nouvelle zone de risques, votre rapporteur général a obtenu l'assurance qu'au regard des progrès réalisés depuis 10 ans et du temps laissé par la période de transition, le risque d'une nouvelle catastrophe industrielle était écarté.

Par ailleurs, ces auditions ont permis à votre rapporteur général de constater qu'aucun acteur du dossier n'envisageait encore sérieusement que la suppression du régime puisse être remise en cause.

De plus, cette simplification du paysage des organismes de sécurité sociale permettra d'une part de mieux adapter notre protection sociale « *aux évolutions des parcours professionnels, combinant de manière accrue activité salariale et indépendante* »¹ et d'autre part, de permettre aux travailleurs indépendants de bénéficier de droits sociaux comparables aux salariés.

Cela sera particulièrement vrai pour les travailleurs indépendants exerçant une activité libérale non réglementée et pour lesquels les critères d'affiliation entre le régime social des indépendants et la Cipav ne sont pas clairs. **La position prise par le Gouvernement n'est pas parfaite de ce point de vue et peut même sembler arbitraire mais elle a le mérite de simplifier ces règles d'affiliation au prix d'une augmentation des taux de cotisation de l'assurance vieillesse de base.**

Votre commission a donc pris la décision de ne pas proposer de suppression de l'article, position par laquelle elle aurait pu affirmer que la priorité n'était pas le changement de marque mais bien l'amélioration du service de recouvrement et la simplification du calcul de l'assiette des cotisations sociales.

Souhaitant obtenir au cours du débat en séance publique des garanties supplémentaires de la part du Gouvernement, au regard des points de vigilance que son rapporteur général a pu identifier, votre commission a donc adopté une série d'amendements modifiant en particulier les dispositions encadrant la période transitoire (VII de l'article 11) et l'expérimentation sur la modulation des cotisations sociales en fonction des revenus des travailleurs indépendants.

Votre commission a tout d'abord entendu le souhait des travailleurs indépendants de continuer à pouvoir disposer, au sein du régime général, d'un accueil qui leur soit dédié et qui sache répondre à leurs spécificités. Elle a donc adopté un amendement n° 60 permettant de spécifier que le schéma stratégique institué dans le futur article L. 233-1 du code de la sécurité sociale précise les modalités d'organisation d'un accueil et d'un accompagnement dédié des travailleurs indépendants.

La forme que pourrait prendre cet accueil est à définir par les caisses. Il semble par exemple inutile de prévoir un accueil dédié aux travailleurs indépendants au sein des Cpam, les prestations maladie étant strictement identiques à celles des salariés. En revanche, les spécificités des travailleurs indépendants sont beaucoup plus marquées au niveau de l'assurance vieillesse, la Cnav et son réseau de Carsat devant à terme liquider des prestations de retraite de base et de retraite complémentaire. Il en est de même pour les Urssaf, qui devront développer un service d'accueil dédié aux travailleurs indépendants, les prélèvements de cotisations constituant aujourd'hui encore la grande majorité des réclamations des travailleurs indépendants.

¹ Étude d'impact, p

Le directeur de l'Acoss s'est à ce titre engagé lors de son audition avec le rapporteur général, à ce que 50 % des ressources des Urssaf soit dès 2018 dédiées aux travailleurs indépendants.

Votre commission souhaite également obtenir des garanties quant au **pilotage politique de la réforme**. L'une des raisons l'échec du RSI et de l'Isu en 2008 repose sur la carence en matière de pilotage de la réforme. Votre commission salue la création d'un comité de surveillance et prend acte de la précision de ses missions, à la faveur de la lecture du texte à l'Assemblée nationale, pour lui confier la validation de toutes les étapes du projet touchant au transfert des personnels et à la mise en production des outils informatiques.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur, un groupement d'intérêt économique (GIE) rassemblant les caisses du régime général et le RSI doit être créé dès le début de l'année 2018 pour assurer la transition en matière de système d'information. **Le GIE serait constitué pour une durée supérieure à celle de la période de transition (jusqu'à fin 2022) de façon à garantir que l'actuel système d'information du RSI ne sera « débranché » que lorsque le nouveau système sera parfaitement opérationnel.**

Le comité de surveillance aura donc un rôle déterminant quant à la validation des différentes étapes de la transition. Votre commission a donc souhaité en renforcer le caractère stratégique en adoptant un amendement n° 90 visant à instituer ce comité de surveillance directement auprès des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget et en confiant à son président la possibilité de saisir, via les ministres, les corps de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales. **Ce comité, qui devra être présidé par une personnalité qualifiée, nommée par les ministres et reconnue pour ses qualités et son expérience en matière de conduite du changement dans la sphère sociale, doit pouvoir disposer pour l'exécution de sa mission d'informations indépendantes par rapport aux caisses du régime général.**

Le troisième point de vigilance que votre commission a souhaité aborder a trait au **transfert des personnels du RSI et des organismes conventionnés**. **7 500 à 8 000 personnes sont directement concernées par cette réforme et se retrouvent aujourd'hui dans une situation d'insécurité quant à leur devenir professionnel.**

C'est d'ailleurs la dimension « ressources humaines » du projet qui a conduit votre rapporteur général à ne pas proposer de rallonger la période de transition, ce qui aurait pu permettre de sécuriser le dispositif de suppression du RSI.

Cet allongement aurait pu en effet intensifier « l'évaporation des compétences »¹ alors même que la clé de la réussite du projet réside dans l'implication pleine et entière du personnel actuel du RSI et des organismes conventionnés, dont le travail au cours des dix dernières années a largement contribué à limiter la gravité des insuffisances du régime auprès des travailleurs indépendants. Il est rappelé que pour les personnels, la date butoir fixé par la loi pour leur trouver une solution de reprise au sein du régime général est fixée au 30 juin 2019. Votre commission appelle donc les caisses nationales du régime général et leurs réseaux respectifs à tout faire pour accueillir au mieux et avec bienveillance les personnels du RSI.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur général, la répartition de ces personnels pourrait s'effectuer selon les proportions suivantes : la Cnam intégrerait les 2 300 personnels travaillant dans les organismes conventionnés ainsi que les 700 personnes qui au sein du RSI traitent actuellement directement de l'assurance maladie ; la Cnav le ferait pour les 1 000 agents du RSI qui liquident les retraites des indépendants ; enfin l'Acoss accueillerait les 1 900 agents qui participent à la mission de recouvrement au sein des directions régionales du recouvrement. Enfin, les 900 agents de la caisse nationale du RSI et les 700 autres agents du réseau chargés des missions transversales se répartiront équitablement entre les trois branches selon une clé de répartition actuellement en cours de discussion.

S'agissant des **garanties offertes aux salariés du RSI** (maintien de salaires, pas de mobilité géographique), une négociation doit être conclue entre l'Union des caisses nationales de sécurité sociale et les organisations syndicales de salariés représentatives du RSI pour aboutir à des accords d'accompagnement. Votre rapporteur a été saisi du risque d'insécurité juridique que pourrait faire peser la participation à ces négociations d'une organisation syndicale qui, bien que dominante au sein des agents de direction et agents comptables, ne serait pas représentative au sens du code du travail.

Si votre commission ne souhaite pas s'ingérer dans la détermination des organisations légitimes à participer à ces négociations, elle a toutefois adopté un amendement n° 95 permettant de sécuriser le ou les futurs accords en prévoyant que ladite organisation ne pourra qu'assister aux négociations.

Enfin, consciente que le véritable enjeu pour les travailleurs indépendants réside dans le poids et les modalités de calcul de leurs cotisations sociales, votre commission souligne l'intérêt de l'expérimentation entreprise au **VIII** au sujet de l'auto-liquidation.

¹ Pour reprendre l'expression utilisée par le directeur de l'une des caisses nationales du régime général lors de son audition devant votre commission.

Elle considère toutefois que son périmètre manque d'ambition et qu'une simplification radicale est attendue de la part des travailleurs indépendants.

Des travaux récents ont été publiés pour proposer des pistes de réformes plus ou moins ambitieuses¹. Votre commission considère donc que le temps n'est donc plus à commander de nouveaux rapports mais bien à prendre date pour envisager, pendant la période de transition qui s'ouvre, des pistes concrètes de simplification du recouvrement des travailleurs indépendants.

À des fins de cohérence rédactionnelle, votre commission a tout d'abord adopté un amendement n° 96 visant à déplacer le 6° bis du VII suspendant la sanction dans le cadre de la procédure d'estimation des revenus des travailleurs indépendants pour le déplacer au sein du VIII. Le caractère temporaire (2018 et 2019) de cette mesure justifie de la rapprocher de l'expérimentation prévue au VIII de façon à disposer au sein de cette section d'une vision consolidée des dispositions temporaires prises en matière de simplification du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

Votre commission a par ailleurs adopté un amendement n° 97 visant à prendre date, au terme de l'expérimentation, pour envisager les solutions concrètes de simplification. Son I confie à l'Acoss la tâche de proposer au Gouvernement, à l'arrivée à échéance de l'expérimentation, les pistes d'amélioration de son offre de services pour réduire le délai entre la perception d'un revenu et le prélèvement des cotisations sociales afférentes. Son II demande au Gouvernement de préciser, à l'occasion de la présentation de son rapport d'évaluation de l'expérimentation au Parlement, les pistes concrètes de simplification du calcul de l'assiette servant de base au calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs.

Le Gouvernement doit en particulier rapidement examiner la faisabilité d'un système de recouvrement des cotisations contemporain à la perception du revenu sur le modèle du programme actuellement développé, dans le cadre du secrétariat général à la modernisation de l'action publique, par la « start d'up d'État » *Prélèvement à la source des indépendants*².

S'agissant de la réduction du périmètre de la Cipav, votre commission demeure sur sa position de l'année dernière et votera la disposition proposée.

Votre commission a par ailleurs adopté une série d'amendements rédactionnels ou de coordination.

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

¹ Il en est ainsi du rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection général des affaires sociales sur les évolutions de l'assiette et des modalités de calcul et de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants (juillet 2016) ou encore du rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale sur la protection sociale de non-salariés et son financement (octobre 2016) et plus particulièrement son chapitre 4 (octobre 2016).

² <https://beta.gouv.fr/startup/psi.html>

CHAPITRE 3

Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12

Augmentation du droit de consommation sur le tabac en France continentale et en Corse

Objet : Cet article relève progressivement le niveau du droit de consommation applicable aux différents produits du tabac en France continentale et celui applicable en Corse sur la période 2018-2020, l'objectif étant d'aboutir à une hausse du prix de vente au détail qui soit désincitative pour les consommateurs.

I - Le dispositif proposé

1. La fiscalité applicable aux produits du tabac

Les tabacs manufacturés commercialisés en France continentale sont soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et au droit de consommation, tous deux recouvrés par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI).

Le droit de consommation est un droit d'accise, qui se justifie par les dangers sanitaires spécifiques liés à la consommation de produits du tabac. Entièrement centralisé à l'Acoss pour l'ensemble des attributaires, son produit s'élève à environ 11,4 milliards d'euros.

Conformément à l'article 575 du code général des impôts (CGI), l'assiette du droit de consommation est le prix de vente au détail des tabacs manufacturés. Celui-ci est librement fixé par les fabricants mais doit être homologué par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget.

En vertu de la directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011¹, le droit de consommation se décompose, pour chaque groupe de produit, en deux parts :

- la **part spécifique** correspond à un montant exprimé en euros pour 1 000 unités (cigarettes, cigares et cigarillos) ou 1000 grammes (tabacs à rouler et autres tabac à fumer) ;

¹ Directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.

- la **part proportionnelle** résulte de l'application d'un taux proportionnel au prix de vente au détail.

La part spécifique et le taux proportionnel sont définis à l'article 575 A du code général des impôts.

Pour l'intégralité des produits du tabac sauf les tabacs à priser et à mâcher, **le montant du droit de consommation ne peut être inférieur à un minimum de perception**. Il s'agit du montant minimum de droit de consommation perçu, quel que soit le prix de vente pratiqué. Il est exprimé pour 1 000 unités ou 1 000 grammes. La maîtrise de ce paramètre permet **d'éviter que les prix proposés par les fabricants de tabac soient d'un montant trop faible par rapport aux objectifs de prix des pouvoirs publics**. A défaut d'un tel outil fiscal, des fabricants pourraient être incités à proposer des prix d'entrée de gamme très faibles. Le minimum de perception peut faire l'objet d'une majoration maximale de 10 % par un arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la santé.

2. Les hausses du droit de consommation prévues entre 2018 et 2020 en France continentale

En majorant les accises sur l'ensemble des produits du tabac, le Gouvernement entend, sous l'hypothèse d'une marge constante des fabricants, inciter ces derniers à augmenter les prix jusqu'à une valeur-cible, tout en limitant les effets de reports de consommation entre les différents produits.

A cette fin, le présent article augmente graduellement, **dès 2017 puis au cours des trois prochaines années**, la fiscalité applicable aux produits du tabac, **l'objectif étant un prix du paquet de cigarettes à environ 10 euros au 1^{er} novembre 2020**. Il propose une augmentation en cinq paliers des accises proportionnelle et spécifique ainsi que des minima de perception, selon des modalités propres à chaque catégorie de produits. Le dispositif conduit à augmenter proportionnellement davantage la fiscalité pesant sur le tabac à rouler et sur les cigares et cigarillos que celle sur les cigarettes, l'objectif étant de réduire les risques de substitution entre ces différents produits.

Les hausses du droit de consommation prévues entre 2018 et 2020 pour la France continentale sont prévues aux paragraphes I à V du présent article :

- En septembre 2017, un premier relèvement maximal par arrêté des minima de perception a été mise en œuvre¹, qui sera suivie le **1^{er} mars 2018** d'une **première hausse** du droit de consommation - la plus importante de l'ensemble des hausses programmées - **(paragraphe I)** et d'une **nouvelle hausse des minima de perception en novembre 2018**.

¹ Arrêté du 22 septembre 2017 portant mise en œuvre de la majoration des minima de perception, prévue par l'article 575 du code général des impôts.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, la première année, les poids relatifs de l'accise proportionnelle et de l'accise spécifique demeurerait inchangés. Les minima de perception seraient augmentés proportionnellement aux prix-cibles, en maintenant constant le rapport entre la minimum de perception et la fiscalité applicable au prix moyen du produit de tabac concerné.

- Les hausses suivantes auraient lieu le **1^{er} avril 2019 (paragraphe II)**, le **1^{er} novembre 2019 (paragraphe III)**, le **1^{er} avril 2020 (paragraphe IV)** et le **1^{er} novembre 2020 (paragraphe V)**.

Selon l'étude d'impact du projet de loi, à l'issue des hausses programmées jusqu'en 2020, le prix de vente des cigarettes devrait avoir augmenté de 20 % et celui des autres produits du tabac de 25 %. Les objectifs de prix-cibles poursuivis par ce dispositif sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Les prix-cibles recherchés pour la période 2017-2020
(prix moyens pondérés en €) en France continentale**

	2017		2018		2019		2020	
	Oct.	Nov.	Mars	Nov.	Avril	No.	Avril	Nov.
Cigarettes	6,8	7,1	8,1	8,1	8,6	9,1	9,6	10,0
Blague de tabac à rouler	8,6	8,8	10,8	10,8	11,7	12,6	13,5	14,4
Cigares et cigarillos	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7

Source : Étude d'impact du Gouvernement

Ces augmentations devraient générer un surcroît de recettes fiscales dès 2018, car la baisse du volume des ventes serait plus que compensée par la hausse du droit de consommation.

Sous les hypothèses d'une élasticité-prix de -0,75 et d'une marge constante des fabricants, et sans tenir compte d'un effet d'anticipation qui pourrait conduire certains consommateurs à augmenter leurs achats en 2017 pour les réduire en 2018, le **Gouvernement évalue le rendement cumulé de ce dispositif à 510 millions d'euros pour les administrations de sécurité sociale en 2018**, dont 352 au titre des cigarettes, 110 au titre du tabac à rouler et 40 au titre des cigares et cigarillos.

En année pleine, la hausse de la fiscalité adoptée en 2018 aurait un rendement de 604 millions d'euros. Au total, le rendement pour l'assurance maladie du dispositif prévu au présent article (impact de l'ensemble des hausses de fiscalité en 2018, 2019 et 2020) serait de 1,392 milliard d'euros.

**Impact financier du dispositif proposé pour les administrations
de sécurité sociale entre 2018 et 2022**

(en millions d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cnamts		510	940	1319	1392	1392

Source : *Étude d'impact du Gouvernement*

À cela s'ajoutent **les recettes supplémentaires de TVA pour l'État, qui devraient s'élever à environ 66 millions d'euros en 2018** selon les informations communiquées par le Gouvernement à votre rapporteur général.

• *Le dispositif proposé pour les cigarettes*

En ce qui concerne les cigarettes, l'étude d'impact du projet de loi prend comme référence le prix moyen constaté en septembre 2017, c'est-à-dire 6,8 euros pour un paquet.

La hausse maximale des *minima de perception* décidée en septembre 2017 aurait pour effet d'augmenter les prix de 35 centimes s'agissant du prix moyen (qui serait donc porté à 7,1 euros) et de 50 centimes s'agissant du paquet d'entrée de gamme.

Cinq hausses interviendraient ensuite graduellement en application du présent article :

- le 1^{er} mars 2018, une hausse de 1 euro du prix moyen pondéré du paquet, qui serait porté à 8,10 euros ;
- les 1^{er} avril 2019 et 1^{er} novembre 2019, deux hausses successives de 0,5 euro chacune ;
- enfin, les 1^{er} avril et 1^{er} novembre 2020, deux hausses de respectivement 0,5 et 0,4 euro.

À chaque hausse, le poids de l'accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera relevé de 1 point. Ce choix se justifie pour son impact sur l'« arbre des prix » des produits du tabac, qui aurait tendance à rétrécir en raison d'une moindre différenciation des marques de cigarettes, en particulier celles ayant les prix les plus élevés.

Les hausses de fiscalité applicables aux cigarettes suivront un rythme inférieur à celui défini pour les hausses prévues pour les autres catégories de produits. Pour le Gouvernement, cette option a été privilégiée par la volonté d'éviter les risques de substitution vers les produits soumis à une fiscalité de niveau plus réduit.

- *Le dispositif proposé pour les cigares et cigarillos*

En ce qui concerne les cigares et cigarillos, l'objectif poursuivi est une hausse du prix moyen de 0,10 euros en 2018. Chacune des quatre hausses de fiscalité en 2019 et 2020 a pour objectif la hausse de prix de ces produits de 4 centimes.

Les hausses proposées au présent article portent principalement sur l'accise spécifique, dans le but d'inciter à une forte augmentation des prix d'entrée de gamme. Ainsi, à l'occasion de chaque hausse en 2019 et 2020, le poids de l'accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera réduit d'1 point. Le Gouvernement justifie ce choix par la forte hétérogénéité des produits appartenant à cette catégorie.

Au total, le droit de consommation sur les cigares et cigarillos augmenterait davantage que celui applicable aux cigarettes en raison du niveau de fiscalité aujourd'hui inférieur sur ces produits et des risques de substitution vers des « cigarillos 'ressemblant' à des cigarettes » (étude d'impact).

- *Le dispositif proposé pour le tabac à rouler*

Pour le tabac à rouler, le prix moyen de la blague de 30 grammes passerait à 10,80 euros en 2018. Chacune des quatre hausses de fiscalité intervenant en 2019 et 2020 a pour objectif une hausse des prix de 90 centimes.

A l'occasion de chacune de ces hausses, le poids de l'accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera relevé de 1 point.

- *Le dispositif proposé pour les autres produits du tabac*

Les autres produits du tabac (tabac à fumer, à priser, à mâcher) feraient l'objet d'une augmentation comparable à celle des cigarettes, sans changement de la structure de la fiscalité. En l'absence de part spécifique ou de minimum de perception applicable à ces produits, seule l'augmentation de la part proportionnelle est prévue.

3. La mise en place d'un nouveau mécanisme d'indexation des parts spécifiques et des *minima* de perception à compter de 2021

Pour la période postérieure au 1^{er} novembre 2020, le présent article prévoit par ailleurs un mécanisme d'indexation des parts spécifiques et des *minima* de perception sur l'indice des prix à la consommation hors tabac publié par l'Insee.

L'alinéa 26 dispose ainsi que chaque année le 1^{er} janvier, les montants de la part spécifique et du minimum de perception applicables à chacune des catégories de produit du tabac seront relevés **dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac** constaté l'avant-dernière année précédant le relèvement **dans la limite de 1,8 %**. Cette indexation serait inscrite dans un arrêté signé par le ministre chargé du budget.

4. L'augmentation de la fiscalité applicable au tabac en Corse

En vertu de l'article 575 E *bis* du code général des impôts, par rapport au continent, la Corse se voit appliquer un régime fiscal dérogatoire pour les produits du tabac :

- les montants des droits de consommation du tabac sont inférieurs : en 2017, les parts proportionnelle et spécifique pour les cigarettes sont de 40 % et 25 euros en Corse contre 49,7 % et 48,75 euros en France continentale ;

- le minimum de perception n'est pas applicable ;

- pour la fixation du prix de vente au détail des produits du tabac, le prix ne doit pas être inférieur à une certaine fraction des prix de vente continentaux pour le même produit (75 % pour les cigarettes).

Enfin, l'affectataire des droits d'accises est la collectivité de Corse.

L'application de ces règles conduit à un niveau inférieur du prix de vente du tabac dans cette région, le prix moyen pondéré du paquet de cigarettes s'élevant à 5,1 euros.

Les paragraphes VI à X du présent article prévoient une hausse échelonnée spécifique de la fiscalité sur les produits du tabac en Corse avec pour objectif une hausse de 1 euro en moyenne en 2018, comme sur le continent. Cette hausse aurait lieu selon le même calendrier que celui prévu au plan national mais à un niveau plus soutenu.

L'objectif de prix moyen pour le paquet de cigarettes commercialisé en Corse est de 8,0 € en novembre 2020 à l'issue d'une une hausse en cinq paliers : 1 euro en mars 2018 (**paragraphe VI**), deux hausses de 0,5 euro en 2019, successivement le 1^{er} avril (**paragraphe VII**) et le 1^{er} novembre (**paragraphe VIII**), et enfin deux relèvements successifs en 2020 de 0,5 euro le 1^{er} avril (**paragraphe IX**) et 0,4 euro le 1^{er} novembre (**paragraphe X**).

Les objectifs de prix-cibles poursuivis pour les cigarettes commercialisées en Corse sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Les prix-cibles recherchés pour la période 2017-2020 (prix moyens pondérés en €) pour les cigarettes en Corse

2017	2018		2019		2020	
	PMP actuel	Mars	Nov.	Avril	Nov.	Avril
5,1	6,1	6,1	6,6	7,1	7,6	8,0

Source : Étude d'impact du projet de loi

Une hausse du droit de consommation est également prévue pour les autres produits du tabac commercialisés sur l'île.

La collectivité territoriale de Corse demeure l'affectataire des droits de consommation spécifiques à la Corse. Selon l'étude d'impact du projet de loi, sous l'hypothèse d'une élasticité-prix de -0,85 en 2018, **le rendement de la mesure devrait s'élever à 22 millions d'euros en rythme de croisière.**

**Impact financier du dispositif proposé
pour la collectivité territoriale de Corse entre 2018 et 2022**

(en millions d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Corse		5	10	18	22	22

Source : Étude d'impact du projet de loi

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement qui concerne la signature de l'arrêté de revalorisation des parts spécifiques et des *minima* de perception au 1^{er} janvier de chaque année à compter de 2021. À partir de cette date, ce nouveau dispositif d'indexation fera l'objet d'un **arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget** et non plus d'un arrêté du seul ministre chargé du budget.

III - La position de la commission

Votre commission estime que les conséquences humaines, sanitaires, sociales et financières du tabagisme justifient des mesures fortes de la part des pouvoirs publics. Le tabac est responsable d'environ 75 000 morts prématurées chaque année et le coût pour les finances publiques de la prise en charge des pathologies liées au tabac, déduction faite des recettes fiscales liées à la taxation du tabac, est estimé à 13,9 milliards d'euros¹. Dans ce contexte, votre commission se félicite du dispositif proposé au présent article, qui témoigne de la conciliation opérée au sein du Gouvernement entre les considérations de santé publique et celles relatives au niveau des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale.

¹ *Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), « Le coût social des drogues en France » (Kopp, 2015).*

L'évaluation des mesures fiscales intervenues au cours des dernières années, en particulier celles de 2014 et 2017, tend à indiquer que seule une hausse forte et globale produit de réels effets sur les comportements de consommation.

- Début 2014, le minimum de perception sur les cigarettes a été porté de 195 à 210 euros les 1000 unités, et celui sur les cigares et cigarillos de 90 à 92 euros les 1 000 unités. Le minimum de perception sur les tabacs à rouler est quant à lui passé de 125 à 143 euros les 1 000 grammes. Selon les informations communiquées à votre rapporteur général par l'administration des douanes, par rapport à 2013, les ventes des produits du tabac ont baissé de 5 % en volume en 2014 mais sont restées stables en valeur. S'agissant des cigarettes, les ventes ont baissé de 5,3 % en volume et de 0,8 % en valeur. En ce qui concerne les tabacs à rouler, elles ont baissé de 3,5 % en volume mais augmenté de 6,9 % en valeur. **Au total, la hausse des minima de perception n'a pas eu d'effet sur les prix** car les industriels positionnés sur le segment d'entrée de gamme n'ont pas répercuté les hausses intervenues sur les prix proposés aux consommateurs.

- En 2017, une double hausse de fiscalité est intervenue avec une augmentation en janvier de la fiscalité sur les tabacs à rouler (hausse du taux proportionnel et du minimum de perception) et une hausse en mars des minimums de perception à la fois sur les cigarettes et sur le tabac à rouler. L'administration des douanes indique ces hausses ont eu un impact sur les prix du tabac à rouler, dont le prix d'entrée de gamme est passé de 7,40 à 8 euros la blague de 30 grammes. En revanche, aucun effet n'a été observé sur le prix des cigarettes. **Par rapport à septembre 2016, le marché du tabac affiche une baisse de 2,4 % en volume mais reste quasi-stable en valeur.** Le marché des cigarettes a baissé de 1,6 % en volume et de 1,4 % en valeur. Le marché des tabacs à rouler a quant à lui baissé de 6,2 % en volume mais progressé de 5,7 % en valeur.

L'évolution intervenue en 2017, le recul de la consommation observée au début des années 2000 après une hausse d'envergure de la fiscalité et certains exemples étrangers tendent à confirmer le lien très clair entre une hausse forte de la fiscalité, une augmentation importante du prix et une baisse des volumes vendus en raison d'une baisse de la consommation. Au Royaume-Uni par exemple, où le prix des cigarettes a augmenté de plus de 200 % entre 1992 et 2011, les ventes ont chuté de 51 % parallèlement à une hausse des recettes fiscales de 44 % selon les informations transmises à votre rapporteur général. La prévalence du tabagisme des jeunes a connu une baisse de 27 % à 20 % entre 2000 et 2010.

Au regard de la situation géographique particulière du Royaume-Uni, votre commission est néanmoins consciente des limites de ces comparaisons internationales. Elle estime que pour assurer le succès du dispositif proposé au présent article, les autorités devront renforcer les moyens dédiés à la lutte contre les achats illicites de tabac.

A cet égard, elle relève que l'administration est particulièrement mal outillée pour observer, dans les régions frontalières et en dehors du réseau légal, les évolutions consécutives aux modifications du régime fiscal des produits du tabac. Selon les informations communiquées à votre rapporteur général, à ce jour, l'État ne dispose en effet pas de données statistiques régionales sur le marché du tabac. De même, aucune étude gouvernementale n'existe sur les ventes réalisées en dehors du réseau légal. Seule une étude réalisée par le cabinet KPMG, financée par les industriels du tabac est disponible et fait état, en 2016, de 14,7 % de contrefaçon et contrebande et de 13,3 % de ventes non domestiques. Sur cette question, votre commission appelle de ses vœux une étude scientifique financée par les autorités publiques et sa mise à disposition dans le cadre de données ouvertes.

En ce qui concerne plus particulièrement le tabac à rouler, votre commission avait indiqué à l'occasion de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui prévoyait une augmentation du poids de la part proportionnelle sur ces produits, que ce dispositif ne permettrait qu'un alignement fiscal encore incomplet sur celle pesant sur les cigarettes. De fait, en dépit de la mesure adoptée, le prix vente du tabac à rouler est demeuré inférieur à celui des cigarettes. Dans ces conditions, votre commission soutient le présent dispositif qui augmente, dans des proportions légèrement supérieures à celles prévues pour les cigarettes, le droit de consommation et le minimum de perception sur le tabac à rouler.

De façon générale, votre commission rappelle néanmoins la prudence avec laquelle doivent être maniées les hypothèses retenues par le Gouvernement dans l'évaluation du dispositif proposé. En tout état de cause, si cela s'avère nécessaire, des recalibrages devront être envisagés en fonction des comportements observés ; à cet égard, votre commission partage le pragmatisme du Gouvernement qui indique dans l'étude d'impact que « *si les prix observés au cours de la période 2018-2020 venaient à être inférieurs aux cibles envisagées, des ajustements réglementaires ou législatifs pourraient être effectués avant 2020* ».

Enfin, votre commission tient à souligner qu'elle approuve sans réserve la modification apportée à l'Assemblée nationale sur la proposition du rapporteur général en ce qui concerne la signature conjointe par les ministères de la santé et du budget des arrêtés qui fixeront à partir de 2021 l'indexation annuelle des parts spécifiques et des *minima* de perception. Il s'agit d'une mesure de cohérence, des arrêtés conjoints étant d'ores et déjà prévus pour la fixation du prix moyen pondéré de vente au détail établi chaque année ainsi que pour le relèvement jusqu'à 10 % des *minima* de perception. Plus généralement, cette modification intervient dans une matière qui doit être traitée de concert entre les deux ministères.

S’agissant du mécanisme lui-même, votre commission partage l’avis du Gouvernement selon lequel il permettra d’adapter les déterminants des droits de consommation à la dynamique des prix et d’éviter que les valeurs ne deviennent caduques en l’absence de hausse ultérieure permettant de tenir compte de l’inflation. Elle relève que ce dispositif se rapproche de ceux prévus par ailleurs, comme par exemple pour les droits de consommation sur les boissons alcooliques qui font déjà l’objet d’un mécanisme d’indexation automatique.

S’agissant enfin des mesures prévues pour la Corse, votre commission rappelle que la non-application des règles fiscales en vigueur au plan national expose la France à l’ouverture de procédures, voire de sanctions, pour non-conformité avec le droit de l’Union européenne. La directive 2011/64/UE concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés prévoit en effet que le régime fiscal dérogatoire temporaire pour la Corse devait prendre fin le 31 décembre 2015. A cet égard, le Gouvernement indique que le début de convergence des prix entre la France continentale et la Corse nécessitera des travaux complémentaires. Votre commission regrette de ne pas disposer d’informations plus précises sur le calendrier envisagé par le Gouvernement pour mener à bien ce processus d’alignement.

Plus largement, la fiscalité du tabac ne peut se traiter qu’à l’unisson avec les partenaires européens de la France ; votre commission appelle donc le Gouvernement à poursuivre à l’échelle de l’Union européenne, les discussions visant à harmoniser vers le haut la fiscalité applicable aux produits du tabac.

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

*Article 13**(art. 1010 du code général des impôts)***Verdissement du barème de la taxe sur les véhicules de société**

Objet : Cet article modifie les barèmes et tarifs de la taxe sur les véhicules de société.

I - Le dispositif proposé**1. Dispositions actuelles**

L'article 1010 du code général des impôts (CGI) prévoit une taxe, communément appelée taxe sur les véhicules de société (TVS), due par les sociétés à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ces véhicules sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France.

La réforme de la TVS prévue par la LFSS pour 2017

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017¹ a prévu l'alignement, à compter du 1^{er} janvier 2018, de la période d'imposition de la TVS sur l'année civile au lieu de la période allant du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante. Afin de ne pas créer de « trimestre blanc », une imposition exceptionnelle a été créée au titre du dernier trimestre 2017, permettant à la branche famille de bénéficier d'une recette non pérenne estimée à 160 millions d'euros.

Cette loi a par ailleurs simplifié les modalités déclaratives de la TVS.

Le produit de la TVS est affecté à la branche famille. En 2017, il devrait être de 589 millions d'euros (hors imposition exceptionnelle au titre du dernier trimestre 2017).

Le montant de la TVS est la somme de deux composantes. La première est liée aux émissions de dioxyde de carbone (CO₂) ou, pour les véhicules les plus anciens, à la puissance fiscale. La seconde, créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014², est liée aux émissions de polluants atmosphériques.

– Composante « CO₂ »

Les modalités de calcul de la première composante dépendent de l'ancienneté du véhicule.

¹ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, art. 53.

² Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014, art. 30.

Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire, mis en circulation à compter du 1^{er} janvier 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1^{er} janvier 2006, le barème suivant s'applique :

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable (en euro par gramme de CO ₂)
inférieur ou égal à 50	0
supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
supérieur à 250	27

Pour les autres véhicules, le barème suivant s'applique :

Puissance fiscale (en CV)	Tarif applicable (en euros)
inférieure ou égale à 3	750
de 4 à 6	1 400
de 7 à 10	3 000
de 11 à 15	3 600
supérieure à 15	4 500

Les véhicules hybrides dont les émissions sont inférieures ou égales à 110 grammes de CO₂ par kilomètre parcouru sont exonérés de la composante CO₂ pendant les huit trimestres suivant leur première mise en circulation¹.

¹ Cette période est décomptée à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de la première mise en circulation.

– *Composante « polluants atmosphériques »*

La composante relative aux émissions de polluants atmosphériques est déterminée en fonction du type de carburant utilisé et de l'année de première mise en circulation selon le barème suivant :

Date de première mise en circulation	Tarif en euros	
	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
de 1997 à 2000	45	400
de 2001 à 2005	45	300
de 2006 à 2010	45	100
à compter de 2011	20	40

Les véhicules « diesel et assimilés » sont ceux fonctionnant au gazole ainsi que les véhicules hybrides électricité-gazole émettant plus de 110 grammes de CO₂ par kilomètre. Les autres véhicules sont assimilés aux véhicules « essence »¹.

Il est précisé que ce tarif ne s'applique pas aux véhicules exclusivement électriques.

2. Modifications proposées

Le présent article prévoit une évolution des barèmes et des conditions d'exonération de la TVS.

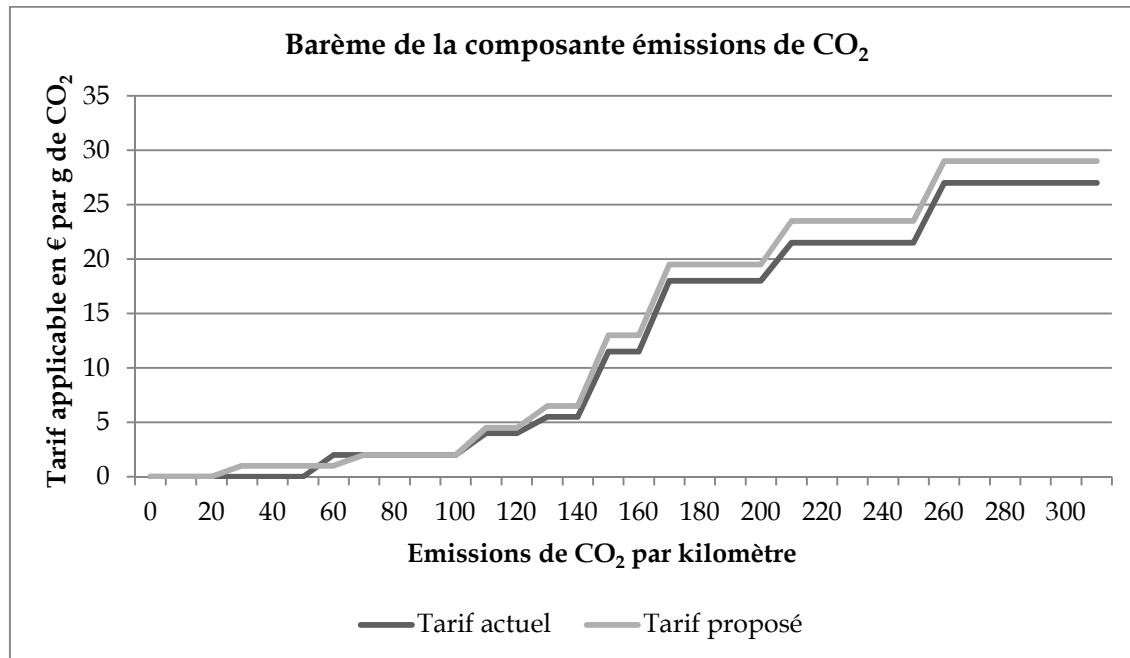
– *Composante « CO₂ »*

Il est ainsi proposé de remplacer le barème de la première composante par le suivant :

Taux d'émissions de CO₂ en gramme par kilomètre parcouru	Tarif applicable en euro par gramme de CO₂
inférieur ou égal à 20	0
20-60	1
60-100	2
100-120	4,5
120-140	6,5
140-160	13
160-200	19,5
200-250	23,5
supérieur à 250	29

¹ Par conséquent, les véhicules hybrides électricité-gazole émettant moins de 110 g de CO₂ par kilomètre entrent dans la catégorie des véhicules « essence et assimilé ».

Ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous, la modification proposée majore de manière progressive le barème applicables aux différentes tranches. Elle abaisse en outre de 60 g à 20 g le niveau d'émissions en deçà duquel le tarif applicable est nul et fait passer le plafond de la deuxième tranche de 50 g à 60 g de CO₂ par km.



Par ailleurs, s'agissant des véhicules hybrides, le seuil d'émissions de CO₂ en deçà duquel une exonération temporaire est prévue est abaissé de 110 g à 100 g, et les véhicules hybrides électricité-gazole sont exclus de cette exonération. Enfin, la période d'exonération passe de 8 à 12 trimestres et devient définitive pour les véhicules hybrides dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 g de CO₂ par kilomètre.

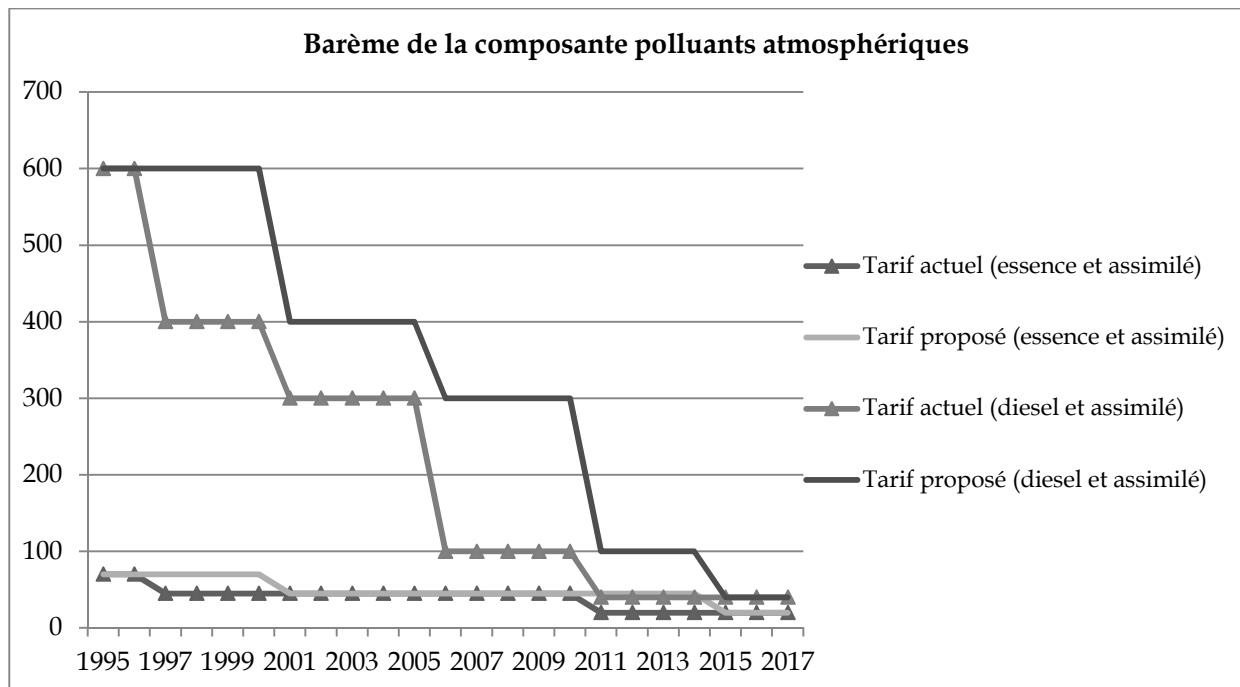
– *Composante « polluants atmosphériques »*

Le barème de la seconde composante est remplacé par le suivant :

Date de première mise en circulation	Tarif applicable en euros	
	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
jusqu'au 31/12/2000	70	600
2001 ¹ -2005	45	400
2006-2010	45	300
2011-2014	45	100
à compter de 2015	20	40

¹ Dans la version initiale du projet de loi, une erreur matérielle avait été commise dans ce tableau.

Ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous, le nouveau barème opère un décalage des bornes temporelles des différentes tranches :



Par ailleurs, le niveau d'émission de CO₂ en deçà duquel les véhicules hybrides électricité-diesel entrent dans la catégorie « essence et assimilé » est abaissé de 110 à 100 g.

– *Entrée en vigueur*

Le II du présent article précise que les nouvelles dispositions s'appliquent à compter de la période d'imposition qui débute le 1^{er} janvier 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de son rapporteur visant à corriger une erreur matérielle.

III - La position de la commission

Sous l'impulsion de l'évolution des normes qui sont imposées aux constructeurs automobiles, les émissions de CO₂ et de polluants atmosphériques des véhicules neufs ont tendance à diminuer. Il apparaît donc pertinent de mettre à jour les barèmes de la TVS afin de tenir compte des évolutions technologiques et de maintenir le caractère incitatif de cette imposition.

Les paramètres proposés tiennent ainsi compte de mesures récentes en matière de fiscalité environnementale.

En matière d'émissions, les seuils de 20 g et 60 g de CO₂ par kilomètre parcouru sont utilisés pour l'attribution de la prime à l'acquisition (« bonus écologique ») prévue par l'article D. 251-1 du code de l'énergie. De même, le niveau de 60 g par kilomètre est retenu pour la définition des véhicules à faibles émissions prévue par la loi de transition énergétique¹.

La création d'une tranche supplémentaire pour les véhicules émettant moins de 20 g et l'augmentation du plafond de la tranche suivante de 50 g à 60 g semble donc cohérente.

Si l'étude d'impact ne fournit pas d'élément de nature à justifier le niveau retenu de l'augmentation des tarifs, le caractère progressif de cette augmentation va dans le sens du renforcement du caractère incitatif du barème.

Pour les véhicules hybrides, l'abaissement de 110 g à 100 g de CO₂ du niveau en deçà duquel les véhicules hybrides sont exonérés de la première composante permet de faire coïncider ce seuil avec l'une des tranches du barème ainsi qu'avec le niveau d'émission retenu pour la classification en classe A au titre de l'étiquette énergie/CO₂.

La suppression de l'exonération pour les véhicules hybrides combinant l'énergie électrique à une motorisation diesel est cohérente avec la volonté de réduire l'usage du gazole. Ces véhicules ne sont notamment pas éligibles au bonus écologique.

L'extension de 8 à 12 trimestres pour les véhicules hybrides électrique-essence et l'instauration d'une exonération définitive pour les véhicules hybrides émettant moins de 60 g de CO₂ par kilomètre -correspondant donc à la définition des véhicules à faibles émissions- semble de nature à renforcer l'incitation à l'acquisition de ce type de véhicules.

S'agissant de la seconde composante, l'adaptation du barème tient compte de l'introduction des nouvelles normes « Euro » de plus en plus exigeantes. En effet, les véhicules mis en circulation depuis le 1^{er} septembre 2015 doivent respecter la norme Euro 6b. Une norme Euro 6c doit même entrer en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2018.

Selon l'étude d'impact, la modification des barèmes prévue par le présent article entraînerait une hausse de la taxation de l'ordre de 28 euros par véhicule.

¹ Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte.

Votre rapporteur souscrit à l'objectif poursuivi par le présent article, qui est d'inciter les entreprises à acquérir et utiliser des véhicules plus « propres ». Il note toutefois que, selon les prévisions du Gouvernement, le rendement estimé de cette mesure s'établirait à 112 millions d'euros en 2018¹ et serait stable sur les années suivantes. Cette stabilité repose sur l'hypothèse d'une composition inchangée du parc de véhicules soumis à la TVS. On peut donc s'interroger soit sur le caractère réaliste des projections de rendement soit sur le caractère réellement incitatif de cette mesure.

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

Article 13 bis

(art. 1613 ter et 1613 quater du code général des impôts)

Modification des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie, à compter du 1^{er} juin 2018, la contribution sur les boissons sucrées et celle sur les boissons édulcorées afin d'inciter les fabricants à réduire la teneur en sucres ajoutés des boissons mises sur le marché.

I - Le dispositif proposé

1. Le droit en vigueur relatif à la taxation des boissons sucrées

Le droit en vigueur soumet les boissons à une diversité de taxes qui diffèrent selon qu'il s'agit de boissons alcoolisées, de boissons sucrées, de boissons contenant des édulcorants ou d'eaux.

- **Les boissons non alcoolisées contenant du sucre ajouté** font l'objet de la contribution prévue à l'**article 1613 ter** du code général des impôts, créée par l'article 26 de la loi de finances pour 2012².

Il s'agit d'un droit d'accises de **7,53 euros par hectolitre**, à la charge des fabricants établis en France, des importateurs et des personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

Cette contribution s'applique aux boissons contenant des sucres ajoutés relevant des codes NC 2009 (jus de fruits ou de légumes) ou NC 2202 (eaux minérales et gazéifiées) du tarif des douanes et conditionnées dans un récipient destiné à la vente au détail (bouteille, brique, fût, canette, bocal, etc.) vendues directement au consommateur ou par l'intermédiaire d'un professionnel (restaurant, débit de boissons, commerce de détail, etc.)³.

¹ Le rendement de la TVS serait ainsi de 720 millions d'euros en 2018.

² Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

³ L'article 1613 ter précise que la contribution ne s'applique pas aux laits infantiles premier et deuxième âges, aux laits de croissance, aux produits de nutrition entérale pour les personnes

La taxe s'applique uniformément, quelle que soit la quantité de sucres ajoutés contenue dans la boisson.

• Les **boissons non alcoolisées contenant des édulcorants de synthèse** sont quant à elles soumises à la contribution prévue à l'article **1613 quater** du code général des impôts, créée par l'article 27 de la loi de finances pour 2012.

Cette contribution revêt des caractéristiques identiques à celle s'appliquant aux boissons avec sucres ajoutés, en particulier **son montant fixé à 7,53 € par hectolitre indépendamment de la quantité d'édulcorants**.

Lorsque le produit contient à la fois des sucres ajoutés et des édulcorants, seule la taxe sur les boissons sucrées s'applique.

En ce qui concerne le département de Mayotte, l'introduction des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées est progressive avec un échelonnement annuel des montants : de 3,31 euros en 2014 à 7,31 euros en 2017.

Les montants des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées sont relevés chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation (hors tabac) de l'avant-dernière année.

Le **VI** des articles **1613 ter** et **1613 quater** prévoit que le produit de la contribution sur les boissons sucrées et de la contribution sur les boissons contenant des édulcorants de synthèse est **affecté à la branche maladie du régime des non-salariés des professions agricoles**.

• Un droit spécifique s'applique par ailleurs aux **eaux et boissons non alcoolisées**, quel que soit leur conditionnement.

En vertu du b du I de l'article 520 A du code général des impôts, le tarif de ce droit spécifique est fixé à **0,54 euro par hectolitre**. Il s'applique aux « *eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées* » ainsi qu'aux « *boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.* »

Ce droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Montants (en euros par hectolitre) et rendement en 2016 des contributions sur les boissons sucrées ou édulcorées et de la contribution spécifique sur les eaux

	Assiette	Base juridique	Montant de la contribution en 2017	Recettes fiscales en 2016
Contribution sur les boissons sucrées	Boissons et préparations liquides pour boissons non alcoolisées contenant des sucres ajoutées, quelle qu'en soit la quantité	1613 <i>ter</i> du CGI	7,53 €/hl	322 M€
Contribution sur les boissons édulcorées	Boissons et préparations liquides pour boissons non alcoolisées contenant des édulcorants de synthèse, quelle qu'en soit la quantité	1613 <i>quater</i> du CGI	7,53 €/hl	48 M€
Droit spécifique sur les eaux et boissons non alcoolisées	Eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux de table potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, autres boissons gazéifiées ou non, ne contenant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool	b du I de l'article 520 A du CGI	0,54 €/hl	79 M€

Ces contributions sont recouvrées par l'administration des douanes ; pour ce faire, le redevable doit déposer, avant le 25 de chaque mois, un relevé des quantités livrées sur le marché le mois précédent et le montant des contributions dues. Selon les informations communiquées à votre rapporteur général, la taxe est aujourd'hui déclarée mensuellement sur la base de relevés papiers remplis et transmis par les opérateurs avant le 25 du mois suivant la livraison des boissons. Les relevés mensuels reçus par les services des douanes et des droits indirects sous format « papier » sont intégrés dans une application informatique reprenant l'ensemble des déclarations. La télé-déclaration et le paiement en ligne seraient proposés aux opérateurs en 2018.

En 2016, les recettes fiscales générées par ces différentes contributions s'élèvent à **372 millions d'euros pour la contribution sur les boissons sucrées et édulcorées et 79 millions d'euros pour le droit spécifique sur les eaux et boissons non alcoolisées**.

2. Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

En l'état actuel, la contribution sur les boissons sucrées revêt un caractère faiblement incitatif à la fois pour les industriels, lesquels ne sont pas encouragés à réduire le taux de sucre de leurs boissons, et pour les consommateurs, qui ne sont guère encouragés à réduire la consommation de ces produits en raison d'un faible impact de cette taxe sur les prix.

Dans un objectif de santé publique, en particulier au regard des maladies engendrées par la hausse des situations de surpoids et d'obésité, le dispositif proposé vise à moduler la taxation de sorte à favoriser les produits les moins nocifs. **Il prévoit une taxation progressive à proportion de la quantité de sucres ajoutés par hectolitre (kg/hL).**

En effet, il abaisse le montant de la taxation en ramenant le tarif de 7,53 €/hl à **3,50 €/hL** pour une boisson contenant **moins de 1 kg de sucres par hL**.

Le barème progressif défini permet ensuite de limiter les effets de seuils en prévoyant :

- une **majoration de 0,5 €** par kilogramme de sucres ajoutés par hectolitre, pour chaque kilogramme compris **entre 2 et inférieur à 5 kg/hL** ;
- une **majoration de 1,5 €** par kilogramme de sucres ajoutés par hectolitre, pour chaque kilogramme compris **entre 5 et inférieur à 8 kg/hL** ;
- une **majoration de 2 €** par kilogramme de sucres ajoutés par hectolitre, pour chaque kilogramme supplémentaire **à compter de 8 kg/hL**.

Au total, selon les informations fournies à l'Assemblée nationale, le dispositif prévoit une taxation **à partir de 1 gramme** de sucres pour 100 millilitre (ou encore 1 kilogramme par hectolitre) et ira jusqu'à une vingtaine d'euros par hectolitre pour une boisson **dépassant 11 grammes** de sucres ajoutés pour 100 millilitres. Toute diminution d'au moins 1 gramme pour 100 millilitres conduit à une baisse de la taxation marginale de la boisson.

En outre, par cohérence, le dispositif proposé abaisse le niveau de taxation des boissons contenant des édulcorants de 7,53 euros par hectolitre à 3,5 euros par hectolitre, soit le tarif de la première tranche de la taxe sur les boissons sucrées.

L'introduction d'un barème progressif permet de conférer un objectif comportemental à cette taxation car les industriels seront incités à baisser globalement la teneur en sucres de leurs produits et pas uniquement jusqu'au niveau d'un seuil.

En prévoyant le **cumul possible de ces deux taxes** lorsque les boissons contiennent à la fois du sucre et des édulcorants, le dispositif proposé vise en outre à limiter les effets de substitution du sucre ajouté vers les édulcorants de synthèse de la part des industriels.

Le dispositif ne modifie pas la taxation prévue sur le territoire du département de Mayotte.

II - La position de la commission

Soucieuse de renforcer la politique de prévention dans notre pays, votre commission accueille favorablement le dispositif proposé au présent article.

Selon les informations portées à la connaissance de votre rapporteur général, **le rendement supplémentaire généré par le dispositif proposé au présent article est difficile à estimer mais serait compris entre 100 et 200 millions d'euros.**

Par cohérence avec le dispositif proposé au présent article et afin d'encourager les consommateurs à se tourner davantage vers les boissons non sucrées, votre commission a adopté un amendement du rapporteur général qui supprime le droit spécifique applicable aux eaux de boissons prévu au b du I de l'article 520 A du CGI (amendement n° 98). L'entrée en vigueur de ce dispositif est prévue le 1^{er} juin 2018.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, il en résulterait une perte de recettes d'environ 79 millions d'euros. Celle-ci serait plus que compensée par le changement de fiscalité sur les boissons sucrées et édulcorées.

Une évaluation précise de l'impact de ces nouvelles modalités de taxation à visée comportementale est relativement incertaine dans la mesure où il apparaît difficile d'anticiper les réactions des industriels et la répercussion sur les prix de vente aux consommateurs. Un ajustement des modalités de taxation pourra être réalisé après une première évaluation, en fonction des changements de comportements observés.

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

CHAPITRE 4

Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14

(art. L. 138-10, L. 138-11 et L. 138-15 du code de la sécurité sociale)

Fixation des taux Lv et Lh pour 2018

Aménagements techniques de la clause de sauvegarde

Objet : Cet article fixe les taux Lv et Lh pour 2018, modifie le régime de la clause de sauvegarde afin de prendre en compte les changements de circuit de distribution des médicaments entre la ville et l'hôpital, et aménage le calcul de la contribution due au titre des années 2015 et 2016.

I - Le dispositif proposé

La clause de sauvegarde, un mécanisme profondément réformé à l'occasion des derniers PLFSS

• La contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables, dite « clause de sauvegarde de l'Ondam » ou « taux L » (précédemment « taux K »), est un **mécanisme de taxation incitatif visant à faire participer les laboratoires pharmaceutiques à la régulation des dépenses d'assurance maladie**.

Mis en place par l'article 31 de la LFSS pour 1999 et codifiée 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 ainsi **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 dès lors 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 opérés dans le cadre de la LFSS pour 2016, à partir des premiers 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.

À la satisfaction de votre commission des affaires sociales, qui appelait à améliorer en ce sens la lisibilité du dispositif pour les entreprises, ainsi que sa prévisibilité pour les laboratoires comme pour l'administration, la LFSS pour 2017 avait également **supprimé la référence à une assiette collective nette des différentes remises conventionnelles versées par les entreprises** – à l'exception de celles versées au titre de la clause de sauvegarde.

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 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 L (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 **dédiction 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 L, 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 du code de la sécurité sociale 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 %

Selon les informations transmises à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), l'application de ce nouveau régime devrait conduire à un **déclenchement de la clause de sauvegarde au titre de l'année 2017, pour un montant légèrement supérieur à 200 millions d'euros**. Selon la DSS, ce déclenchement résulte du fort dynamisme des dépenses relatives aux produits de la liste en sus.

Les évolutions proposées pour 2018 : une correction d'assiette mineure, des ajustements techniques pour le calcul de la contribution due au titre des deux dernières années, une légère augmentation du taux Lh

Outre la fixation des taux Lv et Lh pour l'année prochaine, qui intervient chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, le présent article procède à **deux aménagements techniques** du régime de la clause de sauvegarde.

- Le premier vise, aux termes de l'étude d'impact, à **prendre en compte le changement de circuit de distribution d'un médicament de la ville vers l'hôpital, ou inversement**. Il s'agit ainsi de neutraliser les situations dans lesquelles cette modification de mode de dispensation¹ contribuerait au dépassement du taux Lv ou Lh, alors que l'augmentation des dépenses constatée dans le nouveau secteur de distribution ne correspond pas pour autant à une augmentation globale de la consommation du médicament considéré.

Les 1° et 2° du paragraphe I du présent article vise ainsi, lorsque ce cas de figure survient en année N, à **permettre la modification les assiettes respectives des taux Lv et Lh pour l'année n-1, au prorata des dépenses constatées en année n respectivement en ville et à l'hôpital**. Le saut de dépenses engendré dans l'un de ces secteurs en année n par le changement de circuit de distribution se trouve ainsi neutralisé.

Le 1° modifie en ce sens l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui définit le mécanisme de la clause de sauvegarde, tandis que le 2° modifie la rédaction de l'article L. 138-11 relatif à l'assiette de la contribution.

Le 3° modifie l'article L. 138-15, qui définit les modalités du versement de la contribution due par les laboratoires, ainsi que celles de la déclaration de leur chiffre d'affaires auprès des Urssaf pour l'établissement de l'assiette de la contribution. Il est précisé que **les déclarations obligatoirement envoyées aux Urssaf sont également transmises au Ceps**, afin de permettre à celui-ci de « [signaler] le cas échéant les rectifications des données à opérer ».

¹ *L'étude impact vise ainsi, à titre illustratif, les situations dans lesquelles un médicament bascule du circuit de la rétrocession par les pharmacies à usage intérieur (PUI) vers une dispensation par les officines de ville.*

- Le second aménagement, porté par le paragraphe III, tend à annuler les régularisations relatives aux montants déclarés pour les médicaments sous ATU pour le calcul des contributions dues au titre des années 2015 et 2016, qui devraient être faites en application de l'ancien dispositif de la clause de sauvegarde reposant sur un taux L unique.

Aux termes de l'étude d'impact, il s'agit là d'une mesure de simplification visant à éviter l'application simultanée de mesures relatives à l'ancien dispositif L et du nouveau mode de calcul défini dans le cadre de la LFSS pour 2017.

- Le paragraphe II vise enfin à fixer la valeur des taux Lv et Lh pour 2018, à respectivement 0 % et 3 % (contre 0 et 2 % l'an passé) d'évolution par rapport au chiffre d'affaires constaté en 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

- Sans pour autant remettre en cause le bien-fondé de la mesure consistant à prendre en compte, pour le calcul de la contribution due au titre du déclenchement de la clause de sauvegarde, un éventuel changement de circuit de distribution d'un médicament, votre commission relève que les modifications proposées contribuent à complexifier encore davantage la rédaction d'un mécanisme déjà très peu lisible, dans le contexte plus large d'une fiscalité foisonnante sur le médicament.

- Dans la ligne des observations formulées au cours des deux dernières années, elle juge par ailleurs nécessaire d'aménager le mécanisme de la clause de sauvegarde afin de rendre comparables les assiettes prises en compte d'une année sur l'autre, ce qui contribuerait par ailleurs à améliorer la lisibilité et la prévisibilité du dispositif pour les entreprises comme pour l'administration.

De ce point de vue, l'amendement gouvernemental relatif à la prise en compte d'une assiette brute de remises présenté dans le cadre du PLFSS pour 2017 était tout à fait bienvenu.

Le maintien cependant du principe de la déduction des remises et contributions versées au titre de la contribution L pour la détermination de l'assiette en année n-1 aboutit à une diminution mécanique de celle-ci, ce qui crée une progression quasi automatique et artificielle du chiffre d'affaires pris en compte l'année suivante pour l'application du taux Lv ou Lh. Le déclenchement de la clause de sauvegarde résulte en effet de la comparaison entre le chiffre d'affaires d'une année n et le même chiffre d'affaires de l'année $n-1$ minoré de la contribution ou des remises versées au titre du mécanisme Lv et Lh de l'année $n-1$.

Ce principe de déductibilité entraîne par ailleurs **un décalage entre les deux assiettes comparées qui va en s'accroissant au fil des années**: plus la contribution versée au titre d'une année $n-1$ est élevée, plus la différence avec l'assiette nette de remises en $n-1$ et le chiffre d'affaires de l'année n est importante, et plus le montant calculé de la contribution pour l'année n augmente en conséquence.

Votre rapporteur relève que **la logique de ce mécanisme est certes d'assurer la régulation des dépenses effectivement portées à la charge de l'assurance maladie**. Elle souligne cependant qu'il revient à donner à l'industrie pharmaceutique **le signal d'une stagnation durable de son chiffre d'affaires, qui paraît peu compatible avec la période de retour marqué de l'innovation que nous connaissons actuellement**.

Elle vous propose donc d'adopter un amendement tendant à rendre comparables les assiettes prises en compte d'une année sur l'autre pour le calcul de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde (amendement n° 151).

Elle a par ailleurs adopté un amendement visant à **exclure le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments biosimilaires de l'assiette prise en compte pour la détermination de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde**. Il s'agit ainsi d'étendre aux biosimilaires l'exclusion existant déjà pour les médicaments génériques, afin de ne pas pénaliser la diffusion de ces produits par une taxation désincitative (amendement n° 150).

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

Article 15

Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe

Objet : Cet article prolonge d'une année la participation des organismes complémentaires au financement des modes de rémunération des médecins alternatifs au paiement à l'acte, en portant le montant de cette contribution de 150 à 250 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé

Cet article non codifié prolonge pour 2018 la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) au financement des modes de rémunération alternatifs à l'acte des médecins traitants prévus par la convention médicale de 2011 puis celle signée le 25 août 2016.

Il reprend, en les adaptant, les dispositions de l'article 4 de **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014** qui a instauré le principe de cette contribution des Ocam due par tout organisme en activité au 31 décembre de l'année concernée.

Dans l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011, conclu le 25 octobre 2012, l'Unocam¹ s'était en effet engagée à « *participer [au] développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants.* » Conçu pour s'appliquer jusqu'en 2015, ce dispositif a été reconduit pour l'année 2016² puis pour l'année 2017³.

Le présent article prolonge cette participation pour une nouvelle année, avec un montant d'engagement néanmoins plus élevé afin de tenir compte du nouveau forfait patientèle médecin traitant, entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2018 en application de la convention médicale de 2016⁴.

• Le I institue, pour 2018 et selon les mêmes modalités que les années précédentes, une participation des Ocam à la prise en charge des modes de rémunération des médecins autres que le paiement à l'acte, portant sur les activités de soins et les « *activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire* »⁵.

Son produit demeure affecté à la caisse nationale d'assurance maladie.

Le **montant du forfait annuel** en 2018 est **porté de 5 à 8,10 euros par assuré** couvert par l'organisme et ayant consulté au moins une fois son médecin traitant au cours de l'année 2017, y compris les ayants droit âgés de seize ans ou plus ; demeurent exclus les bénéficiaires de la CMU-C.

Le montant de la participation des Ocam passerait ainsi de 150 millions d'euros⁶ par an à **250 millions d'euros en 2018**. Cela représente **35 % du coût total du forfait patientèle médecin traitant**⁷ institué à compter du 1^{er} janvier 2018 par la convention médicale de 2016, estimé à 720 millions d'euros.

¹ Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

² Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³ Article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁴ Le « *forfait patientèle médecin traitant* » instauré par la convention médicale de 2016 est un forfait unique qui se substitue, à compter du 1^{er} janvier 2018, à plusieurs forfaits préexistants. Il est indexé sur la patientèle en fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge, de pathologies et de précarité.

⁵ 13^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

⁶ Le rendement réel de cette contribution a évolué en fonction de la variation des effectifs d'assurés : il s'est établi à 149 millions d'euros en 2014, 144 millions d'euros en 2015 et 154 millions d'euros en 2016.

⁷ Ce forfait est réservé aux médecins exerçant en secteur 1 ou ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

D'après les indications transmises à votre rapporteur, la participation des Ocam sur la période 2014-2017 a couvert presqu'intégralement le coût du forfait médecin traitant, compris entre 164 et 178 millions d'euros sur la même période.

- Le II prévoit le recouvrement de cette participation par les Urssaf, dans les mêmes conditions que les années précédentes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article en y apportant des précisions rédactionnelles.

III - La position de la commission

La convention médicale de 2016 a porté la contribution des Ocam au nouveau « forfait patientèle médecin traitant » de 150 millions d'euros en 2017 à 250 millions d'euros en 2018 puis 300 millions d'euros en 2019.

Elle a néanmoins prévu, suivant une demande des Ocam, que ce co-financement devrait prendre « *une forme différente (...) afin de permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de pouvoir informer en toute transparence chacun de ses adhérents ou assurés sur les sommes qu'il aura directement versées à chaque médecin dans le cadre de ce cofinancement* »¹. Réunie le 16 septembre 2016, l'Unocam a d'ailleurs conditionné la signature de la convention à la définition de ces nouvelles modalités plus transparentes.

La reconduction, en 2018, de la « taxe » sur les organismes complémentaires est justifiée par l'**absence de solution opérationnelle avant 2019 sur un nouveau « schéma cible » de versement**. D'après les indications transmises par le Gouvernement, cette solution technique est en cours de discussion entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, afin de parvenir à la solution la plus simple possible pour les médecins.

Il est donc important de préciser que le présent article a vocation à constituer une **mesure transitoire** et que de nouvelles modalités devront être définies pour 2019 et les années suivantes.

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

¹ Article 15.4.1.

Article 15 bis (nouveau)

(art. L. 138-2 du code de la sécurité sociale)

**Contribution à la charge des établissements de vente en gros
de spécialités pharmaceutiques**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie le mode de calcul de l'assiette de la troisième part de la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Thomas Mesnier et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en marche. Il vise, aux termes de l'objet de l'amendement déposé, à « clarifier le périmètre de l'assiette de la troisième tranche de la contribution sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques ».

• La « taxe sur les ventes en gros », créée en 1991 et prévue par les articles L. 138-1 et suivants du code de la sécurité sociale, a vu son régime modifié à de multiples reprises, le dernier aménagement d'ampleur étant intervenu dans le cadre de la LFSS pour 2013¹.

Cette taxe **porte sur la phase de distribution des médicaments remboursables**. Les redevables en sont les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques. Son produit, principalement à la charge des grossistes-répartiteurs, s'élevait en 2016 à 265 millions d'euros.

Son **assiette** est définie par l'article L. 138-1 comme le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre de ces produits, à l'exception de celui réalisé au titre des médicaments orphelins. Elle présente la particularité d'être composée de **trois parts**, chacune d'entre elles se voyant appliquer un taux différent :

- la première porte sur le CAHT réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile *n* ;
- la deuxième est constituée par la différence entre le CAHT réalisé au cours de l'année *n* et celui réalisé en année *n-1* ;

¹ Article 13 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

- la troisième porte sur la fraction du CAHT correspondant à la part de la **marge réglementée du distributeur en gros qu'il choisit, pour des raisons commerciales, de rétrocéder aux pharmaciens d'officines pour les médicaments princeps**. Il s'agit, en d'autres termes, de la différence entre la marge théorique des grossistes de médicaments *princeps* et la marge effectivement appliquée lors de la vente aux pharmaciens.

L'introduction de cette troisième part dans le cadre de la LFSS pour 2014 visait, aux termes de l'amendement gouvernemental qui en était à l'origine, à rendre cette taxe « *plus juste et économiquement efficace au vu de la réalité des pratiques commerciales des différents acteurs de la distribution du médicament en officines* » et à « *mieux cibler le prélèvement, là où les marges commerciales sont les plus importantes* ».

Le rapport du Sénat rappelait quant à lui le contexte de cette mesure, soulignant que **la vente directe de médicaments aux officines s'était développée au détriment des grossistes répartiteurs, qui sont seuls investis d'obligations de service public dans ce cadre**.

- Le présent article vise à modifier, à l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, le périmètre de la troisième part de l'assiette de la contribution sur les ventes directes, en précisant le mode de calcul de la marge effectivement appliquée.

Il est ainsi indiqué que cette part correspond à la **différence entre le prix fabricant hors taxe augmenté de la marge théorique des grossistes de médicaments *princeps* et minoré des remises maximales pouvant être consenties aux officines en application de l'article L. 138-9, et le prix de vente hors taxe effectivement consenti aux officines**.

L'article 138-9 prévoit que les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables (qu'il s'agisse des laboratoires ou des grossistes-répartiteurs) peuvent consentir des remises, des ristournes ou des avantages commerciaux dans la limite de 2,5 % du prix fabricant hors taxe des produits. Cette limite est constatée pour chaque année civile, pour chaque ligne de produits et pour chaque officine.

En d'autres termes, il s'agit de préciser que **le calcul de la marge effective est réalisé sans tenir compte des avantages commerciaux consentis**.

La formulation proposée précise que la minoration du premier terme intervient **dans la limite unitaire de 3,75 euros**. Cette indication résulte de l'application du taux de 2,5 % au plafonnement de 150 euros prévu par l'article L. 138-1.

II - La position de la commission

- Selon les informations transmises à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), la mesure proposée a essentiellement **valeur de clarification**. Des incertitudes ont en effet été constatées lors de l'application de la troisième tranche de la taxe quant au statut des remises consenties sur le prix fabricant hors taxes. Selon la DSS, il s'agit dès lors d'une simple précision portant sur le mode de calcul de cette troisième tranche, visant à faire clairement figurer dans la loi l'esprit initial du mécanisme.
- Votre rapporteur relève toutefois que **cette mesure ne va pas dans le sens des conclusions de la Cour des comptes** dans le chapitre IX de son rapport sur la sécurité sociale pour 2017, consacré aux coûts de distribution du médicament, **qui recommande d'augmenter le taux appliqué à cette troisième part**.

La Cour estime en effet que **cette troisième tranche, en ce qu'elle permet de taxer les marges, doit être envisagée comme un mécanisme désincitatif aux ventes directes**.

Celles-ci, qui n'appliquent pas la marge des grossistes-répartiteurs, constituent « *une pratique moins réglementée et sécurisée que les transactions passant par les grossistes répartiteurs* ». A l'inverse, les grossistes répartiteurs sont soumis à des contraintes de service public -étant notamment tenus d'assurer le stockage d'un nombre important de spécialités et d'assurer un approvisionnement rapide aux officines- financées par la marge réglementée de la distribution en gros.

La Cour considère en conséquence que « *les pratiques de rétrocession de marge aux officinaux jouent au détriment non seulement des grossistes, mais aussi de l'assurance maladie qui, au lieu d'un financement de missions de service public, contribue en réalité à financer des pratiques qui contournent les règles fixées pour en assurer l'effectivité* ».

La Cour recommande en conséquence d'augmenter le taux de la troisième part de la contribution sur les ventes en gros de médicaments afin de réduire le niveau de rémunération des ventes directes. Une telle augmentation permettrait à la fois de reverser à l'assurance maladie une partie de la marge réglementée perçue dans ce cadre par les pharmacies d'officine, mais également de rendre les ventes directes moins attractives pour les entreprises pharmaceutiques.

Extrait du RALFSS 2017 de la Cour des comptes (chapitre IX)**Une progression importante des ventes directes au cours des dernières années**

« Les pharmacies d'officine ont la faculté légale de se fournir directement auprès des entreprises pharmaceutiques et de leurs prestataires logistiques (dépositaires). Ces ventes directes permettent aux entreprises de suivre précisément la commercialisation et l'usage de certains médicaments principes et de contrôler étroitement le référencement de leurs gammes de génériques, dans le contexte d'une vive concurrence sur ce type de produits.

Pour leur part, les pharmacies d'officine augmentent leurs revenus en percevant en cas d'achat direct la marge réglementée de distribution en gros (soit 6,68 % du prix fabricant hors taxes) qui est normalement affectée à la rémunération du grossiste répartiteur. En 2015, elles ont ainsi perçu 293 M€ (contre 243 M€ en 2005, le point haut ayant été atteint en 2013, à 324 M€).

Pour autant, les différents acteurs intervenant dans les ventes directes ne sont pas soumis aux obligations de service public qui s'appliquent aux grossistes répartiteurs en matière d'étendue de la gamme de médicaments disponibles, de fréquence de livraison ou encore de sécurité des opérations.

En Europe, la France fait partie des trois pays où ce mode de distribution direct est le plus développé. Avec la République tchèque et l'Italie, il dépassait en effet 20 % de la valeur du marché des médicaments remboursables et non remboursables à la fin des années 2000.

Entre 2002 et 2009, les ventes directes sont passées de 9,1 % à 16,6 % de la valeur du marché français du médicament remboursable. À partir de 2010, elles se sont légèrement repliées pour s'élever à 13,8 % en 2015, en raison, pour les *principes*, de la combinaison des évolutions du marché (baisses de prix et chute de nombreux brevets de médicaments) et de celle des modalités de rémunération réglementée et, pour les génériques, de la remontée de la part des grossistes répartiteurs dans leur distribution. »

Tout en appelant de ses vœux la conduite d'une réflexion approfondie sur la rémunération des obligations de service public incombant aux grossistes-répartiteurs, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

CHAPITRE 5

Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement

Article 16

(art. L. 382-1, L. 382-2, L. 383-3-1 [nouveau], L. 382-4, L. 382-5, L. 382-6, L. 382-9, L. 382-14 du code de la sécurité sociale et art. 6331-67 et L. 6331-68 du code du travail)

Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs

Objet : Cet article modernise le recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs.

I - Le dispositif proposé

Depuis le 1^{er} janvier 1977, les artistes auteurs, 260 000 cotisants dont 38 000 affiliés, sont rattachés au régime général pour l'ensemble des risques.

Si les cotisations sont dues sur l'ensemble des revenus artistiques, il est nécessaire pour être affilié, outre l'exercice d'une activité artistique, d'être résident fiscal en France, d'être à jour de ses cotisations et contributions sociales et d'avoir déclaré un revenu artistique équivalent à 900 heures de Smic.

L'article L. 382-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les cotisations sont calculées selon les taux de droit commun applicables aux salariés.

La part « employeur » des cotisations est assurée par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales relevant des arts concernés par le régime (arts graphiques et plastiques, livres, musique, œuvres cinématographiques et audiovisuelles, œuvres photographiques). Cette contribution du « diffuseur » s'élevait à 1,1 % au 1^{er} janvier 2017 dont 1 % au titre du régime de sécurité sociale et 0,1 % au titre de la formation professionnelle continue des artistes-auteurs.

La constitution de l'assiette dépend du traitement fiscal des revenus en traitements et salaires ou bénéfices non commerciaux.

Assiettes et taux de cotisations au 1^{er} janvier 2017

Cotisations ou contributions	Revenus déclarés en BNC	Revenus déclarés en traitements et salaires	Taux artiste auteur
Assurances sociales (maladie, vieillesse déplafonnée)	BNC+15 %	100 % des revenus	1,15 %
Assurance vieillesse plafonnée	BNC+15 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale (39 228 euros)	100 % des revenus dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (39 228 euros), minimum forfaitaire de 606 euros	6,90 %
CSG (contribution sociale généralisée)	BNC + 15 %	98,25 % des revenus	7,50 %
CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale)	BNC + 15 %	98,25 % des revenus	0,50 %
CFP (contribution à la formation professionnelle)	BNC + 15 %	100% des revenus	0,35 %

Source : Site Internet maison des artistes

Les cotisations, qui font l'objet d'un précompte, sont recouvrées par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative, Maison des artistes (MDA) pour les arts graphiques et plastiques et Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agessa) pour les autres artistes auteurs, à l'exception de la cotisation vieillesse plafonnée, versée directement par les assujettis.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a élargi, à compter du 1^{er} janvier 2019, ce précompte des diffuseurs à la cotisation vieillesse plafonnée. Cette disposition concerne les artistes auteurs déclarants en traitements et salaires, l'Agessa devant mettre en place, pour les artistes auteurs déclarant fiscalement leurs revenus en bénéfices non-commerciaux, l'appel de la cotisation vieillesse plafonnée. L'estimation du nombre de personnes concernées par cette mesure, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, était alors de 195 000.

Le présent article apporte plusieurs modifications à ce dispositif.

Il transfère tout d'abord aux organismes agréés (MDA et Agessa), en modifiant l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, la responsabilité du **prononcé de l'affiliation des artistes-auteurs**, cette affiliation relevant actuellement des organismes de sécurité sociale. Ces derniers resteraient compétents pour la mise en œuvre de l'affiliation. En pratique, les organismes agréés assurent déjà l'instruction des demandes d'affiliation et communiquent ensuite leur avis à la CPAM, qui le notifie à l'intéressé. Ce schéma, clarifié par le présent article, devrait perdurer.

Il modifie, à l'article L. 382-2, le **mode de désignation des membres des conseils d'administration** des organismes agréés qui comprendraient, aux côtés des représentants de l'État, des représentants désignés et non plus élus des artistes-auteurs et des diffuseurs.

Il met en place, par un nouvel article L. 382-3-1, un mécanisme de **cotisation sur la base d'une assiette forfaitaire** qui permet à tous les artistes auteurs de cotiser à leur demande sur cette base lorsque les revenus qu'ils tirent de leurs activités artistiques sont inférieurs à un montant fixé par décret. Ce mécanisme se substitue à celui prévu par l'article L. 382-9, supprimé par le présent article, qui prévoyait la possibilité de la reconnaissance ou du maintien du droit aux prestations en cas de ressources insuffisantes après avis de la commission professionnelle compétente. Cette affiliation dérogatoire bénéficie actuellement à 11 500 artistes-auteurs. Le nombre de ceux qui souhaiteraient user de cette faculté de surcotiser, sur les 227 000 potentiellement concernés, est difficile à évaluer.

Il opère, à l'article L. 382-5, tel que modifié par la LFSS pour 2016, le **transfert du recouvrement des cotisations** des organismes agréés à une caisse Urssaf, désignée par le directeur de l'Acoss. Tant les artistes-auteurs que les diffuseurs verseront les cotisations et contributions sociales, ainsi que la cotisation de formation professionnelle à l'Urssaf désignée à cet effet qui serait, dans la continuité de l'organisation actuelle, l'Urssaf du Limousin.

Une **obligation de déclaration et de versement dématérialisés** est instaurée par l'article L. 382-6 modifié qui prévoit également l'obligation, pour les diffuseurs, de fournir à l'Urssaf le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des artistes auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres.

Le présent article opère les coordinations nécessaires à la modification de l'organisme chargé du recouvrement dans le code de la sécurité sociale et dans le code du travail.

Le III de l'article prévoit le **transfert à l'une des Urssaf des contrats de travail** des personnels des organismes agréés chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale.

Le IV du présent article prévoit une entrée en vigueur au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, selon le même calendrier que l'extension du précompte aux cotisations d'assurance vieillesse plafonnée prévu par la LFSS pour 2016. Les obligations relatives à la dématérialisation des déclarations et des versements entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec une demande de retrait du Gouvernement et l'avis défavorable de la commission, devenu avis de sagesse après une suspension de séance, présenté par Émilie Cariou, prévoyant la présence, dans les commissions professionnelles, des organismes de gestion collective (SACEM, SACD), qui peuvent être des tiers collecteurs de l'Agessa.

Aux termes de l'article L. 321-1 du code de la propriété intellectuelle, « *les organismes de gestion collective sont des personnes morales constituées sous toute forme juridique dont l'objet principal consiste à gérer le droit d'auteur ou les droits voisins de celui-ci pour le compte de plusieurs titulaires de ces droits, tels que définis aux livres Ier et II du présent code, à leur profit collectif, soit en vertu de dispositions légales, soit en exécution d'un contrat* ».

Aux termes de l'article L. 321-2, « *ils ont également qualité pour siéger au sein des organes compétents pour délibérer en matière de protection sociale, prévoyance et formation des titulaires de droits qu'ils représentent, sous réserve des règles applicables à la représentation des syndicats professionnels conformément aux dispositions du code du travail* ».

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement de précision présenté par Olivier Véran.

III - La position de la commission

D'après les informations transmises à votre rapporteur, la modification insérée à l'Assemblée nationale sur la composition des commissions d'affiliation, outre que le Gouvernement et la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale estimaient, à juste titre, qu'elle relevait du domaine réglementaire, ne présente pas, pour tous les acteurs du dossier, le caractère d'évidence présenté en séance publique.

Votre commission suggère donc, sur ce point, de laisser du temps à la discussion, rien n'imposant que la présence des organismes de gestion collective soit prévue par la loi, et de revenir sur cette disposition.

Elle a adopté un amendement n° 99 en ce sens.

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

Article 16 bis

*(art. L. 160-17, L. 160-18 et L. 172-1 du code de la sécurité sociale,
et art. L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime)*

Changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé

Objet : Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, opère divers ajustements relatifs aux règles d'affiliation aux différents régimes d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹ a créé une protection universelle maladie (Puma). La mise en place de la Puma visait à simplifier les démarches des personnes dont la situation professionnelle évolue afin d'éviter les ruptures de droits. L'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit ainsi que toute personne travaillant en France ou y résidant de manière stable et régulière bénéficie d'une prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité, supprimant toute exigence de cotisation préalable. Le présent article, adopté par l'Assemblée nationale en séance publique sur proposition du Gouvernement, s'inscrit dans le prolongement de la mise en place de la Puma et opère plusieurs ajustements de nature législative.

2. Droit d'option pour les conjoints, concubins et partenaires

L'article L. 160-17 du CSS prévoit un droit d'option pour les conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité (Pacs) qui ne sont pas affilié à titre professionnel à un régime de sécurité sociale. Il est ainsi précisé qu'un décret précise « *les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève* » leur conjoint, concubin ou partenaire.

Le présent article supprime ce droit d'option en supprimant le deuxième alinéa de l'article L. 160-17. La suppression de cet alinéa permet par ailleurs de corriger une erreur matérielle qui existait au deuxième alinéa de l'article L. 160-18².

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, art. 59.

² Cet alinéa renvoie aux premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 160-17 au lieu des premier, troisième et quatrième. La suppression du deuxième alinéa de l'article L. 160-17 supprime cette erreur.

3. Règles d'affiliation automatique

L'article L. 160-18 du CSS prévoit que, en cas de changement de situation, l'organisme de sécurité sociale prenant en charge une personne ne peut interrompre cette prise en charge tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui.

Il prévoit par ailleurs que le changement d'organisme est effectué à l'initiative du bénéficiaire sauf dans un certain nombre de cas dans lesquels c'est à l'organisme de s'en charger. Sont notamment énumérés¹ (1^o) les bénéficiaires commençant à exercer une activité salariée en contrat à durée indéterminée (CDI) ou en contrat à durée déterminée (CDD) lorsque la durée de ce dernier est supérieure à un seuil fixé par décret² et (3^o) les bénéficiaires commençant à exercer une activité relevant du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses³.

Le présent article vise à modifier les conditions d'affiliation automatique des salariés. Conformément à la rédaction proposée du 1^o de l'article L. 160-18, le critère ouvrant droit à l'affiliation automatique sera ainsi la durée ou la quotité de travail, dans des conditions fixées par décret. Le simple fait de signer un CDI n'emportera donc plus affiliation au régime général comme c'est le cas actuellement.

Par ailleurs, le présent article supprime, au sein du 3^o, l'affiliation automatique pour les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses.

4. Liquidation unique des indemnités journalières

Dans sa rédaction qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018⁴, l'article L. 172-1 du CSS prévoit la liquidation unique des indemnités journalières dues au titre de la maladie ou de la maternité pour les assurés en CDD d'une durée inférieure à six mois relevant du régime général mais ayant droit à des indemnités du régime des salariés agricoles ou inversement. Il prévoit ainsi que c'est l'organisme auquel l'assuré est rattaché qui assure le versement global des indemnités journalières. Le second alinéa précise les modalités de compensation financière entre les régimes.

¹ Les cas énumérés à l'article L. 160-18 couvrent en fait la majorité des situations.

² Ce seuil est fixé à six mois.

³ En application de l'article L. 382-15 du CSS, ces assurés relèvent du régime général. La gestion de leurs cotisations et prestations est confiée à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (Cavimac), qui est un organisme de sécurité sociale à compétence nationale (art. L. 382-17).

⁴ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, article 62.

Le présent article remplace le premier alinéa de l'article L. 172-1 par un alinéa précisant que les organismes du régime général ou du régime des salariés agricoles assurent, pour leurs ressortissants, le versement global des indemnités journalières maladie ou maternité. Cette nouvelle rédaction supprime le critère du CDD de moins de six mois, en cohérence avec la modification opérée par le présent article à l'article L. 160-18.

5. Affiliation des entrepreneurs salariés et des entrepreneurs salariés associés de coopératives agricoles au régime agricole

L'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) énumère les personnes affiliées au régime de protection sociale des salariés agricoles.

Le présent article ajoute les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés des coopératives d'activité et d'emploi (CAE) définies aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail à l'énumération actuellement prévue à l'article L. 722-20 du CSS. Il est précisé que cette affiliation au régime agricole, qui constitue une dérogation à l'article L. 311-3 du CSS qui prévoit leur affiliation au régime général, n'est applicable que si les assurés exercent une activité agricole, telle que définie à l'article L. 722-1 du CRPM.

Par ailleurs, l'article L. 751-1 du CRPM prévoit un régime obligatoire d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles pour les salariés agricoles. Outre les salariés mentionnés à l'article L. 722-20, ce régime est applicable à une série de personnes énumérées au II de cet article.

Le présent article ajoute à cette énumération les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés de CAE exerçant une activité agricole. Cette affiliation constitue une dérogation à l'article L. 412-8, aux termes duquel les personnes concernées sont affiliées au régime général.

II - La position de la commission

Le droit d'option pour le conjoint, concubin ou partenaire de Pacs inactif est peu utilisé par les assurés. Selon les informations communiquées à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), une centaine de demandes en ce sens ont été enregistrées depuis la mise en place de la Puma. Sa suppression s'inscrit dans une logique d'individualisation des droits, cohérente avec la suppression de la notion d'ayant droit majeur consécutive à la création de la Puma. Les personnes concernées resteront donc dans leur régime d'affiliation initial.

Dans la rédaction actuelle de l'article L. 160-18, toute personne titulaire d'un CDI ou d'un CDD d'une certaine durée avec une entreprise relevant du régime général est affiliée au régime général quelle que soit la quotité de travail fournie au titre de ce contrat de travail et quelles que soient les autres activités que l'assuré peut avoir par ailleurs.

Cette situation peut ne pas être pertinente lorsque l'activité salariée n'est pas l'activité principale de l'assuré. La rédaction proposée permettra au décret d'application de prendre en compte non seulement la durée du contrat mais également la quotité de travail prévue par ce contrat, qu'il soit à durée déterminée ou indéterminée.

La mention des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses à l'article L. 160-18 du CSS relatif à l'affiliation automatique peut être source de confusion. En effet, l'article L. 382-15 du même code prévoit que l'affiliation au régime général de ces personnes est subsidiaire de leur affiliation à un autre régime. Or, la rédaction actuelle de l'article L. 160-18 pourrait être interprétée comme imposant l'affiliation au régime général des personnes affiliées à un autre régime et débutant une activité de ministre des cultes. La modification proposée va dans le sens de la clarification sans avoir d'impact sur les bénéficiaires.

L'extension de la liquidation globale des indemnités journalières des pluriactifs au-delà des assurés en CDD de moins de six mois va également dans le sens de la simplification. Votre commission a adopté un amendement de son rapporteur précisant que c'est bien la rédaction de l'article L. 172-1 qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018 qui est modifiée (amendement n° 100).

Enfin, le présent article permettra aux personnes qui exercent une activité agricole en tant qu'entrepreneur salarié ou entrepreneur salarié associé au sein d'une CAE de rester affiliées au régime agricole, ce qui semble cohérent.

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

Article 16 ter

(art. L. 640-2 (nouveau), L. 722-1, L. 722-6 du code de la sécurité sociale)

**Facilitations d'affiliation aux régimes d'assurance
des internes en médecine**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose de faciliter les conditions d'affiliation aux régimes d'assurance sociale des étudiants en internat de médecine

I – Le dispositif proposé

A. L'éligibilité des étudiants de médecine au régime des PAMC

Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) est un régime spécifique créé au profit des praticiens et auxiliaires médicaux exerçant leur activité libérale **sous convention**, en contrepartie des contraintes liées au conventionnement. Les PAMC relèvent du **régime général pour l'assurance maladie** et de la **Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnav-PL)** pour les risques invalidité et vieillesse.

Le droit existant prévoit l'assimilation obligatoire au régime des PAMC d'un certain nombre de praticiens, aux rangs desquels figurent les **étudiants en médecine habilités à effectuer des remplacements** (autrement dit les étudiants ayant passé les épreuves de classement national et ayant accédé à l'internat), uniquement lorsque ces derniers ne bénéficient pas d'une affiliation à un **régime de sécurité sociale étudiante** (ce qui ne leur est possible que jusqu'à l'âge de vingt-huit ans¹).

Par ailleurs, l'éligibilité au régime des PAMC est soumise à une double condition :

- l'exercice de l'activité pendant une durée d'au moins un mois² ;
- l'adhésion simultanée à l'un des régimes de base de l'assurance maladie (général, agricole ou indépendant).

Le 2^o de l'article 16 *ter* propose un allègement substantiel de ces conditions d'éligibilité. En premier lieu, le a) supprime la mention aux affiliations parallèles aux régimes de sécurité sociale étudiante et étend le bénéfice du PAMC à l'ensemble des étudiants de médecine en internat.

¹ Article R. 381-5 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 722-1 du code de la sécurité sociale.

En second lieu, le **b)** supprime la double condition d'éligibilité à des fins de clarification. En effet, la condition d'exercice préalable de l'activité pendant un mois complexifie les démarches liées à l'installation des affiliés en leur imposant une première affiliation pendant ce délai **en tant que professionnels libéraux non conventionnés**. En outre, la condition d'adhésion simultanée ne se justifie plus dans la mesure où le régime des PAMC constitue une section autonome de l'organisation financière et comptable de la Cnamts et les règles qui régissent le versement des cotisations par les affiliés sont calquées sur celles des travailleurs indépendants¹.

Par ailleurs, parallèlement à cette extension des conditions d'affiliation à l'assurance maladie des PAMC au bénéfice des jeunes internes, le **3°** de l'article 16 *ter* prévoit l'ajout d'une **condition de délai d'affiliation, jusqu'ici non pratiquée, pour le bénéfice de l'assurance maternité**. Ce délai d'affiliation est de dix mois².

B. L'assurance vieillesse : l'affiliation à la CARMF

L'assurance vieillesse et invalidité des PAMC est gérée par la **caisse autonome de retraite des médecins de France** (CARMF), section professionnelle de la Cnav-PL.

Le droit existant (article L. 640-1 du code de la sécurité sociale) prévoit que l'ensemble des médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaire médical, à l'exception de ceux travaillant dans les hôpitaux et les établissements publics, cotisent à la CARMF. Le **1°** de l'article 16 *ter* y **intègre désormais les étudiants de médecine en internat**.

Cette disposition apporte une rectification bienvenue à la **précarité de fait** subie par les jeunes médecins internes non détenteurs d'un doctorat de médecine : l'absence d'affiliation à la CARMF les contraignait à souscrire des **assurances privées** pour la couverture de leur risque invalidité.

II - La position de la commission

Votre commission accueille très favorablement ces dispositifs dont elle espère que les effets inciteront davantage les vocations de jeune médecin remplaçant.

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

¹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 26.

² Article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

Article 16 quater

Affiliation des gens de mer à un régime d'assurance vieillesse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée Monica Michel, propose un élargissement de la couverture sociale des marins résidant en France et employés sous pavillon étranger

I – Le dispositif proposé

A. Le droit existant : une inégalité selon la pratique du cabotage français par le navire

Le dispositif de cet article tend à approfondir et à affirmer le **droit à la couverture sociale des marins résidant en France mais employés sur un navire battant pavillon étranger**. Les premiers termes de ce débat avaient été posés par notre collègue Jean-Louis Tourenne¹, à l'occasion d'une question adressée au ministère des affaires sociales et de la santé et relative à l'affiliation à un régime de sécurité sociale des salariés français de la société Condor Ferries qui, battant pavillon des Bahamas, était autorisée à leur appliquer la législation sociale de cet État. Cet état du droit conduisait à de **fortes inégalités en termes de couvertures sociales** garanties à des marins qui pourtant avaient tous leur résidence en France.

L'article 31 de la LFSS pour 2016² avait déjà visé le sujet, en prévoyant l'affiliation obligatoire aux assurances sociale du régime général des « **gens de mer salariés** » à l'**exclusion des marins déjà affiliés à un régime d'assurance sociale étranger**, selon des conditions définies au 2^o de l'article L. 5551-1 du code des transports³.

Article L. 5551-1 du code des transports

Sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins, lorsqu'ils exercent une activité directement liée à l'exploitation du navire [...] :

2^o Dans le respect de la convention du travail maritime, adoptée à Genève le 7 février 2006, les gens de mer embarqués sur un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire [pratiquant le cabotage français] et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale.

¹ Question écrite n° 14868 de M. Jean-Louis TOURENNE, JO Sénat du 12 février 2015.

² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³ Article L. 311-3 33^o du code des transports.

Ce renvoi au code des transports laisse entière la question des contours du régime d'assurance sociale étranger d'affiliation de ces marins, correspondant à l'État dont leur navire employeur battait pavillon. Cette question se pose spécifiquement pour le cas des marins salariés à bord de navires **ne pratiquant pas le cabotage français**, les marins de navires pratiquant le cabotage faisant l'objet d'une affiliation aux dispositifs d'assurance sociale de droit commun suffisamment protectrice (puisque elle vient en subsidiarité des législations sociales de Union européenne, réputées aussi protectrices que la française)¹.

	Régime d'assurance vieillesse	Autres couvertures sociale
Marins résidents en France salariés à bord de navires battant pavillon étranger pratiquant le cabotage français	Législation sociale de l'État étranger membre de l'UE ou de l'EEE <i>Subsidiairement</i> : Enim	Enim <i>Subsidiairement</i> : régime général d'assurance maladie
Marins résidents en France salariés à bord de navires battant pavillon étranger ne pratiquant pas le cabotage français	Législation sociale de l'État étranger <i>Subsidiairement</i> : Enim	Législation sociale de l'État étranger <i>Subsidiairement</i> : Enim

Source : Article L. 311-3 33° et 34° du code de la sécurité sociale, article L. 5551-1 du code des transports

Le tableau ci-dessus montre bien que les dispositions combinées des articles L. 311-3 du code de la sécurité sociale et L. 5551-1 du code des transports dessinent deux droits distincts de la couverture sociale pour les marins employés à bord de navire battant pavillon étranger **selon que ce navire pratique le cabotage français** :

- pour ceux qui le pratiquent, **l'homogénéité de la couverture sociale est assurée** par l'application d'une législation sociale européenne pour le risque vieillesse et par l'application d'un régime français pour les autres risques ;

- pour ceux qui ne le pratiquent pas, les marins sont prioritairement couverts pour les deux risques par la législation sociale de l'État étranger, **non nécessairement européen**, dont le navire bat pavillon.

¹ Article L. 311-3 34° du code de la sécurité sociale.

B. Le droit proposé

L’article 16 *quater* propose une nouvelle rédaction du 2^o de l’article L. 5551-1 du code des transports, qui régit l’affiliation des marins résidant en France et salariés à bord d’un navire ne pratiquant pas le cabotage français **au régime spécial d’assurance-vieillesse**. La couverture retraite du régime spécifique de l’Établissement national des invalides de la marine (Enim) leur est actuellement ouverte sous réserve de leur non-affiliation à la législation sociale de l’État dont le navire bat pavillon.

Cette condition semblait insuffisante dans la mesure où la seule affiliation à la législation sociale d’un État étranger ne garantissait pas que la couverture retraite dont bénéficie le marin soit d’une qualité équivalente à celle de ses homologues salariés à bord d’un navire battant pavillon français. C’est pourquoi le c) du 2^o introduit une condition supplémentaire à l’éligibilité de ces publics au régime spécial d’assurance vieillesse des marins : **l’absence de bénéfice d’une protection sociale au moins équivalente à celle prévue par la France**.

Cette disposition a l’avantage de modifier directement la couverture du risque retraite mais également **indirectement celle des autres risques** puisque l’affiliation au régime spécial de l’Enim intervient en cas de non-satisfaction des conditions posées par le 2^o de l’article L. 5551-1 du code des transports. Le tableau précédent connaîtra donc les modifications suivantes :

	Régime d’assurance vieillesse	Autres couvertures sociales
Marins résidents en France salariés à bord de navires battant pavillon étranger ne pratiquant pas le cabotage français	Législation sociale de l’État étranger à condition d’équivalence avec la française <i>Subsidiairement : Enim</i>	Législation sociale de l’État étranger à condition d’équivalence avec la française <i>Subsidiairement : Enim</i>

Source : Article 16 quater PLFSS 2018

II – La position de la commission

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

Article 17
(art. L. 224-5 et 225-1-1 du code de la sécurité sociale)
**Centralisation de la passation des marchés
de services bancaires du régime général**

Objet : Cet article confie à l'Acoss une fonction de centrale d'achat pour ses marchés de services bancaires du régime général

I – Le dispositif proposé

Les différentes branches des régimes de sécurité sociale disposent toutes d'un ou de plusieurs partenaires bancaires pour la gestion de leurs flux financiers, liés au recouvrement des cotisations spécifiques et au versement des prestations sur les comptes bancaires des assurés. Le vaste ensemble des comptes des organismes du régime général dont le compte courant central de l'Acoss réalise la synthèse comprenait ainsi **plus de 2 000 comptes bancaires en 2012**. Plus d'un millier d'opérations (1 100 en moyenne en 2012) sont enregistrées chaque jour sur le seul compte unique de l'Acoss, pour un montant total de 1 130 milliards d'euros en 2012¹.

Pour certaines branches, la passation des marchés de services bancaires revêt une importance particulière, en raison de la plus forte régularité de leurs versements : c'est notamment le cas de la **branche retraite**. Le rapport sur l'application de la loi de financement de sécurité sociale (Ralfss) pour 2017 de la Cour des comptes soulignait tout l'attrait qu'une mutualisation des marchés bancaires entre les différentes branches des différents régimes de retraite pourrait présenter « *en termes de réduction du coût des prestations et d'aménagement du contenu de celles-ci afin de faire participer les banques à la maîtrise des risques financiers liés au versement de prestations à des résidents à l'étranger* »².

Plusieurs **initiatives isolées** des différents régimes ont été prises en ce sens. Ainsi, en 2016, les régimes Agirc et Arrco ont opéré une mutualisation des prestations bancaires entre tous les groupes de protection sociale ; les branches vieillesse et maladie du régime général ont conclu en septembre 2017 un nouveau marché bancaire commun, en partie calqué sur le modèle du marché de la branche retraite du RSI. Pourtant, de façon générale, l'assise des marchés de services bancaires de nombreuses branches reste locale : à titre d'exemples, la branche du recouvrement continue de conclure des marchés de services bancaires au niveau local ou interrégional ; de même, le périmètre géographique couvert par les marchés de services bancaires des branches prestataires du régime général (maladie, vieillesse, famille, du RSI, du régime agricole) diffère selon les organismes concernés³.

¹ *Rapport thématique « Conjoncture et financement » de l'Acoss, 2012.*

² *Cour des comptes, Rapport d'application de la LFSS pour 2017.*

³ *On peut notamment constater sur le portail MEOSS alimenté par l'Acoss que l'URSSAF de la Côte d'Or a passé en 2011 un marché public spécifique pour les huit départements dépendant de son ressort.*

Deux éléments semblent freiner la mutualisation des marchés de services bancaires entre les différents organismes de sécurité sociale : d'une part, **l'application stricte des règles relatives à la commande publique** qui, aux termes de l'étude d'impact, peut engendrer « *une réduction de l'attractivité de ces marchés, conduisant à un risque croissant d'infructuosité ou de constitution de situations de monopole* » ; d'autre part, **l'absence d'identification d'un acteur susceptible de passer ces marchés mutualisés**. La faculté a été reconnue par l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) d' « *assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte de [...] tout organisme de tout régime de sécurité sociale* ».

La qualité de centrale d'achat

La qualité de pouvoir adjudicateur, aux termes de l'ordonnance du 23 juillet 2015¹, est reconnue à toute personne morale de droit public **partie d'un achat public**. Aux termes de cette même ordonnance, tout marché public respecte « *les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures* »².

L'ordonnance pose ainsi le principe général de la commande publique qui repose sur une **individualisation de chaque passation** (chaque achat public doit donner lieu à une passation de marché public) mais **lui prévoit deux exceptions** en isolant les cas d'achats centralisés et groupés :

- l'exception de la **centrale d'achats** : la centrale d'achat désigne un acheteur public dont la fonction consiste à passer le marché public sans être pour autant le destinataire de l'objet du contrat. Il se positionne de façon intermédiaire entre le pouvoir adjudicateur, dont il est mandataire, et le fournisseur. Le recours à la centrale d'achats pour un pouvoir adjudicateur est d'un grand intérêt car ils sont ainsi « *considérés comme ayant respecté leurs obligations de publicité et de mise en concurrence* »³.
- l'exception du **groupement de commandes** : cette exception permet le rapprochement entre plusieurs acheteurs publics susceptibles de passer conjointement un ou plusieurs marchés publics.

L'article 17 du PLFSS pour 2018, sans retirer à l'Ucanss la compétence générale qu'elle peut exercer dans sa fonction de centrale d'achat, décide d'en attribuer à l'Acoss la compétence spécifique en matière de marchés publics de services bancaires.

¹ *Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, articles 9 et 10.*

² *Ibid.*, article 1^{er}.

³ *Ibid.*, article 26, alinéa 4.

La solution proposée par cet article consiste donc à directement revêtir l'Acoss de la qualité de centrale d'achats, ce qui lui fera bénéficier d'une **présomption de respect des conditions de la commande publique**, sans pour autant l'exonérer du « *respect des dispositions de l'ordonnance [relative aux marchés publics] pour les opérations de passation ou d'exécution du marché public dont ils se chargent eux-mêmes* »¹.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modifications à cet article.

III - La position de la commission

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

¹ *Ibid.*, article 26, alinéa 5.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

Transferts entre l'État et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale

Objet : Cet article procède aux transferts entre branches et entre l'État et la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Répartition entre branches du produit de la taxe sur les salaires

Le 1^o du présent article modifie la répartition entre les branches maladie et famille du produit de la taxe sur les salaires, actuellement affectée aux branches vieillesse, famille et maladie.

Cette mesure a pour effet d'assurer le bouclage des transferts entre l'État et la sécurité sociale qui se traduisent, pour la branche famille, par un solde détérioré de 1,7 milliard d'euros :

- 0,2 milliard d'euros de compensations non-pérennes (mesure « 5 trimestres » de taxe sur les véhicules de sociétés en 2017) ;

- 1,53 milliard d'euros de conséquences de l'article 7 (dont - 1,6 milliard de baisse de cotisation des travailleurs indépendants et - 0,09 milliard de hausse de la CSG, partiellement compensé par la baisse des cotisations chômage et la suppression des cotisations maladie à hauteur de 0,14 milliard d'euros).

En recettes, la branche famille subit les effets contraires de la suppression de la quatrième tranche de la taxe sur les salaires (- 0,1 milliard d'euros) prévue par la PLF et du « verdissement » de la taxe sur les véhicules de société (0,1 milliard d'euros), prévue par le présent projet de loi.

En dépenses, la branche famille enregistre en charges nouvelles deux mesures relatives au CMG (- 0,01 milliard d'euros chacune) ainsi qu'une contribution au financement de l'assurance maladie (0,1 milliard d'euros d'*« économie Ondam »*). Ces mesures en dépenses sont plus que compensées par les mesures en recettes (0,4 milliard d'euros) : la mesure relative à la Paje se traduit par une moindre dépense de 0,1 milliard d'euros et s'accompagne de trois autres mesures de modération des dépenses : sur le

fonds national d'action sociale (0,2 milliard d'euros), les dépenses de gestion de la branche et la lutte contre la fraude (pour 0,1 milliard d'euros chacune).

Au total, la branche famille autofinance une part des moindres recettes occasionnées par l'article 7 : le transfert d'une part supplémentaire de la taxe sur les salaires se traduit par 1,4 milliard de recettes supplémentaires : elle laisse à la branche maladie 0,1 milliard d'euros au titre de la recette supplémentaire de « verdissement » de la taxe sur les véhicules de société et supporte le poids de l'absence de compensation de la suppression de la quatrième tranche de la taxe sur les salaires (0,2 milliard d'euros).

Modification de l'affectation du produit de la taxe de solidarité additionnelle

Le présent article modifie ensuite l'affectation du produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), entièrement affectée au fonds CMU-c par la loi de financement pour 2017.

Le fonds CMU rembourse aux organismes gestionnaires de la CMU-c les dépenses qu'ils engagent sur la base d'un forfait ou au réel si le coût moyen dépensé est inférieur au forfait. Seule la Cnam est remboursée de la totalité de ses dépenses tant que les réserves du fonds le permettent.

Les sommes engagées au titre de l'aide à la complémentaire santé (ACS) sont remboursées sur la base d'un montant forfaitaire variant en fonction de l'âge du bénéficiaire.

D'après l'étude d'impact associée au présent article, le coût moyen par bénéficiaire de l'ACS, 410 euros en 2016, baisse depuis 2012 et devrait être inférieur au montant du forfait (400 euros, revalorisé en fonction de l'inflation prévisionnelle) en 2017.

Le fonds CMU-c présente un résultat cumulé prévisionnel de 368 millions d'euros en 2017, après 285 millions d'euros en 2016.

Cette situation permet au Gouvernement de proposer trois mesures :

- l'une, ponctuelle, à l'article 3 du présent projet de loi, ponctionne 150 millions d'euros sur les recettes 2017 du fonds CMU-c, au bénéfice de la branche maladie, de façon à réduire le montant du report à nouveau en 2018 ;

- la deuxième, au V du présent article, opère une nouvelle ponction de 150 millions d'euros sur les recettes 2018 du fonds, dont les réserves seraient de ce fait de 68 millions d'euros à fin 2018 ;

- l'autre, plus pérenne, au 1^o du I du présent article, affecte au fonds CMU les recettes de TSA à hauteur de la couverture de ses charges et affecte le solde à la Cnam. Cette modification se traduit par une recette supplémentaire de 54 millions d'euros pour la Cnam en 2018. Le 5^o du I du présent article supprime en conséquence la clé de répartition de la TSA entre le fonds CMU et la Cnam.

Le mode de revalorisation du forfait est modifié au 4° du I du présent article : l'indexation sur l'inflation prévisionnelle fait place à évolution du coût moyen de la CMU-c en N-1 (- 1,6 % en 2016). Le forfait, fixé à 413 euros, devrait donc rester inférieur au coût moyen, dont le gouvernement estime qu'il devrait rester stable à 410 euros en 2018 et les années suivantes. La majoration du remboursement à la Cnam est supprimée.

Ce nouveau mode d'indexation se traduit par une moindre dépense pour le fonds de 1 million d'euros en 2018, 1,5 million d'euros en 2019 et 2 millions d'euros en 2020. Cette dépense se reporte sur les organismes pour lesquels le coût réel engagé pour les dépenses de CMU-c est supérieur au forfait : les organismes complémentaires ainsi que la CRPEN, l'ENIM et la RATP.

Le résultat du fonds CMU serait de 24 millions d'euros en 2018 et de 21 millions d'euros en 2019.

Identification, au sein des dépenses de maladie de l'Enim, des dépenses exposées à raison du risque accidents du travail et maladies professionnelles et équilibrage de ces dépenses par la branche AT-MP du régime général

Organisé par le décret-loi du 17 juin 1938, le risque accidents du travail maladies professionnelles du régime des marins n'est actuellement pas isolé du reste des dépenses de maladie. Il est financé pour partie par une prise en charge directe par les employeurs et pour la plus grande part, 60,11 millions d'euros en 2015, par la branche maladie du régime qui est équilibrée financièrement, en application de la loi de financement pour 2016, par la branche maladie du régime général.

Le 2° du présent article prévoit de retracer le solde des charges et des produits du risque accidents du travail et maladies professionnelles du régime des marins et d'assurer son équilibre financier par un adossement à la branche AT-MP du régime général.

Ainsi que le précise l'étude d'impact, il n'existe pas de cotisation spécifique AT-MP dans le régime des marins, les employeurs prenant en charge directement une partie des dépenses, les autres dépenses étant globalisées au sein du risque maladie. Il n'y aura donc pas de transfert de recettes de la branche maladie à la branche AT-MP mais uniquement un transfert de charge, de l'ordre de 55 millions d'euros. Comme le précise l'étude d'impact, « *le travail maritime reste particulièrement accidentogène* », sans responsabilisation financière des employeurs. Une solution alternative aurait pu être de scinder la cotisation maladie et d'en affecter une partie au risque AT-MP. Elle aurait cependant eu pour effet de réduire l'intérêt de cette opération pour la branche maladie, qui transfère ainsi une charge nette de 55 millions d'euros, sans en transférer le financement.

Transfert à l'État du prélèvement de solidarité

Le 3° du I du présent article supprime l'affectation du prélèvement de solidarité au Fonds de solidarité vieillesse pour rétrocéder, au IV du présent article, cette recette à l'État. La période au cours de laquelle le FSV aura été attributaire de l'intégralité des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, à la suite de l'arrêt de Ruyter, n'aura donc duré que deux ans.

L'affectation à l'État du prélèvement de solidarité permet, avec l'ajustement à la baisse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale (- 1,7 milliard d'euros) de calibrer la rétrocession à l'Etat d'une partie de l'augmentation de la CSG (5,9 milliards d'euros), nette des compensations entre l'Etat et la sécurité sociale (1,6 milliards d'euros), soit 4,3 milliards d'euros.

Le FSV assume une lourde part dans ces transferts : bénéficiaire de 2,1 milliards d'euros de CSG supplémentaire sur les revenus du capital, il restitue 2,6 milliards d'euros de prélèvement de solidarité, soit une perte de recettes de 500 millions d'euros à laquelle s'ajoute 100 millions d'euros de dépense nouvelle liées à l'augmentation du minimum vieillesse sans attribution de recette supplémentaire et que le FSV financera par son déficit. Le solde prévisionnel du FSV passe, sous l'effet de ces deux mesures, de - 2,8 milliards d'euros à - 3,4 milliards d'euros, contribuant ainsi à la dégradation de l'ensemble vieillesse et FSV.

Pérennisation de l'affectation d'une partie de la Casa à l'objectif global de dépenses

Le II du présent article revoit les clés d'affectation de la Casa à l'article L. 14-10-45 du code de l'action sociale et des familles. Les recettes prévisionnelles de la Casa en 2017 sont de 755,4 millions d'euros.

Il prévoit une affectation de 6,6 % du produit de la Casa au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et 6,6 % au financement des établissements accueillant des personnes âgées. 13,2 % du produit de la Casa seraient donc affectés de manière pérenne au financement de l'objectif global de dépenses (OGD) cofinancé par l'assurance maladie via l'Ondam médico-social au titre des soins dispensés dans ces établissements.

La part affectée à la section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie passe de 70,5 % du produit de la Casa à 61,4 %, soit une baisse de 9,1 points, tandis que la part du produit de la Casa affectée aux concours versés aux départements pour les actions de prévention, dit fonds de concours Apa 2, baisse de 4,1 points pour s'établir à 23,9 %.

L'étude d'impact associée à cet article relève qu'il existe un excédent structurel entre le produit de la Casa et le besoin de financement des mesures prévues par la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement. Cet excédent serait de 100 millions d'euros en 2018, que le

présent article affecte au financement des établissements médico-sociaux afin de contribuer à financer le coût de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'apport de financements complémentaires dans le cadre de la contractualisation avec les établissements pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'accueil de publics spécifiques.

Le décalage entre la mise en place de la Casa et le vote, puis la mise en œuvre de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a effectivement conduit à une sous-consommation du produit de cette contribution, ce qui a donné lieu à la constitution de réserves au sein de la CNSA. Ces réserves ont été sollicitées en 2016, puis en 2017 pour le financement de l'OGD, en minorant la contribution de l'assurance maladie.

Le présent article pérennise cette mobilisation de la Casa pour le financement de l'OGD en lui affectant directement une part de son produit. Cette affectation permet de minorer la contribution de l'assurance maladie à l'OGD.

Il est contestable de comptabiliser cette opération comme une économie sur l'Ondam. Il ne s'agit pas d'une économie mais d'un transfert de charge sur la CNSA qui améliore certes le solde du régime général mais est neutre quant à celui des ASSO.

Affectation de la taxe sur les farines au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des exploitants agricoles

Le plan 2014-2017 de revalorisation des petites retraites agricoles, dont les deux principales mesures impliquaient le régime complémentaire de retraite des exploitants agricoles, devait être financé par une augmentation de 1,3 point du taux de cotisations pour un montant de 130 millions d'euros et par une mesure, la lutte contre l'optimisation sociale, dont le rendement a été surestimé (51 millions d'euros en 2016 contre 170 millions attendus).

Cet écart en recettes est comblé par de nouvelles hausses de cotisations, de 0,5 point en 2017 puis de nouveau de 0,5 point en 2018, l'État s'étant engagé sur une contribution.

Celle-ci prend la forme, au 2° du III du présent article, de l'affectation à ce régime de la taxe sur les farines, dont le produit est de 64 millions d'euros. D'après l'étude d'impact, ce montant permettrait de garantir le redressement financier du régime qui n'a pas la capacité d'emprunter.

Au 1° de l'article, cette recette est retirée au régime d'assurance vieillesse de base des exploitants agricoles ce qui en dégrade le solde à due concurrence.

Uniformisation et élargissement des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) sur les produits recouvrés par l'État pour le compte de la sécurité sociale

L'État assure le recouvrement de 70 milliards d'euros de recettes pour le compte de la sécurité sociale. Il préleve sur ce montant 70 millions d'euros de frais d'assiette et de recouvrement sur le fondement de l'article 1647-III du code général des impôts.

Le 2° du IV du présent article apporte deux précisions rédactionnelles à l'article 1647-III afin de viser les « impositions, taxes et autres contributions » en lieu et place des « cotisations » et de préciser la liste des affectataires concernés : outre les organismes de sécurité sociale, seraient concernés l'ensemble des organismes relevant du champ du PLFSS (FRR, FSV, Cades...) mais aussi la CNSA qui ne supportait pas de tels frais jusqu'à présent. L'étude d'impact précise que les textes d'application ont donné lieu à des pratiques hétérogènes en fonction des administrations chargées du recouvrement, comme les douanes qui ne prélevent pas de frais ou les affectataires des recettes, comme la Cnsa qui n'en supportent pas. Le changement d'affectation d'une recette peut ainsi être susceptible d'en affecter le produit net pour la sécurité sociale.

Le présent article donne une compétence conjointe aux ministres chargés du budget et de la sécurité sociale pour définir par arrêté le taux du prélèvement et ses modalités de remboursement. L'élargissement du taux actuel de 0,5 % devrait conduire à une perte de recettes de l'ordre de 150 millions d'euros pour la sécurité sociale, principalement supportée par l'assurance maladie affectataire des droits de consommation sur les tabacs mais qui lui est compensée dans le cadre des transferts entre branches.

Non-compensation de mesures affectant les recettes de la sécurité sociale

La loi de financement doit obligatoirement comporter les dispositions prévoyant l'absence de compensation des mesures de réduction ou d'exonérations de cotisations.

Le VI de l'article prévoit que ne donnent pas lieu à compensation par la sécurité sociale :

- la réduction du produit de la taxe sur les salaires par la suppression de la quatrième tranche, prévue en loi de finances pour 2018 pour un montant de 0,2 milliard d'euros ;

- le coût lié au doublement des seuils d'éligibilité au régime microsocial et microfiscal, estimé à 20 millions d'euros pour la sécurité sociale prévu en loi de finances pour 2018 ;

- le crédit d'impôt de taxe sur les salaires, prévu par l'article 88 de la loi de finances pour 2017, pour un montant de 0,6 milliard d'euros ;

- l'exonération de taxe sur les salaires pour les primes d'impatriation, prévue par l'article 71 de la loi de finances pour 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté huit amendements à cet article, dont six amendements présentés par le Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission et deux amendements rédactionnels et de coordination présentés par Olivier Véran, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Le premier amendement adopté par l'Assemblée nationale à cet article porte de 0,25 % à 0,44 %, soit 22 millions supplémentaires, la **fraction des droits de consommation sur les tabacs affectée au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac**. Les buralistes bénéficient de ce régime, financé par une cotisation prélevée sur les revenus des débitants, depuis 1963. L'État contribuait à son financement jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui lui a affecté une fraction des droits de consommation sur les tabac.

L'article 29 bis, clarifie la nature de ce régime en confirmant sa nature de régime supplémentaire et son articulation avec le régime de base, et de consolider ses financements.

Le second amendement adopté par l'Assemblée nationale **affecte au fonds CMU-c l'intégralité des sommes collectées au titre de la taxe de solidarité additionnelle pour les contrats bénéficiant d'un taux dérogatoire**, ce qui inclut les taxes versées par les résidents en France qui sont affiliés à la sécurité sociale dans un autre État membre.

Les primes versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire des travailleurs frontaliers qui résident en France mais sont affiliés dans un autre État membre de l'Union européenne sont en effet assujetties à la TSA, à la charge des assurés mais collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie. Cet assujettissement est remis en cause par la jurisprudence de Ruyter de la Cour de justice de l'Union européenne puisque son produit est affecté pour partie à un organisme relevant du régime de sécurité sociale français.

L'affectation de ce produit au fonds CMU-c, qui ne relève pas des régimes obligatoires de base, vise par conséquent à le mettre en conformité avec le droit communautaire. Le Fonds CMU-c percevra donc des recettes de TSA en deux temps : dans un premier temps, l'intégralité des recettes de TSA sur les contrats assujettis à un taux dérogatoire lui est affectée, une autre partie du produit de la TSA lui étant ensuite affectée pour équilibrer ses charges. Le solde du produit de la TSA reste affecté à la Cnam.

Le troisième amendement adopté par l'Assemblée nationale à cet article complète l'article L. 225-1-1 relatif aux **missions de l'Acoss afin qu'elle assure la mission de prendre en charge le coût résultant pour l'Unédic et pour les organismes de retraites complémentaires**, des réductions de cotisations prévues par les articles 7 et 8 du présent projet de loi. Cette disposition est inscrite « en miroir » de celles de l'article 26 du projet de loi de finances.

Le quatrième amendement adopté par l'Assemblée nationale met en place un circuit financier permettant à la CNSA et aux départements de percevoir le **remboursement des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versées aux titulaires d'une pension versée par un autre État membre de l'Union européenne** et qui relèvent de ce même État membre. Les règles européennes prévoient que l'État membre qui verse la pension assure la prise en charge financière des frais de santé et, par extension, des dépenses liées à la dépendance. Le circuit financier de remboursement des frais de santé est en place *via* la Cnam mais il n'existe pas en matière d'Apa, dont les dépenses restent à la charge des départements. Les huit alinéas insérés à l'article 18 par l'Assemblée nationale mettent en place ce circuit en permettant à la Cnam de recouvrer le remboursement des dépenses engagées auprès des autres États membres et de le reverser à la CNSA qui le reverse ensuite aux départements.

Le cinquième amendement adopté par l'Assemblée nationale prolonge, en 2018, à hauteur de 20 millions d'euros, **la contribution de la CNSA à l'action conduite par l'ANAH pour adapter les logements à la perte d'autonomie**. Le rapport annexé à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyait l'engagement de l'État d'adapter 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap. À cette fin, l'Agence nationale de l'habitat a bénéficié d'un financement complémentaire de la CNSA, à hauteur de 40 millions d'euros sur la période 2015-2017, ce qui a permis l'adaptation de plus de 45 000 logements.

Le dernier amendement adopté par l'Assemblée nationale à cet article prévoit **l'absence de compensation à la sécurité sociale des exonérations sur les indemnités versées à l'occasion des ruptures de contrats de travail d'un commun accord dans le cadre d'un accord collectif**, dispositif créé par l'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail.

Les indemnités de rupture versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi - PSE - bénéficient d'une exemption d'assiette. Un amendement au projet de loi de finances pour 2018 aligne le régime social et fiscal de ces nouvelles indemnités de rupture sur celui applicable aux indemnités versées dans le cadre d'un PSE. Le coût de cette mesure est estimé à 5 millions d'euros.

III - La position de la commission

Votre commission observe une certaine continuité dans le traitement réservé aux différentes branches dans les réaffectations de recettes qui s'effectuent plutôt au bénéfice de l'assurance maladie et au détriment du FSV.

Cet article illustre aussi les effets des taxes affectées, dont le produit n'est jamais exactement calibré pour les besoins des organismes qu'ils financent. Votre commission vous propose de préciser les modalités de prélèvement sur les recettes de TSA (amendement n° 101).

À cet article, votre commission suggère, plutôt que de l'affecter au RCO des exploitants agricoles, de procéder à la suppression de la taxe sur les farines, dont le caractère obsolète et le coût de recouvrement ont été soulignés en 2014 par la Cour des comptes, ce constat ayant par la suite été partagé par plusieurs rapports et par le Sénat qui a voté la suppression de cette taxe en novembre 2015 (amendement n° 105).

Elle propose enfin, comme chaque année depuis sa création, de supprimer la possibilité d'élargir le champ des charges du Fonds de solidarité vieillesse par voie règlementaire, disposition qui n'a été utilisée qu'une seule fois et dont le maintien n'est pas nécessaire (amendement n° 102).

Elle a également adopté des amendements rédactionnels (n°s 103 et 104).

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

Article 18 bis

Reversement à la CNRACL des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, procède au reversement à la CNRACL de l'intégralité des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales.

I - Le dispositif proposé

Créé par l'article 2 de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982, relative à la cessation progressive d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers, le fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA), qui finançait la réduction partielle d'activité d'agents de la fonction publique territoriale proches de la retraite, a été supprimé par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Le FCCPA, qui était alimenté par une contribution assise sur les rémunérations soumises à retenues pour pensions, ne perçoit plus de recettes depuis 2010. Ses charges, liées à l'indemnisation des derniers agents bénéficiaires du dispositif de cessation progressive d'activité, se sont éteintes au 1^{er} avril 2017 ; il n'en subsiste que les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du fonds. Ces frais représentent 236 euros par bénéficiaires, soit 800 000 euros par an.

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement présenté par le Gouvernement, prévoit le transfert, avant le 30 avril 2018, de l'intégralité des réserves financières du fonds à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le reliquat de trésorerie est de 29,5 millions d'euros.

II - La position de la commission

Le FCCPA a déjà procédé à un versement exceptionnel de 0,2 milliard d'euros en 2012 à la CNRACL dont la situation financière est dégradée depuis 2009, contribuant ainsi à résorber son déficit. La caisse a ensuite bénéficié de divers transferts qui lui ont permis de préserver son équilibre avant que la réforme de 2010 ne restaure ses excédents qui s'établissaient à 0,4 milliard d'euros en 2014 et à 0,3 milliard d'euros en 2015 et 2016.

L'excédent de la caisse s'est réduit à 0,1 milliard d'euros en 2017 et elle serait déficitaire de 469 millions d'euros en 2018 d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017.

En 2018, les cotisations, dont les produits ont été augmentés en 2017 en raison de l'accord PPCR et de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique, ralentiraient par contrecoup.

La croissance des prestations versées serait de 5 % en 2018.

Le transfert ponctuel de 29 millions d'euros ne suffira pas à restaurer les équilibres de la CNRACL. La situation de la caisse appelle une réponse plus ambitieuse qui devra trouver sa place dans le cadre d'une réforme plus globale des retraites que votre commission appelle de ses vœux.

Votre commission vous propose un amendement rectifiant une référence à cet article (amendement n° 106).

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

Article 19

**Approbation du montant de la compensation
des exonérations mentionnées à l'annexe V**

Objet : Cet article a pour objet d'approver 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

Les exonérations et exemptions d'assiette applicables aux cotisations et contributions sociales, communément appelées « niches sociales », représentent un volume global de 46,5 milliards d'euros pour l'année 2017 et un volume prévisionnel de 48,4 milliards d'euros en 2018.

Les exonérations de cotisations (allègements généraux et exonérations ciblées) représentent, en 2016, moins de 9 % des cotisations dues aux Urssaf.

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	2013	2014	2015	2016	2017 (p)	2018 (p)
Allègements généraux	20 724,0	20 886	25 775	28 974	30 725	33 559
Exonérations compensées	3 856,5	3 694	3 479	4 076	6 477	6 073
Exonérations non-compensées	3 207,3	3 694	3 741	3 806	1 413	936
Exemptions d'assiette	6 444,4	6 746	8 407	7 480	7 925	7 804
Total	34 232,2	35 020	41 402	44 336	45 127	48 372

Source : Annexe 5 PLFSS

L'évolution de ces montants reflète la montée en charge du pacte de responsabilité avec le renforcement des allègements généraux et surtout, même si elle ne constitue pas, à proprement parler, un allègement, la baisse du taux de cotisation famille (3,5 milliards d'euros en 2015, 6,5 milliards d'euros en 2016, 7,6 milliards d'euros du fait de l'extension en année pleine en 2017 pour les salariés). S'agissant des autres dispositifs, ceux qui concernent les services à la personne, le soutien à l'emploi et les exemptions d'assiette sont dynamiques, tandis que le soutien à des territoires spécifiques se stabilise.

Depuis 2011, les mesures d'allégements généraux font l'objet d'une compensation par affectation de recettes et n'entrent donc pas dans le champ de cet article qui ne vise que les exonérations ciblées, sur certains publics ou certaines zones géographiques.

La compensation des exonérations ciblées se fait principalement par le budget de l'État. Les exonérations résiduelles applicables aux heures supplémentaires faisant l'objet d'une compensation budgétaire (LFSS 2015), tout comme les déductions forfaitaires pour les services à la personne (LFSS 2016), aucun dispositif n'est plus compensé par l'affectation de recettes fiscales.

En 2017, la compensation de la perte de recettes pour la sécurité sociale s'est faite par la compensation d'exonérations jusqu'à alors non compensées, pour un montant de **2,8 milliards d'euros**, dont la part la plus importante, 1,7 milliard d'euros était représentée par les aides à domicile pour les publics fragiles. S'y ajoutaient 250 millions d'euros au titre de l'Accre, 156 millions d'euros au titre des chantiers d'insertion, 85 millions d'euros au titre des associations intermédiaires et 38 millions d'euros au titre des arbitres sportifs.

Le montant de la compensation pour l'ensemble des régimes serait donc de 6 milliards d'euros en 2018, après 6,1 milliards d'euros en 2017, 3,6 milliards d'euros en 2016 et 3,7 milliards d'euros en 2015. A champ constant, le montant des exonérations compensées aurait baissé de 2,2 %.

Les évolutions sont contrastées selon les dispositifs. Elles sont dynamiques pour le soutien aux publics fragiles mais plus en repli pour les exonérations zonées. Pour les dispositifs de soutien à l'emploi, les contrats aidés dans le secteur non-marchand se réduisent tandis que le coût des contrats d'apprentissage devrait progresser fortement.

Les cinq premiers postes d'exonérations compensées sont les suivants en prévisions pour l'année 2018 :

- aide à domicile pour publics fragiles (particuliers et associations ou entreprises : 1,8 milliard d'euros) ;
- contrats d'apprentissage (989 millions d'euros) ;
- entreprises en outre-mer (960 millions d'euros) ;
- déductions sur les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés (512 millions d'euros) ;
- déduction forfaitaire de 2 euros par heure déclarée pour les services à la personne (430 millions d'euros).

La baisse de la cotisation maladie des exploitants agricoles instituée en 2017, alignée sur celle des autres travailleurs indépendants, rejoint les dispositifs d'allégements généraux.

Les exonérations qui restent non-compensées concernent 65 dispositifs principalement les contrats aidés (contrat d'accompagnement dans l'emploi et contrat unique d'insertion, stagiaires, apprentis) pour un montant 936 millions d'euros. A champ constant, le coût de ces exonérations baisse une nouvelle fois en 2018, de 400 millions d'euros, après une baisse de 200 millions d'euros en 2017. Cette baisse concerne particulièrement les contrats d'accompagnement dans l'emploi (- 43%) ainsi que les contrats de sécurisation professionnelle (- 18%).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission observe que le présent projet de loi prévoit par ailleurs la non-compensation des dispositifs relatifs à la taxe sur les salaires prévus en loi de finances pour 2017 et par le projet de loi de finances pour 2018 : la suppression de la 4^e tranche de taxe sur les salaires (0,2 milliard d'euros), le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (600 millions d'euros), dont la suppression est programmée en 2019 et l'exonération de taxe sur les salaires pour les primes d'impatriation. L'augmentation des seuils applicables au régime de la micro-entreprise ne sera pas non plus compensée, pour un coût de l'ordre de 17 millions d'euros pour la sécurité sociale.

Plus largement, le projet de loi de programmation prévoit une révision profonde des relations financières entre l'État et la sécurité sociale dont les contours ne sont pas encore connus. Parmi les solutions envisagées, l'absence de compensation à la sécurité sociale de l'ensemble des allègements de cotisations permettrait de soutenir le redressement des comptes de l'État.

Une telle solution appelle une réflexion approfondie sur la nature et les objectifs poursuivis par les allègements de cotisations et sur la nature des dépenses que les cotisations ont vocation à financer. S'il peut être légitime de restituer à l'État un surcroît de recettes finançant des mécanismes de solidarité, la situation est différente pour les risques à caractère assurantiel.

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

Article 20
**Approbation des prévisions de recettes,
réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C
et du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes
obligatoires de base de sécurité sociale pour 2018**

Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2018 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^o 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 2018.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision de déficit de **2,2 milliards d'euros** en 2018.

Comme l'indique le tableau ci-après, ce montant représente une amélioration du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de :

- 4,8 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2016 figurant à l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement ;
- 2,7 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2017 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 2016	Prévisions 2017	Prévisions 2018
Maladie	- 4,7	- 4,1	- 0,8
Vieillesse	1,6	1,5	0,5
Famille	- 1	0,3	1,3
AT-MP	0,8	1,1	0,5
Total	- 3,4	- 1,3	1,2
FSV	- 3,6	- 3,6	- 3,4
Tous régimes + FSV	- 7	- 4,9	- 2,2

Par rapport au solde de l'année 2012 (19,2 milliards d'euros), le déficit des régimes obligatoires de base se réduirait d'un montant cumulé de 17 milliards d'euros en 2018.

Dépenses et recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV en 2017 et 2018

(en milliards d'euros)

	Recettes				Dépenses			
	2017	2018	écart	en %	2017	2018	écart	en %
Maladie	203,2	210,9	7,7	3,8 %	207,3	211,7	4,4	2,1 %
AT-MP	14,3	14,1	- 0,2	- 1,4 %	13,2	13,5	0,3	2,3 %
Vieillesse	232,2	236,6	4,4	1,9 %	231,1	236,4	5,3	2,3 %
Famille	49,9	51	1,1	2,2 %	49,6	49,7	0,1	0,2 %
Toutes branches	486,3	498,9	12,6	2,6 %	487,6	497,7	10,1	2,1 %
FSV	16	15,8	- 0,2	- 1,3 %	19,7	19,3	- 0,4	- 2,0 %
toutes branches avec FSV	483,1	496,1	13,0	2,7 %	488,0	498,3	10,3	2,1 %

Source : PLFSS 2017

Pour 2017, le solde se redresse grâce à une forte dynamique des recettes (+ 13 milliards d'euros et + 2,7%), supérieure à la croissance des dépenses (+ 9,1 milliards d'euros et + 2,1 %).

Ces évolutions sont comparables à celles qu'avait prévues le PLFSS pour 2017 par rapport à 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article et l'annexe C sans modification.

III - La position de la commission

Le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base s'inscrit dans la continuité des années précédentes en termes de rythme de réduction des déficits.

Il est marqué par une forte progression des recettes, leur structure étant sensiblement modifiée par les mesures issues notamment des articles 7 et 18 du présent projet de loi.

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

Article 21

**Approbation des prévisions de recettes,
réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C
et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général**

Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2018 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 20 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2018.

A l'exception des branches vieillesse et AT-MP, ce tableau est désormais très semblable à celui des régimes obligatoires de base, à la suite de la réforme du RSI, qui se traduit, sans impact sur le solde, par une augmentation des dépenses et des recettes de 5,1 milliards d'euros. Le solde de la branche vieillesse (0,2 milliard d'euros) illustre désormais la contribution négative des autres régimes obligatoires de base, le solde vieillesse des ROBSS étant de 0,1 milliard d'euros.

En 2018, le déficit du régime général se réduirait de 3 milliards d'euros par rapport à 2017 et de 5,6 milliards par rapport à 2015.

Évolution des soldes, par branche, du régime général
(en milliards d'euros)

	Constaté 2016	Prévisions 2017	Prévisions 2018
Maladie	-4,8	-4,1	-0,8
Vieillesse	0,9	1,3	0,2
Famille	-1	0,3	1,3
AT-MP	0,8	1	0,5
Total	-4,1	-1,6	1,2
FSV	-3,6	-3,6	-3,4
Tous régimes +FSV	-7,8	-5,2	-2,2

La branche maladie connaîtrait une amélioration très sensible de son solde, de 3,3 milliards d'euros, supérieure à celle du solde du régime général dans son ensemble de même que la branche famille, de 1 milliard d'euros, tandis que le solde de la branche vieillesse se dégrade de 1,1 milliard d'euros. Pour la quatrième année consécutive, l'excédent de la branche AT-MP se réduit à 500 millions d'euros.

Dépenses et recettes de l'ensemble du régime général et du FSV en 2017
(en millions d'euros)

	Recettes				Dépenses			
	2017	2018	écart	en %	2017	2018	écart	en %
Maladie	201,9	209,8	7,9	3,9%	206	210,6	4,6	2,2%
ATMP	12,8	12,7	-0,1	-0,8%	11,8	12,2	0,4	3,4%
Vieillesse	126,2	136,8	10,6	8,4%	124,9	136,6	11,7	9,4%
Famille	49,9	51	1,1	2,2%	49,6	49,7	0,1	0,2%
Toutes branches	377,8	394,3	16,5	4,4%	379,4	393	13,6	3,6%
FSV	16,0	15,8	-0,2	-1,3%	19,7	19,3	-0,4	-2,0%
toutes branches avec FSV	376,1	392,6	16,5	4,4%	381,3	394,8	13,5	3,5%

Source : PLFSS 2017

Les recettes progresseraient de 3,5 %, soit un rythme beaucoup plus élevé qu'en 2016. C'est particulièrement le cas de la branche maladie dont les produits enregistreraient une progression de 3,9 %. L'augmentation des dépenses est très largement portée par l'intégration du RSI à la Cnav.

En l'absence de mesures, d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, le déficit du régime général et du FSV serait de 8,6 milliards d'euros, soit 3,4 milliards d'euros de plus que le solde prévu pour 2017.

Comparaison des soldes, par branche, du régime général par rapport au tendanciel
(en milliards d'euros)

	Prévisions 201	Tendanciel 201	Prévisions 201	Écart 2018 au tendanciel
Maladie	- 4,1	- 7,9	-0,8	7,1
Vieillesse	1,3	-0,1	0,2	0,3
Famille	0,3	1,1	1,3	0,2
AT-MP	1	1	0,5	-0,5
Total	-1,6	-5,8	1,2	7
FSV	- 3,6	-2,8	- 3,4	-0,6
Tous régimes +FSV	- 5,2	- 8,6	- 2,2	6,4

Source : Rapport de la commission des comptes de septembre et PLFSS 2018

L'écart au tendanciel se concentre principalement sur la branche maladie, dont le solde s'améliorerait de 7,1 milliards d'euros par rapport au tendanciel, lequel prenait en compte une évolution tendancielle des dépenses de 4,5 % et la fin de deux mesures de compensations non pérennes : le prélèvement sur le FSV et la C4S pour un montant de 1,1 milliard d'euros.

En s'appuyant sur le tableau figurant à l'annexe 9 du projet de loi, qui présente l'inconvénient d'être présenté à la centaine de millions d'euros près, l'écart au tendanciel de la branche maladie peut être synthétisé comme suit :

Mesures nouvelles		Mesures de transfert	
En recettes		En produits	
0,5	augmentation des droits tabac	-1,44	Taxe sur les salaires vers la cnaf
0,53	augmentation du taux de cotisations (AT-MP)	-11,2	TVA vers l'Acoss (assurance chômage)
0,57	Ondam (remises, forfait hospitalier, Ocam)	0,2	TSA en provenance du fonds CMU
14,4	augmentation de la CSG		
En dépenses		En charges	
3,4	Ondam	0,1	branche AT ENIM vers AT-MP
0,2	frais de gestion	0,2	Ondam (CNSA)
0,1	lutte contre la fraude	-0,3	FAR et détenus (État)

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 souligne les enjeux qui s'attachent aux soldes de la branche maladie et du FSV avec des problématiques très différentes.

Le fonds de solidarité vieillesse est une nouvelle fois le « grand perdant du PLFSS » avec un impact négatif des transferts de recettes auquel s'ajoute une charge nouvelle par construction non financée.

L'assurance maladie concentre les enjeux de maîtrise des dépenses alors que ses recettes sont dynamiques.

La branche vieillesse ne doit son équilibre qu'à une mesure non pérenne de décalage de la date de revalorisation des pensions.

La branche AT-MP s'est redressée grâce à un effort d'augmentation de ses cotisations.

Au total, l'évolution encourageante du solde du régime général doit inciter à poursuivre les efforts sur les déterminants structurels de la dépense, dans un contexte où l'évolution des recettes devrait bénéficier de la reprise de l'économie.

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

Article 22

Approbation du tableau d'équilibre du FSV et de l'objectif d'amortissement de la dette sociale

Objet : Cet article détermine, pour l'année 2018, le tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et l'objectif d'amortissement de la dette 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^o 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 ;

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

Le I du présent article propose d'approuver le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Ce tableau ne concerne *de facto* que le fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le déficit devrait s'élever à **3,4 milliards d'euros en 2018**, soit une amélioration de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017.

Tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse
(en milliards d'euros)

2017			2018		
Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
16	19,7	- 3,6	15,8	19,3	- 3,4

Source : Projet de loi

Pour la troisième année consécutive, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaît des évolutions significatives de la structure de ses recettes.

En 2016, une refonte complète des produits affectés au FSV a été opérée afin de tirer les conséquences de l'arrêt « de Ruyter ». En 2017, un transfert progressif jusqu'en 2020 vers les régimes de retraite de la prise en charge de la majoration pour conjoint à charge et du minimum contributif jusqu'à présent assurée pour moitié par le FSV a été organisé, avec pour corollaire, le transfert immédiat à la Cnav des produits affectés à cette charge.

En 2018, les effets du transfert progressif du Mico sur l'amélioration du solde sont de 883 millions d'euros.

Par rapport aux deux années précédentes, l'année 2018 s'inscrit dans une certaine continuité pour le FSV. Alors que son solde tendanciel était de - 2,8 milliards d'euros, sous l'effet du dynamisme de ses produits, le bilan des mesures nouvelles du PLFSS pour 2018 est de - 857 millions d'euros.

En recettes, le FSV reçoit, en application de l'article 7, 1,7 point supplémentaire de CSG sur les revenus du capital ce qui porte à 9,6 points la part qui lui est attribuée et augmente ses produits de 2,1 milliards d'euros.

A contrario, le produit du prélèvement de solidarité sur le capital (2 % prélevés sur la même assiette que la CSG), qui lui avait été affecté en 2016, est transféré à l'État pour un montant de 2,6 milliards d'euros, soit une moindre recette pour le FSV de 500 millions d'euros.

En dépenses, le FSV doit prendre en charge la revalorisation de l'ASPA prévue à l'article 28 du présent projet de loi et l'avancement de la date de revalorisation de cette même prestation prévue par l'article 29, pour un montant de 115 millions d'euros en 2018.

L'impact cumulé de ces trois mesures sur les comptes du FSV en 2021, fin de la période couverte par l'annexe B, est de -3,6 milliards d'euros.

Il est regrettable que cette mesure de solidarité au bénéfice des retraités les plus modestes, n'ait pu trouver un financement dans les équilibres du PLFSS pour 2018.

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

Le II du présent article propose de fixer à 15,2 milliards d'euros l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2018. Cet objectif enregistre une nouvelle progression par rapport à 2017, grâce à l'amélioration du rendement des recettes de la Caisse et au maintien à un niveau bas de la charge des intérêts.

Cet amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées à la Cades, attendu pour l'année à venir¹ (soit 17,4 milliards d'euros), et le montant des frais financiers nets payés par la Caisse (soit 2,2 milliards)².

Il s'améliore sous le double effet d'une progression des produits, en particulier de la CRDS, et d'une diminution des charges.

Comptes de résultat prévisionnel de la Cades

(en millions d'euros)

	2017 (p)	2018 (p)
CRDS	7 076	7 271
CSG	7 866	8 050
Versement FRR	2 100	2 100
Total produits	17 042	17 421
Frais financiers et autres charges	2 220	2 213
Résultat	14 822	15 208

Source : Annexe 8 du PLFSS.

¹ Ces ressources se composent de la CRDS, de 0,48 point de CSG et du versement annuel de 2,1 milliards d'euros effectué par le FRR.

² Ce montant correspond au coût de financement de la Cades.

Depuis sa création en 1996, la Cades a repris une dette totale de 260 milliards d'euros au 31 décembre 2016. Elle en aura amorti 124 milliards d'euros et doit encore rembourser 135 milliards d'euros.

Le plafond prévu par la LFSS pour 2011 pour les années 2011 à 2018 ayant été saturé en 2016, aucune reprise n'est désormais prévue.

Resteront par conséquent à l'Acoss à fin 2017 :

- le reliquat du déficit de la Cnam (4,6 milliards d'euros) et le déficit de la branche famille (1,5 milliard d'euros) pour 2015 ;
- les déficits de l'année 2016 de la Cnam, de la Cnav et du FSV (9,4 milliards d'euros) ;
- les déficits prévisionnels de l'année 2017 de la Cnam et du FSV (7,2 milliards d'euros) ;
- les déficits de la branche vieillesse des salariés agricoles (3,5 milliards d'euros) et du régime des mines (0,7 milliard d'euros).

À fin 2017, compte tenu de l'excédent prévisionnel de la Cnav, les déficits cumulés portés par l'Acoss seraient de 22,9 milliards d'euros au titre du régime général et du FSV et de 27,1 avec les déficits de la MSA et du régime des mines.

La dette de la branche AT-MP a en revanche été totalement résorbée en 2016 et la branche devrait dégager un excédent cumulé de 1,8 milliard d'euros à la fin de l'année 2017.

Déficits du régime général et du FSV portés par l'Acoss

Année de formation du résultat	Cnam	AT-MP ¹	Cnav	Cnav	FSV	RG+FSV	RG+FSV cumulé
2015	-4,6		-1,5	0	0	-6,1	-6,1
2016	-4,8	0,8	-1	0,9	-3,6	-7,8	-13,9
2017 (p)	-4,1	1	0,3	1,3	-3,6	-5,2	-19,1
2018 (p)	-0,8	0,5	1,3	0,2	-3,4	-2,2	-21,3
2019 (p)	1	0,8	2,4	-0,8	-2,7	0,8	-20,5
2020 (p)	3,8	1,3	3,6	-2	-1,4	5,2	-15,3
2021 (p)	6,6	1,7	5	-3	-0,8	9,5	-5,8
Total (p)	-2,9	6,1	10,1	-3,4	-15,1	-5,8	

Source : Acoss.

Compte tenu de l'allongement, de quatre ans, de la durée de vie de la Cades, permis par la loi organique relative à la gestion de la dette sociale votée en 2010, l'horizon final de remboursement de la dette sociale reste actuellement prévu en 2024.

¹ Pour mémoire, les déficits de la branche AT-MP n'étant pas éligibles à une reprise par la Cades.

• **L'affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)**

Le III du présent article procède en application de la loi organique à l'affectation de recettes au FRR, lesquelles sont nulles, comme les années précédentes.

La loi portant réforme des retraites, votée en 2010, a transféré les recettes courantes du Fonds à la Cades pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, et au FSV.

Au 31 décembre 2016, la valeur de marché des actifs du FRR était de 36 milliards d'euros après des versements cumulés de 12,6 milliards d'euros à la Cades. En 2016, le FRR a dégagé un résultat financier de 810 millions d'euros.

La nature du FRR évolue, de fait, vers un outil de financement de l'économie dans un contexte où le précédent Gouvernement assurait ne pas envisager des versements aux régimes de retraite.

Il serait souhaitable, dans le cadre annoncé de la réforme systémique des retraites, de clarifier les missions données à ce Fonds dans les années à venir.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Avec l'insertion des objectifs de dépenses, des prévisions de recettes et de la prévision de solde du FSV au sein des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général, l'apport de cet article est, de fait, la fixation de l'objectif d'amortissement de la Cades.

Votre commission souligne le caractère insatisfaisant du tableau d'équilibre du FSV qui devra trouver une solution dans les réaffectations de recettes de la prochaine loi de financement.

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

*Article 23***Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes**

Objet : Cet article habilite cinq organismes à recourir, en 2018, 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^o 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 cinq organismes à recourir en 2018 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

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 (Cnieg) et celui des exploitants agricoles, pour lesquels un plafond spécifique permet cependant de tracer les opérations.

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 augmente une nouvelle fois, pour être porté à 4,9 milliards d'euros. L'incertitude sur le calendrier de la compensation par l'État de la baisse de la cotisation maladie des exploitants agricoles, dont le principe a été acté en 2016 mais imputé sur les comptes 2017, ce qui justifiait une augmentation du plafond pour 2017 a été levée : cette exonération ne sera finalement pas compensée ni pour 2017, ni pour 2018.

Celui de la Cnieg est porté à 440 millions d'euros pour tenir compte, notamment des incertitudes liées au recouvrement de la contribution tarifaire d'acheminement, qui représente 20 % des ressources du régime spécial.

Évolution des plafonds d'avance de trésorerie

(en milliards d'euros)

	2017	2018		
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)	33	38		
Régime des exploitants agricoles (CCMSA)	4,45	4,9		
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	0,35	0,45		
Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg)	0,3	0,44		
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	Jusqu'au 31/01 0,45	À partir du 01/02 0,2	Jusqu'au 31/01 0,5	À partir du 01/02 0,2

Source : LFSS 2017 et PLFSS 2018

Le plafond des ressources non permanentes proposé en 2018 pour le régime général (Acoss) s'élève à **38 milliards d'euros**. Ce montant, certes inférieur au plafond historique de 65 milliards d'euros, atteint en 2010, traduit l'absence de reprise de dette en 2018, 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, ce qui représenterait un solde prévisionnel de trésorerie de - 27,6 milliards d'euros au 31 décembre 2017.

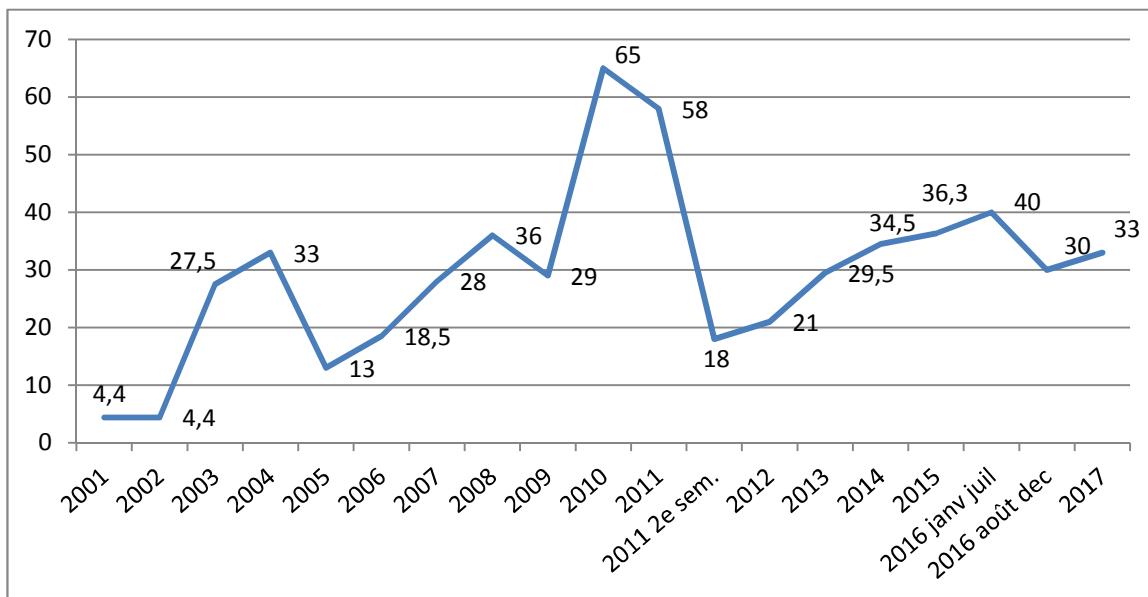
En raison du niveau atypique des taux d'intérêt, l'Acoss devrait encore présenter un résultat net de trésorerie positif de 134 millions d'euros après 91,7 millions d'euros en 2016 et 16,4 millions d'euros en 2015. En 2010, le résultat net de trésorerie était de - 324 millions d'euros.

Pour 2018, le profil de trésorerie de l'Acoss fait apparaître un besoin maximal de 37,2 milliards d'euros brut, au 13 avril 2018 ; le besoin moyen brut s'établirait à 28,4 milliards.

Le plafond de 38 milliards d'euros permet de couvrir également les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines ainsi que du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Évolution du plafond de découvert de l'Acoss

(en milliards d'euros)



Source : LFSS

Le plafond de découvert de l'Acoss permet de financer, à court terme, trois catégories de déficits :

- le déficit de la branche famille constaté en 2015 et le reliquat du déficit 2015 de la branche maladie non repris par la Cades ;
- la trésorerie de l'ensemble des branches dont les déficits en fin d'année 2016 n'ont pas été repris par la Cades ;
- les déficits 2017 ;
- les déficits cumulés de la branche vieillesse de la CCMSA et du régime des mines.

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 24
**Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle
du financement de la sécurité sociale**

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 2018 à 2021.

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)**

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

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

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

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

Le rapport qu'il est proposé d'approver à l'annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale détaille, pour les années 2018 à 2021, 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.

La prévision de croissance associée à la LFSS pour 2017 est révisée à la hausse de 0,2 point pour être portée à 1,7 %. L'hypothèse est ensuite maintenue à ce niveau pour les années 2018 à 2021, alors que l'annexe B du PLFSS pour 2017 anticipait une accélération à partir de 2019 à 1,9 %.

L'inflation hors tabac progresserait de 1 % en 2017 et 2018 avant d'accélérer progressivement à partir de 2019 et d'atteindre 1,8 % en 2021.

L'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé est fortement révisée à la hausse pour 2017 de 2,7 à 3,3 %. Elle ralentirait en 2018 (+ 3,1 %) avant d'accélérer progressivement à partir de 2019, en lien avec la progression de l'inflation et serait de 3,8 % en fin de période. Les effectifs augmenteraient faiblement (1 % en 2018 et 2019) avant de ralentir en 2020 et 2021 (0,9 % et 0,5 % respectivement) tandis que le salaire moyen progresserait régulièrement entre 2018 et 2021. Cette évolution est fortement revue par rapport à la prévision associée au PLFSS 2017, qui prévoyait 3,6 % en 2018 et 4,1 % en fin de période.

La revalorisation des pensions de retraite resterait sur une tendance très maîtrisée, du fait du décalage en 2018 qui conduit à une revalorisation inférieure à l'inflation et de l'écart d'un an avec l'inflation constatée.

La revalorisation des autres prestations serait également très maîtrisée, avec une accélération en fin de période (1,3 %).

Fixé à 2,3 % pour 20108, le taux d'évolution de l'Ondam resterait à ce niveau pour toute la période. Cette hypothèse est moins restrictive que celle associée au PLFSS pour 2017 qui était de 2 % pour les années 2018 à 2020.

Les hypothèses macro-économiques associées à l'Annexe B

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIB en volume	1,1 %	1,2 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Inflation	0,0 %	0,2 %	1 %	1 %	1,1 %	1,4 %	1,8 %
Masse salariale du secteur privé	1,7 %	2,4 %	3,3 %	3,1 %	3,2 %	3,6 %	3,8 %
<i>dont effectifs</i>	0,1 %	1,0 %	1,7 %	1 %	1,1 %	1,4 %	1,8 %
<i>dont salaire moyen</i>	1,6 %	1,4 %	1,6 %	2,1 %	2,2 %	2,6 %	3,3 %
Ondam	2,0 %	1,8 %	2,2 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Revalorisation des pensions	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %	1,4 %
Revalorisation des prestations	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %	1,3 %

Source : Annexe B

Sur le fondement de ces hypothèses, les régimes obligatoires de base et le FSV seraient à l'équilibre en 2019, avec un excédent de 0,6 milliard d'euros qui se consoliderait rapidement pour atteindre 8,6 milliards d'euros en 2021.

Les recettes progresseraient de 2,69 % en rythme annuel sur la période tandis que les dépenses progresseraient de 2,17 %.

Prévisions de recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV

(en milliards d'euros)

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maladie	Recettes	186,6	191,3	195,9	203,2	210,9	216,9	224	231,6
	Dépenses	193,2	197,1	200,7	207,3	211,7	215,9	220,3	225
	Solde	- 6,5	- 5,8	- 4,7	- 4,1	- 0,8	1	3,8	6,6
AT-MP	Recettes	13,8	14,1	14,1	14,3	14,1	14,6	15,2	15,9
	Dépenses	13,1	13,3	13,3	13,2	13,5	13,7	13,9	14,2
	Solde	0,7	0,8	0,8	1,1	0,5	0,9	1,3	1,8
Famille	Recettes	56,3	52,8	48,6	49,9	51	52,5	54,1	56,1
	Dépenses	59	54,3	49,6	49,6	49,7	50,1	50,5	51,1
	Solde	- 2,7	- 1,5	- 1	0,3	1,3	2,4	3,6	5,0
Vieillesse	Recettes	219,2	223,8	228,8	232,6	236,6	241,2	246,1	251,6
	Dépenses	220	223,6	227,2	231,1	236,4	242,3	248,5	255,6
	Solde	- 0,8	0,2	1,6	1,5	0,1	- 1	- 2,4	- 3,9
Total	Recettes	462,9	468,4	473,7	486,3	498,9	511,4	525,3	540,8
	Dépenses	472,2	474,7	477,1	487,6	497,7	508,1	519,1	531,4
	Solde	- 9,3	- 6,3	- 3,4	- 1,3	1,2	3,3	6,3	9,3
FSV	Recettes	332,6	338,4	365	376,1	392,6	404,5	418,1	432,9
	Dépenses	345,8	349,2	372,7	381,3	394,8	403,7	412,9	423,4
	Solde	- 3,5	- 3,9	- 3,6	- 3,6	- 3,4	- 2,7	- 1,4	- 0,8
Total avec FSV	Recettes	460,1	464,9	470,5	483,1	496,1	509,6	525	541,1
	Dépenses	472,8	475,1	477,5	488	498,3	509	520,1	532,5
	Solde	- 12,8	- 10,2	- 7	- 4,9	- 2,2	0,6	4,8	8,6

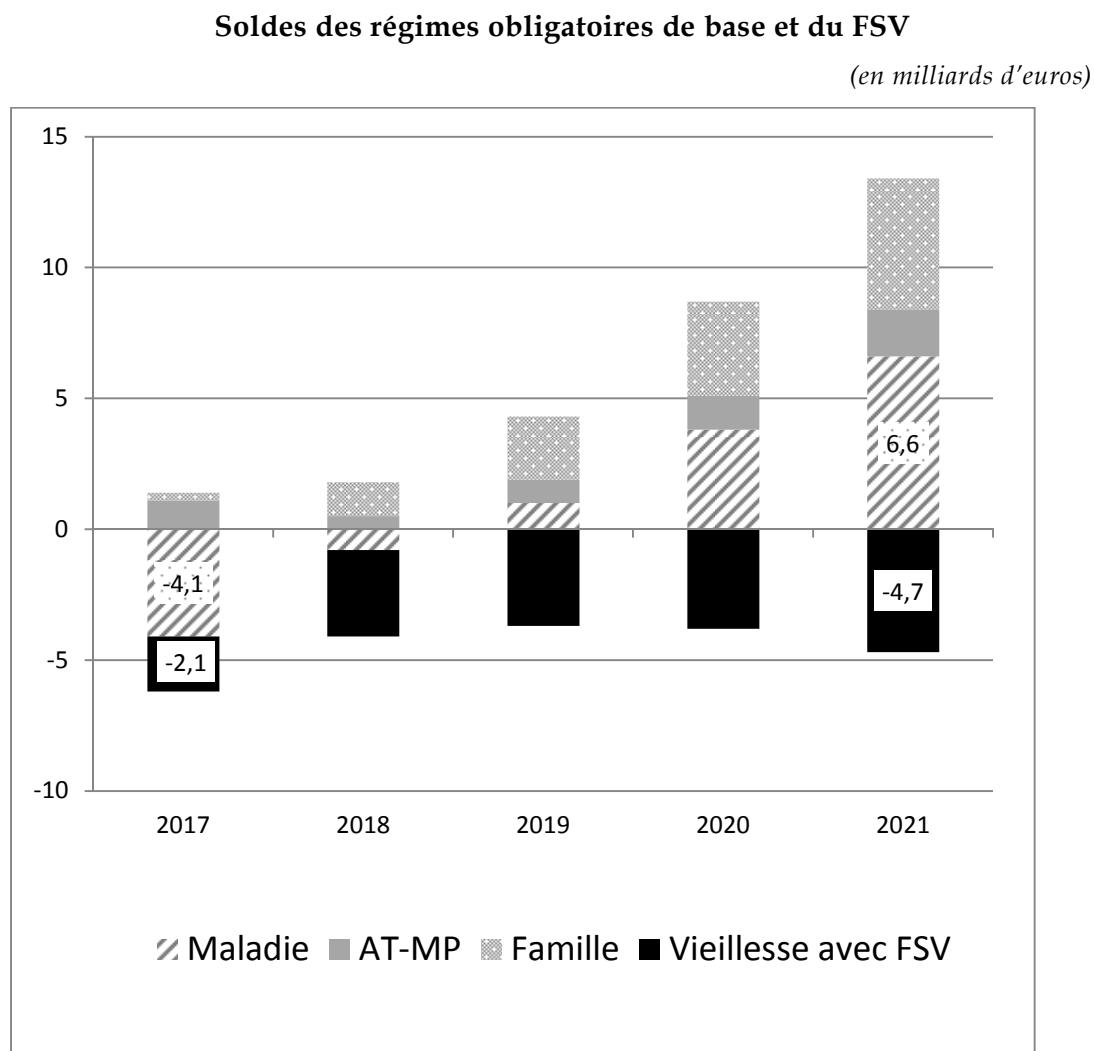
Source : Annexe B

En 2021, seul l'ensemble vieillesse et FSV serait en déficit, au niveau élevé de 4,7 milliards d'euros, la forte dynamique de ses dépenses n'étant pas couverte par les dynamiques des recettes à partir de 2018. Le FSV serait encore en déficit de 0,8 milliard d'euros en 2021.

La branche AT-MP consoliderait son excédent grâce une progression modérée des dépenses.

La branche famille se caractérise par la faible dynamique de ses dépenses, qui lui permet de consolider son excédent.

Pour la branche maladie, le croisement entre recettes et dépenses intervient en 2019, sous l'hypothèse d'une dynamique contenue des dépenses.



Source : Annexe B

Pour ce qui concerne le régime général, ces évolutions ne diffèrent que pour la branche vieillesse, dont le résultat serait un peu moins dégradé que celui des régimes obligatoires de base, mais auquel il contribue avec un déficit de 3 milliards d'euros en 2020.

A l'équilibre en 2016, avec un excédent de 0,9 milliard d'euros, la branche vieillesse serait excédentaire en 2017 et 2018, avant que son solde ne se dégrade très fortement en 2019 (- 0,8 milliard d'euros), puis en 2020 (- 2 milliards d'euros) et en 2021.

Par rapport aux prévisions associées à la LFSS pour 2017, un écart important tient à l'intégration du RSI en recettes et en dépenses (5,1 milliards d'euros) ; cet écart est en principe neutre sur le solde. S'il se constate bien en dépenses, cet écart ne se retrouve pas en recettes pour les raisons exposées par la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Le Gouvernement précédent avait intégré, sans l'expliciter, dans la trajectoire associée au PLFSS pour 2017 un transfert de recettes des trois autres branches vers la branche vieillesse, à hauteur de 1,1 milliard d'euros en 2019 et de 2,9 milliards d'euros en 2020.

Régime général branche vieillesse	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PLFSS 2017						
Recettes	124	126,5	129,1	133,4	138,7	-
Dépenses	122,9	125	128,5	132,7	137,6	-
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1	-
PLFSS 2018						
Recettes	123,7	126,2	133,8	137	140,3	144,6
Dépenses	122,8	124,9	133,6	137,8	142,3	147,6
Solde	0,9	1,3	0,2	- 0,8	- 2	- 3
Écart de solde/LFSS 2017	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 1,5	- 3,1	-

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 25

(art. L. 531-5, L. 531-6 et L. 531-8 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 et art. 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017)

Majoration du CMG pour les familles monoparentales

Objet : Cet article prévoit une majoration du montant maximal du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales.

I - Le dispositif proposé

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

La Paje

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹ a réformé les différentes aides aux familles ayant des jeunes enfants en créant la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), définie à l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale. La Paje comprend quatre composantes :

- une prime à la naissance ou à l'adoption, versée sous condition de ressources (art. L. 531-2) ;
- une allocation de base, versée sous condition de ressources jusqu'aux trois ans de l'enfant (art L. 531-3) ;
- une prestation partagée d'éducation de l'enfant (Préparee), ou congé parental, versée lorsque l'un des parents interrompt ou réduit son activité professionnelle pour s'occuper du jeune enfant (art. L. 531-4) ;
- un complément de libre choix du mode de garde (CMG), destiné à compenser en partie le coût de la garde d'un enfant (art. L. 531-5 et L. 531-6).

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le CMG est versé à la condition que les parents exercent une activité professionnelle¹. Alors que la Paje concerne en principe les enfants âgés de moins de 3 ans, le CMG peut être attribué, à taux réduit, au titre des enfants âgés de 3 à 6 ans².

On distingue le CMG « emploi direct » prévu par l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale (CSS) et le CMG « structure », prévu par l'article L. 531-6.

Le CMG « emploi direct » est versé aux parents qui emploient directement un salarié à domicile ou un assistant maternel agréé.

Le CMG « structure » est versé aux parents qui ont recours à une association ou une entreprise habilitée qui emploie des salariés à domicile ou des assistants maternels ou à une micro-crèche dont le coût horaire ne dépasse pas 10 euros.

Le recours à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) percevant un financement direct de la branche famille ne peut en revanche donner lieu au versement du CMG.

Dans le cas de l'emploi direct, le CMG comprend deux volets. Le premier consiste en la prise en charge de tout ou partie des cotisations et contributions sociales (100 % dans le cas de l'emploi d'un assistant maternel et 50 % dans la limite d'un plafond dans le cas d'un salarié à domicile³) et le second consiste en la couverture d'une partie de la rémunération nette.

Dans le cas du CMG « structure », l'aide consiste en la prise en charge d'une partie du coût de la garde.

Le volet rémunération du CMG « emploi direct » comme le CMG « structure » ne peuvent dépasser d'une part 85 % de la rémunération nette ou du coût de la garde et d'autre part un plafond qui varie en fonction des ressources du foyer et de la composition familiale⁴.

Les articles D. 531-18 et D. 531-23 du CSS fixent les montants maximum de prise en charge, exprimés par rapport à la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), en fonction de trois tranches fixées par référence au plafond de ressources de la prime à la naissance. Il est précisé que ces plafonds de ressources sont majorés de 40 % pour les parents isolés⁵.

¹ Un CMG à taux partiel peut être versé lorsque l'un des parents réduit son activité d'au moins 50 % et bénéficie à ce titre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Préparee).

² Art. D531-20 du CSS.

³ Art. D. 531-17 du CSS. Le montant du volet « cotisations » est divisé par deux pour un enfant dont l'âge est compris entre trois et six ans.

⁴ Les plafonds de prise en charge sont divisés par deux pour les enfants dont l'âge est compris entre trois et six ans.

⁵ Cette majoration a été prévue par le décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 relatif au complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales et les familles dont l'un des parents perçoit l'allocation aux adultes handicapés.

Le tableau suivant présente les plafonds de prise en charge au titre du CMG, pour un enfant de moins de 3 ans (les montants sont réduits de moitié pour les enfants de 3 à 6 ans) :

Plafond de la prise en charge, en % de la BMAF <i>(montant en euros au 1^{er} avril 2017)</i>			
CMG emploi direct <i>(volet rémunération)</i>	CMG structure		
	pour l'emploi d'un assistant maternel	dans le cas d'une garde à domicile ou en EAJE	
Ressources inférieures à 45 % du plafond de la prime à la naissance	114,04 % (462,78 €)	172,57 % (700,3 €)	208,53 % (846,22 €)
Ressources supérieures à 45 % du plafond de la prime à la naissance et inférieures à ce plafond	71,91 % (291,82 €)	143,81 % (583,58 €)	179,76 % (729,47 €)
Ressources supérieures au plafond de la prime à la naissance	43,14 % (175,07 €)	115 % (466,88 €)	151 % (612,77 €)

Les articles L. 531-5 et L. 531-6 disposent que le montant maximum de la prise en charge au titre du volet rémunérations du CMG emploi direct et du CMG structure sont majorés dans deux situations : lorsque la garde a lieu à des horaires spécifiques (1^o) et lorsque l'un des parents est titulaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (2^o).

L'article D. 531-23-1 du CSS précise que la majoration est de 10 % pour horaires atypiques¹ et de 30 % pour les bénéficiaires de l'AAH.

– *Le dispositif proposé*

Le présent article prévoit une majoration du montant maximal de l'aide accordée aux familles monoparentales au titre du volet « rémunération » du CMG « emploi direct » et au titre du CMG « structure ».

Il ajoute à cet effet un 3^o au III de l'article L. 531-5 et à l'article L. 531-6 du CSS aux termes duquel le plafond du montant de l'aide est majoré « lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule ».

Le montant maximal de l'aide ne remet pas en cause le plafond de 85 % du coût de la garde, qui reste applicable.

¹ Cette majoration s'applique aux heures de gardes comprises entre 22 h et 6 h ainsi que les dimanches et jours fériés. Elle est ouverte à condition que le nombre d'heures en horaire spécifiques soit d'au moins vingt-cinq par mois.

Aux termes de l'étude d'impact fournies par le Gouvernement, le montant de la majoration envisagée serait de 30 %, comme pour les bénéficiaires de l'AAH.

L'impact de cette mesure serait de 10 millions d'euros en 2018 et de 40 millions d'euro en année pleine.

Enfin, le présent article prévoit une disposition d'adaptation législative applicable à Saint-Pierre-et Miquelon. Le CMG a été étendu à cette collectivité par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹. Il est versé par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017² a prévu une nouvelle rédaction de l'article L. 531-5 du CSS, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Cette nouvelle rédaction n'a pas vocation à s'appliquer à Saint-Pierre-et-Miquelon et il convient que, pour son application dans cette collectivité, cet article conserve sa rédaction actuelle.

Le présent article introduit donc cette adaptation en reproduisant la rédaction actuelle de l'article L. 531-5 -mais en ajoutant la majoration du plafond de l'aide pour les familles monoparentales- à l'article 11 de l'ordonnance du 26 octobre 1977³, qui prévoit diverses adaptations en matière sociale.

Il est précisé que les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er octobre 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique deux amendements rédactionnels du rapporteur général de la commission des affaires sociales visant notamment à accorder au masculin les termes « *assistante maternelle agréée* » à différentes occurrences de l'article L. 533-5, en cohérence avec l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui définit la profession d'assistant maternel.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement s'inscrivant dans la continuité de la réforme du circuit de paiement du CMG initiée par la LFSS pour 2017. Celui-ci a prévu une nouvelle rédaction de l'article L. 531-8 qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018, aux termes de laquelle, les parents souhaitant bénéficier du CMG seront tenus d'adhérer au dispositif simplifié Pajemploi pour la déclaration de l'assistant maternel ou du salarié à domicile qu'ils emploient.

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, art. 46.

² Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, art. 42.

³ 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.

En outre, les particuliers employeurs pourront, à titre optionnel, déléguer au centre national Pajemploi ou au centre national du chèque emploi-service universel (CNCESU)¹ la rémunération de leur salarié.

Par ailleurs, la réforme prévue par la LFSS pour 2017 permet une rénovation du circuit de paiement du CMG afin de limiter les flux entre les différents acteurs. Elle prévoit ainsi, qu'une partie du volet « rémunération » soit versée par la CAF (ou la caisse de mutualité sociale agricole) à Pajemploi, dans la limite du montant total des cotisations et contributions dues². Le cas échéant, le reliquat de CMG « rémunération » serait versé par la CAF à l'employeur. Dans le cas, rare en pratique, où l'apport du volet « rémunération » ne permettrait pas de couvrir la totalité des cotisations et contributions sociales dues, le solde serait prélevé par Pajemploi auprès de l'employeur.

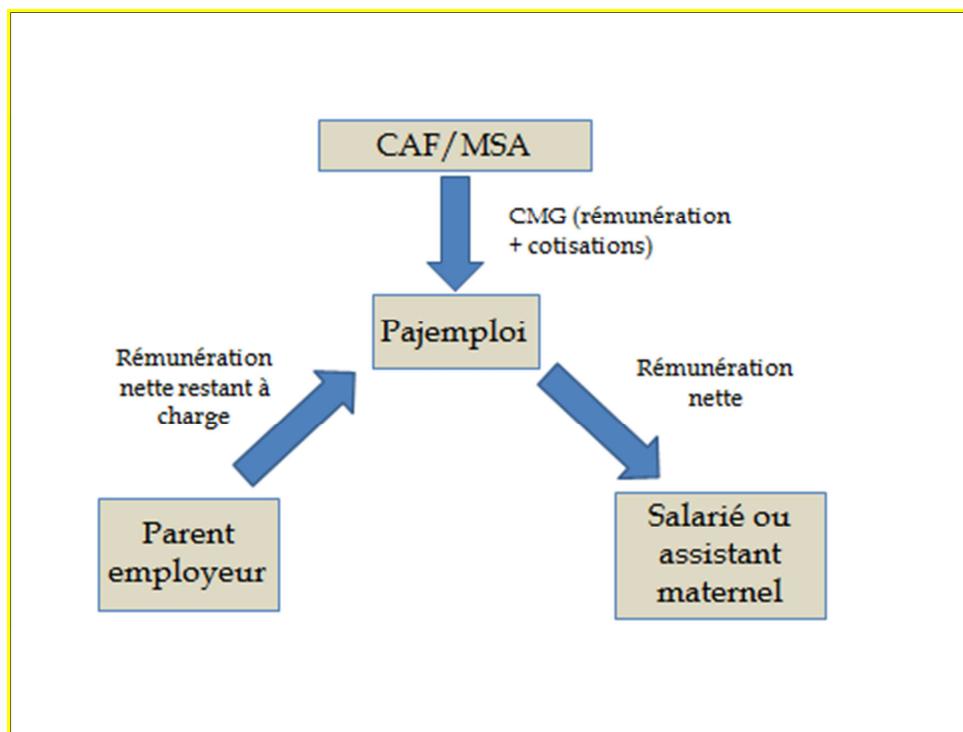
L'amendement adopté par nos collègues députés sur proposition du Gouvernement modifie à nouveau le circuit prévu à l'article L. 531-8 du CSS afin que le reliquat d'aide du au particulier employeur ne lui soit pas versé par la CAF (ou la caisse de mutualité sociale agricole) mais par Pajemploi pour le compte de la caisse.

Alors que l'intermédiation de Pajemploi pour le versement de la rémunération du salarié doit être optionnelle et conditionnée à l'accord de ce dernier, l'intermédiation pour le versement du CMG serait systématique. Lorsque l'employeur aura opté pour l'intermédiation de Pajemploi pour le versement de la rémunération, la somme qui lui sera prélevée sera nette de l'aide à laquelle il a droit au titre du CMG globalisé.

Le schéma ci-après présente le circuit de paiement résultant du présent article, dans le cas où l'employeur opterait pour l'intermédiation de Pajemploi.

¹ Pajemploi et le Cesu sont des dispositifs simplifiés de déclaration des salariés du particulier employeur faisant partie du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Pajemploi concerne l'emploi d'un assistant maternel ou d'un garde d'enfant à domicile tandis que le Cesu concerne les autres types d'emploi à domicile.

² Dans le cas de l'emploi d'un assistant maternel, la totalité des cotisations et contributions sociales étant prises en charge au titre du CMG « cotisations », le montant du CMG « rémunération » serait versée par la CAF à l'employeur.



Par ailleurs, l'amendement adopté à l'Assemblée nationale précise, à l'article L. 531-8 du CSS, les conditions de remboursement des sommes indument versées. Lorsque, suite à une modification par l'employeur de la déclaration notifiée à Pajemploi, le montant des cotisations et contributions dues est minoré, le montant correspondant sera restitué à la caisse d'allocations familiales par Pajemploi pour le compte de l'employeur.

Dans le cas d'allocations indument versées à un allocataire au titre du CMG, les récupérations s'effectueraient prioritairement sur « *les créances de cotisations et contributions sociales dues* » par Pajemploi. Dans le cas d'un allocataire qui aurait déclaré par erreur des périodes d'emploi, ce dernier est susceptible de se voir verser une somme indue au titre du CMG et de se voir prélever de manière tout aussi indue les sommes correspondant aux cotisations et contributions sociales à sa charge. La disposition proposée permettra donc de globaliser ces deux sommes. Dans ce cas, il est prévu que la caisse soit subrogée dans les droits de l'allocataire.

Ces modalités de restitution fait exception au principe, posé par l'article L. 553-2 du CSS, selon lequel les restitutions d'indus se font par retenue sur prestations.

Enfin, l'article 42 de la LFSS pour 2017 est modifié pour décaler l'entrée en vigueur de la réforme qui est repoussée au 1^{er} janvier 2019. La nouvelle rédaction de l'article L. 531-5 entre néanmoins en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018.

III - La position de la commission

Les familles monoparentales, le plus souvent composée d'une femme seule avec un ou plusieurs enfants à charge, constituent un public prioritaire de la politique familiale. En effet, ces familles sont plus fréquemment touchées par la pauvreté, d'une part du fait de la présence d'un seul revenu et d'autre part du fait de l'importance du chômage chez les jeunes mères célibataires¹. Si les difficultés rencontrées par ces publics s'expliquent en partie par un niveau de formation moindre², la présence d'enfants est un facteur d'éloignement du marché du travail. Un renforcement des aides à la garde d'enfant ciblé sur ce public est donc souhaitable.

Votre rapporteur est donc favorable à cette mesure, même si son impact convient d'être relativisé.

L'étude d'impact présente les gains potentiels pour les familles monoparentales concernées en faisant l'hypothèse d'une majoration de 30 % des plafonds d'aide. Compte tenu du mode de calcul du CMG, le montant du gain potentiel dépend du mode de garde, de l'âge de l'enfant et de la tranche de revenus dans laquelle se trouve la famille.

Gains maximaux théoriques pour une augmentation de 30 % du montant plafond du CMG (en euros)

		Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
CMG emploi direct (volet rémunération)	Enfant de moins de 3 ans	138,42	87,07	52,37
	Enfant de 3 à 6 ans	69,21	43,65	26,18
CMG structure (assistant maternel)	Enfant de moins de 3 ans	209,46	174,55	139,65
	Enfant de 3 à 6 ans	104,73	87,28	69,82
CMG structure (garde à domicile ou micro-crèche)	Enfant de moins de 3 ans	253,11	218,19	183,28
	Enfant de 3 à 6 ans	126,55	109,09	51,64

Toutefois, les familles concernées ne pourront voir progresser le montant de l'aide qui leur est accordée que dans la mesure où le plafond de 85 % du coût de la garde ne sera pas saturé.

Le coût de cette mesure est évalué à 40 millions d'euros en année pleine. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, environ 82 700 familles monoparentales bénéficiaient du CMG en mai 2017. Auditionnée par votre rapporteur, la direction de la sécurité sociale (DSS) a indiqué que 53 % des familles monoparentales actuellement bénéficiaires du CMG pourraient voir augmenter le montant d'aide qu'elles perçoivent.

¹ Selon l'étude d'impact, 36 % des mères de moins de 35 ans à la tête d'une famille monoparentale sont à la recherche d'un emploi et le taux de chômage des parents isolés atteint 25 %.

² Seules 12 % des mères célibataires de moins de 35 ans ont suivi des études supérieures contre 35 % de l'ensemble des mères de moins de 35 ans.

Sur la base de ces éléments et en dehors de l'augmentation possible du volume d'heures de garde, on peut estimer qu'un peu plus de 40 000 familles monoparentales gagneraient une aide supplémentaire de 1 000 euros par an en moyenne, soit à peu près 80 euros par mois. Si ce montant n'est pas négligeable, il est néanmoins nettement inférieur aux gains maximaux présentés par l'étude d'impact.

La mesure pourrait également avoir un impact sur le volume d'heures de garde consommées. Cet impact devrait toutefois être limité notamment du fait du montant de 15 % qui reste à la charge des familles et qui limite la capacité des familles monoparentales à augmenter le nombre d'heures de garde qu'elles consomment.

Le système de plafonds du CMG est construit par référence au plafond de ressources de la prime à la naissance, qui doit être abaissé par l'article 26 du présent PLFSS. L'étude d'impact indique néanmoins que les plafonds du CMG resteront inchangés, ce qui suppose de modifier l'article D. 531-18 du CSS. Votre rapporteur sera attentif à ce que les décrets d'application n'entraînent pas un resserrement de ces plafonds.

Enfin, si votre rapporteur approuve cette mesure, il convient de souligner qu'elle n'est pas de nature à supprimer l'ensemble des obstacles à l'emploi des familles monoparentales, dont une partie seront par ailleurs touchées par la baisse des plafonds et montants de l'allocation de base prévue par l'article 26 du présent PLFSS. De plus, il convient de garder à l'esprit que les modes de garde financés par le CMG sont plus onéreux, et donc moins accessibles aux familles les plus modestes que les modes d'accueil collectif.

La modification de la réforme du circuit de versement du mode de garde semble aller dans le sens d'une plus grande simplicité. Le décalage de son entrée en vigueur est par ailleurs nécessaire, la Cnaf et la ministre ayant indiqué à votre commission que les développements informatiques nécessaires n'étaient pas prêts. Au demeurant, l'un des objectifs de cette réforme était de faciliter, pour les salariés du particulier employeur, la mise en œuvre du prélèvement à la source dont l'entrée en vigueur également été reportée. Votre commission a adopté un amendement rédactionnel de votre rapporteur (amendement n° 107).

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

Article 26
*(art. L. 531-2 et L. 531-3 du code de la sécurité sociale
et art. 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013
de financement de la sécurité sociale pour 2014)*
**Harmonisation du barème et des plafonds de la Paje
et du complément familial**

Objet : *Cet article prévoit une harmonisation des plafonds de la prime à la naissance et de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et du montant de l'allocation de base sur les plafonds et montants applicables pour le complément familial*

I - Le dispositif proposé

1. Le droit existant

La prime à la naissance, ou à l'adoption, prévue à l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale (CSS) et l'allocation de base (AB), prévue à l'article L. 531-3 du même code, sont deux composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). La prime à la naissance ou à l'adoption est servie en une fois tandis que l'allocation de base est versée mensuellement aux familles ayant au moins un enfant de moins de trois ans. Ces deux prestations sont sous condition de ressources.

Le complément familial (CF), prévu par l'article L. 522-1 du code de la sécurité sociale est une prestation versée sous condition de ressources aux familles ayant à leur charge au moins trois enfants, tous âgés d'au moins trois ans, qui ne sont donc pas éligibles à l'AB de la Paje.

a) La prime à la naissance

La prime à la naissance est versée au deuxième mois suivant la naissance. Dans le cas d'une adoption, la prime est versée au plus tard le deuxième mois qui suit l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Le décalage du versement de la prime à la naissance

L'article L. 531-2 du CSS prévoit que la prime à la naissance est attribuée pour chaque enfant à naître « *avant la naissance de l'enfant* » et que la date de versement est fixée par décret.

Dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2015, l'article D. 531-2 du CSS prévoyait le versement de la prime à la naissance au cours du septième mois de grossesse. Un décret du 30 décembre 2014, a décalé ce versement au deuxième mois suivant la naissance.

Ce décalage a entraîné un report de dépense de 2015 sur 2016, permettant une économie de trésorerie purement artificielle de l'ordre de 200 millions d'euros en 2015.

Ce décalage pose un certain nombre de difficultés aux familles bénéficiaires, qui ont souvent à engager des dépenses liées à l'accueil de l'enfant avant la naissance de celui-ci. Les caisses d'allocations familiales tentent de remédier à ces difficultés au cas par cas en accordant des avances ou des prêts. Toutefois, votre rapporteur considère, à l'instar de la totalité des associations familiales, qu'un retour à la situation qui prévalait avant 2015 serait souhaitable.

Cette mesure entraînerait une dépense supplémentaire de l'ordre de 190 millions d'euros pour l'année au cours de laquelle elle serait mise en œuvre mais serait à terme neutre pour les finances publiques.

L'article L. 531-2 du CSS prévoit que le plafond de ressources dépend du rang de l'enfant, c'est-à-dire du nombre d'enfants nés ou à naître et que ce plafond est majoré pour les parents isolés et les couples biactifs. L'article R. 531-1 prévoit un montant de référence, qui est majoré de 22 % par enfant à charge. Un arrêté du 8 décembre 2015¹ fixe ce montant à 29 403 euros et la majoration pour les couples biactifs et les parents isolés à 9 703 euros.

Le tableau ci-dessous retrace les plafonds de ressources applicables :

Nombre d'enfant(s) à charge	Couple avec un seul revenu	Couple avec deux revenus ou personne seule
1 enfant	35 872 €	45 575 €
2 enfants	42 341 €	52 044 €
3 enfants	48 810 €	58 513 €
Par enfant supplémentaire	6 469 €	6 469 €

Source : Service-public.fr

L'article D. 531-2 du CASF fixe le montant de la prime à la naissance à 229,75 % de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). Toutefois, l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014² a instauré un gel du montant de la prime à la naissance et de l'allocation de base³ à leur niveau de 2013. Le montant de la prime à la naissance est donc de 923,08 euros.

¹ Arrêté du 8 décembre 2015 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. Compte tenu de la stabilité des prix en 2015, les montants et plafonds fixés pour 2016 ont été maintenus au même niveau pour 2017 par un arrêté un 15 décembre 2016.

² Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

³ Ce gel constitue une dérogation aux dispositions de l'article L. 551-1 du CSS, qui prévoit une revalorisation de la BMAF au 1^{er} avril de chaque année sur la base de l'inflation constatée.

b) L'allocation de base

L'article L. 531-3 du CSS prévoit que l'AB est versée à taux plein aux ménages dont les ressources ne dépassent pas un plafond de ressources fixé par décret et à taux partiel aux ménages dont les ressources sont comprises entre ce plafond et le plafond de la prime à la naissance¹.

Comme pour la prime à la naissance, les plafonds de l'allocation de base varient en fonction du nombre d'enfants à charge et sont majorés pour les familles monoparentales et les couples biactifs.

Le calcul du plafond de ressources applicable en fonction de la configuration familiales s'effectue à partir d'un montant de référence fixé par arrêté, qui est majoré de 22 % par enfant à charge (art. R. 531-1 du CSS)².

L'arrêté du 8 décembre 2015 fixe le montant de référence pour l'allocation à taux plein à 24 612 euros et la majoration pour les couples biactifs et les personnes seules à de 8 121 euros.

Le tableau ci-dessous retrace les plafonds de ressources applicables :

Nombre d'enfant(s) à charge	Couple avec un seul revenu		Couple avec deux revenus ou une personne seule	
	AB à taux plein (184,62 €)	AB à taux partie (92,31 €)	AB à taux plein (184,62 €)	AB à taux partie (92,31 €)
1 enfant	0-30 027 €	30 027-35 872 €	0-38 148 €	38 148-45 575 €
2 enfants	0-35 442 €	35 442-42 341 €	0-43 563 €	43 563-52 044 €
3 enfants	0-40 857 €	40 857-48 810 €	0-48 978 €	48 978-58 513 €
Majoration par enfant supplémentaire	5 415 €	6 469 €	5 415 €	6 469 €

L'article D. 531-3 précise que le taux plein est fixé à 45,95 % de la BMAF et le taux réduit à la moitié du taux plein. Toutefois, compte tenu du gel prévu par l'article 74 de la LFSS pour 2014, le montant de l'allocation de base est maintenu à son niveau de 2013, soit 184,62 euros à taux plein et 92,31 euros à taux partiel.

¹ La modulation du montant de l'allocation de base a été instaurée par la LFSS pour 2014.

² Jusqu'au 1^{er} avril 2014, cette majoration était de 25 % par enfant à charge à partir du premier et 30 % à partir du troisième. La LFSS pour 2013 a toutefois supprimé la modulation de ce plafond en fonction du rang de l'enfant.

La réforme de la Paje et du complément familial prévue par la LFSS pour 2014

L'article 74 de la LFSS pour 2014 a instauré une modulation du montant de l'allocation de base de la Paje (AB) et du complément familial (CF). Cette modulation s'est traduite par la création d'un CF majoré pour les bénéficiaires les plus modestes et d'une AB à taux partiel pour les bénéficiaires les moins modestes.

Le III de ce même article a par ailleurs prévu le gel des montants de la prime à la naissance et de l'AB jusqu'à ce que le montant du complément familial, revalorisé chaque année, rattrape celui de l'allocation de base. Cette convergence était prévue à horizon 2020. Compte tenu des prévisions actualisées d'inflation, cette convergence interviendrait en fait vers 2023 ou 2024 selon les informations communiquées à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS).

c) Le complément familial

Le plafond de ressources du complément familial varie selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est majoré pour les couples biactifs ainsi que pour les personnes seules (art. L. 522-2 du CSS). Par ailleurs, la LFSS pour 2014 a institué une majoration du CF pour les familles les plus modestes. Un complément différentiel est prévu pour les familles dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de ressources¹.

Comme pour l'allocation de base, le calcul du montant du plafond de ressources applicable au CF en fonction de la configuration familial s'effectue à partir d'un montant fixé par arrêté. Ce montant est majoré de 25 % par enfant à charge à partir du premier et 30 % par enfant à partir du troisième. L'arrêté du 8 décembre 2015 fixe le montant de référence à 20 947 euros et la majoration applicable pour les familles monoparentales et les couples biactifs à 8 420 euros. Les plafonds de ressources du CF majoré correspondent à la moitié des plafonds du CF de base.

Le tableau ci-dessous retrace les plafonds de ressources applicables :

	Couple avec un seul revenu d'activité		Couple avec deux revenus ou parent isolé	
	CF majoré (236,71 €)	CF de base (169,03 €)	CF majoré (236,71 €)	CF de base (169,03 €)
Pour 3 enfants	0-18 856 €	18 857-37 705 €	0-23 066 €	23 067-46 125 €
Pour 4 enfants	0-21 999 €	22 000-43 989 €	0-26 209 €	26 210-52 409 €
Majoration par enfant supplémentaire	+ 3 143 €	+ 6 284 €	+ 3 143 €	+ 6 284 €

¹ L'article D. 522-3 du CSS précise que ce complément différentiel est versé aux ménages ou personnes dont les ressources annuelles dépassent le plafond de ressources défini à l'article R. 522-2 d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel du complément familial.

Les montants du CF et du CF majoré sont fixés respectivement à 41,65 % et 58,33 % de la BMAF (art. D. 522-1 et D. 522-2 du CSS), soit respectivement 169,03 euros et 236,71 euros au 1^{er} avril 2017. Dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, une revalorisation exceptionnelle du montant majoré du CF a été prévue par le décret du 12 avril 2017¹. À compter du 1^{er} avril 2018, le montant du CF majoré sera ainsi porté à 62,48 % de la BMAF.

2. Les modifications proposées

Le présent article aligne les plafonds de ressources et le montant de l'AB à taux plein sur les paramètres du CF de base.

À cet effet, il modifie l'article L. 531-3 du CSS relatif à l'AB en supprimant le renvoi à un décret et en précisant que « *le plafond de ressources et le taux servant au calcul* » de l'AB sont « *identiques* » à ceux retenus pour l'attribution du CF et la fixation de son montant.

Sur la base des montants actuels, cet alignement entraînerait une baisse du montant mensuel de l'AB à taux plein d'environ 15 euros². Le montant de l'AB à taux partiel restant égal à la moitié du montant à taux plein, soit un manque à gagner d'environ 7 euros par mois pour les familles concernées.

L'abaissement du plafond de ressources de l'AB à taux plein justifie un abaissement du plafond de l'AB à taux réduit. Or, ce dernier est, par construction, celui de la prime à la naissance. Le présent article modifie l'article L. 531-2 du CSS pour prévoir que le plafond de ressources de la prime à la naissance sera dorénavant fixé « *par référence* » au plafond applicable à l'allocation de base.

L'étude d'impact précise que le rapport entre le plafond de la prime à la naissance -donc de l'AB à taux partiel- et celui de l'AB à taux plein, qui est aujourd'hui de 119,47 %, sera maintenu.

Par exemple, pour un couple biactif avec deux revenus ou une famille monoparentale avec trois enfants, le plafond de revenu annuel de l'allocation de base à taux plein passerait (hors revalorisation au 1^{er} avril) de 48 978 euros (4 080 €/mois) à 46 125 euros (3 843 €/mois).

¹ Décret n° 2017-532 du 12 avril 2017 relatif à la revalorisation de l'allocation de soutien familial et du montant majoré du complément familial.

² Le montant du CF (169,03 euros) doit être revalorisé au 1^{er} avril prochain alors que le montant de l'AB est gelé. Le montant du manque à gagner pour les familles concernées sera donc légèrement inférieur.

Cet abaissement des plafonds entraînerait un effet d'éviction. Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, 4 % des bénéficiaires potentiels de l'AB et 6 % des bénéficiaires potentiels de la prime à la naissance n'en bénéficieraient pas et 6 % en bénéficieraient à taux partiel au lieu du taux plein. Par ailleurs, 6 % des bénéficiaires de l'AB en bénéficieraient à taux partiel au lieu du taux plein.

Il est précisé que ces dispositions nouvelles s'appliquent pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018. Pour les enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018, les plafonds et les règles de revalorisation actuels restent en vigueur. Ainsi, la mesure n'entraînera pas une perte d'allocation pour les bénéficiaires actuels mais un manque à gagner pour les bénéficiaires futurs.

L'article 74 de la LFSS pour 2014 prévoit que le gel des montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance prendra fin lorsque le montant du complément familial aura rattrapé celui de l'allocation de base. L'alignement des montants prévu supprime la raison d'être de ce gel, et le présent article prévoit l'abrogation du III de cet article 74 à compter du 1^{er} avril 2018.

L'étude d'impact indique que cette mesure entraînerait une économie pour la branche famille de 70 millions d'euros en 2018, dont 30 millions d'euros au titre de l'allocation de base (10 millions d'euros résultant de l'abaissement des plafonds et 20 millions d'euros de l'abaissement des montants) et 40 millions d'euros au titre de la prime à la naissance. L'étude d'impact ne précise toutefois pas le coût budgétaire de la revalorisation des montants de la prime à la naissance et de l'AB au 1^{er} avril 2018.

Cet impact progresserait sur trois ans et atteindrait à terme 500 millions d'euros par an selon la DSS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Le Gouvernement présente la mesure prévue par le présent article comme visant à rendre plus cohérentes et plus lisibles deux prestations qui ont, souvent, vocation à se succéder pour une même famille.

En effet, les familles ayant trois enfants ou plus qui bénéficient de l'allocation de base de la Paje deviennent souvent éligibles au complément familial au moment du troisième anniversaire de leur enfant le plus jeune.

Les conditions de ressources légèrement plus restrictives du CF font néanmoins qu'une partie des bénéficiaires de l'AB n'a pas le droit au CF. Le passage de l'AB au CF entraîne par ailleurs une réduction de l'aide perçue en raison de la différence des montants de ces deux prestations.

Ce constat avait, à côté de préoccupations budgétaires, été évoqué pour justifier le gel du montant de l'AB jusqu'à ce que le montant du CF l'ait rattrapé. Pour autant, une harmonisation par le bas ne saurait être une solution acceptable.

Premièrement, le CF et l'AB visant des publics distincts, il n'existe, *a priori*, pas de raison pour que leurs conditions de ressources et leurs montants soient les mêmes. Surtout, la majorité des allocataires de l'allocation de base ont moins de trois enfants et ne sont pas concernés par la difficulté que le présent article vise à résoudre. S'agissant de la prime à la naissance, bien que son plafond soit aujourd'hui le même que celui de l'AB à taux partiel, on voit mal en quoi son abaissement serait nécessaire. Si l'argument de la lisibilité du système peut paraître pertinent du point de vue du gestionnaire des différentes prestations, il l'est nettement moins du point de vue du bénéficiaire.

Deuxièmement, l'impact de cette mesure pour les bénéficiaires potentiels de l'AB et du CF ne semble pas acceptable dans un contexte d'excédent de la branche famille qui atteindrait en 2018 1,1 milliard d'euros¹ hors mesures nouvelles et que le Gouvernement compte porter à 1,3 milliard d'euros. Même si le nombre de « perdants » demeure limité et si les bénéficiaires actuels ne verront pas le montant de leur aide baisser, le manque à gagner est conséquent. S'agissant de la prime à la naissance, ce manque à gagner est égal à la totalité de la prime, soit 923,08 euros. S'agissant de l'allocation de base, le manque à gagner serait de plus de 90 euros par mois, soit plus de 1 000 euros par an².

De plus, les « perdants » sont, par hypothèses, des familles modestes ou issues des classes moyennes, qui auront par ailleurs à subir la baisse forfaitaire des aides personnalisées au logement (APL) annoncée pour 2018.

Troisièmement, cette mesure s'ajoute au demeurant à plusieurs autres qui ont, depuis 2012, restreint les montants et les plafonds des différentes composantes de la Paje. La modulation du montant de l'AB prévue par la LFSS pour 2014 représente par exemple une économie de 200 millions d'euros en 2017³.

¹ Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2017.

² Pour une famille qui aurait bénéficié de l'AB à taux réduit, le manque à gagner est égal au montant de cette prestation, soit 92,31 euros. Pour une famille qui bénéficierait du nouveau montant de l'AB à taux réduit au lieu de l'AB à taux plein, le manque à gagner serait de plus de 100 euros.

³ Source : Réponse au questionnaire budgétaire.

Enfin, dans un contexte de baisse continue du nombre de naissances, une nouvelle restriction des prestations familiales constitue un signal particulièrement regrettable.

Le dégel des montants de la prime à la naissance et de l'allocation de base, présenté comme une mesure favorable aux familles, n'est en fait que la conséquence logique de l'accélération du ratrappage prévu par la LFSS pour 2014. À court terme, son impact devrait au demeurant être limité compte tenu de la faiblesse de l'inflation (0,1 % en 2016 et 0,2 % en 2017 selon l'annexe B du PLFSS).

Le débat sur l'avenir de la politique familiale, qui doit s'ouvrir en 2018, sera l'occasion de s'interroger sur le montant et les plafonds des différentes prestations et d'étudier les moyens de les mettre en cohérence. Dans la perspective de ce débat, l'alignement par le bas prévu par le présent article ne paraît pas souhaitable.

Votre commission a donc adopté un amendement de suppression du présent article (amendement n° 108).

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 26 bis

Demande de rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements et services d'accueil du jeune enfant

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements et services d'accueil du jeune enfant.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale en séance publique à l'initiative de notre collègue député Thomas Mesnier et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, prévoit la remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des services et établissements d'accueil des enfants de moins de six ans. Il est précisé que ce rapport devra étudier en particulier l'opportunité d'une modulation des aides financières versées par les caisses d'allocations familiales à ces services et établissements en fonction de leurs pratiques en matière d'attribution de places.

Ce rapport doit être remis dans un délai de neuf mois à compter de la promulgation du présent projet de loi.

II - La position de la commission

Le sujet du rapport demandé par le présent article est digne d'intérêt. On peut cependant s'interroger sur son lien direct avec le financement de la sécurité sociale et donc sur sa place en loi de financement. Par ailleurs, votre rapporteur s'interroge sur la pertinence des demandes de rapport au Gouvernement qui sont rarement suivies d'effet.

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

*Article additionnel après l'article 26 bis
(art. L. 543-3 du code de la sécurité sociale)*

**Versement au service ou à la famille de l'allocation
de rentrée scolaire due au titre d'un enfant placé**

L'allocation de rentrée scolaire (ARS), prévue par l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale (CSS) est une prestation versée sous condition de ressources aux parents qui assument la charge d'un enfant scolarisé. Son montant dépend de l'âge de l'enfant selon le barème suivant (applicable pour la rentrée 2017) :

Âge de l'enfant	Montant
6 à 10 ans	364,09 €
11 à 14 ans	384,17 €
15 à 18 ans	397,49 €

Le tableau ci-dessous présente les plafonds de ressources applicables (pour la rentrée 2017) :

Nombre d'enfants	Revenu net catégoriel 2015
Pour 1 enfant	24 404 €
Pour 2 enfants	30 036 €
Pour 3 enfants	35 668 €
Par enfant supplémentaire	+ 5 632 €

L'article L. 543-2 du CSS prévoit une allocation différentielle pour les familles dont les ressources dépassent de peu le plafond.

L'article 19 de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant¹ a créé un article L. 543-3 au sein du code de la sécurité sociale (CSS). Aux termes de cet article, lorsqu'un enfant est confié par décision de justice à un service départemental d'aide sociale à l'enfance (ASE) ou à un établissement ou service spécialisé, le montant de l'ARS éventuellement due au titre de cet enfant est versée non plus à la famille de l'enfant mais à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui en assure la gestion jusqu'à la majorité de l'enfant. A cette date, le pécule correspondant doit être versé au jeune par la CDC.

Si la loi du 14 mars 2016 est issue d'une initiative sénatoriale faisant suite au rapport d'information de Muguette Dini et Michèle Meunier, l'article 19 a été inséré par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement. Le Sénat s'était opposé à cet article qui avait été finalement adopté en lecture définitive par nos collègues députés.

La problématique de la sortie des dispositifs d'aide sociale à l'enfance des enfants confiés est préoccupante. Privé de ressources familiales et financières, un nombre important d'entre eux se retrouve en grande précarité. Toutefois la solution retenue par la loi du 14 mars 2016 n'est pas satisfaisante. En effet, elle constitue une innovation quelque peu baroque, consistant à détourner une allocation de son objet pour poursuivre un autre objectif.

A leur majorité, les jeunes concernés percevront un pécule dont le montant dépendra du nombre d'années (ou plus précisément de rentrées scolaires) qu'ils auront passées dans les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance. Si cette aide peut être bienvenue, elle est totalement déconnectée des besoins auxquels ces jeunes font face.

Cette disposition crée en outre une inégalité de traitement entre les enfants passés par les dispositifs de protection de l'enfance. Tous les enfants placés à l'ASE ne sont pas concernés par la constitution de ce pécule. Les pupilles de l'État, qu'ils soient orphelins ou que leurs parents se soient vus retirer l'autorité parentale, n'en bénéficient pas tous comme ceux, plus rares en pratique, dont les parents n'ont pas droit à l'ARS du fait de leurs ressources. Une inégalité du même ordre peut également être créée au sein d'une fratrie lorsque tous ses membres ne sont pas placés simultanément.

Enfin, lorsqu'un enfant est confié à l'ASE, il arrive fréquemment que la famille continue à contribuer financièrement aux frais liés à sa scolarisation, notamment lorsque le placement est ponctué de retours au domicile familial.

¹ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Le retrait de l'ARS peut dans ce cas pénaliser les familles et donc l'enfant. C'est d'ailleurs une considération similaire qui justifie le versement des allocations familiales au service qui assume la responsabilité de l'enfant ou, lorsque le juge estime que cela est pertinent, à la famille (art. L. 521-2 du CSS).

Ainsi que le recommande le Défenseur des droits, votre commission a donc adopté un amendement de son rapporteur (amendement n° 152) tendant à aligner le régime applicable à l'allocation de rentrée scolaire sur celui qui prévaut pour les allocations familiales. L'ARS serait ainsi versée par principe au service ou à l'établissement auquel l'enfant est confié, le juge pouvant décider du maintien du versement à la famille « *lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer* ».

Il demeure nécessaire de traiter la question de l'accès à la majorité des jeunes sortant des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance dans un contexte où les contraintes budgétaires conduisent les départements à réduire le nombre de contrats « jeunes majeurs ». Une telle question mérite davantage de considération que la solution, certes innovante et pragmatique, qui a été proposée par la loi de 2016 faute de pouvoir mobiliser davantage de crédits.

Les sommes gérées par la Caisse des dépôts et consignations au titre des ARS des rentrées 2016 et 2017 devront être versées aux jeunes concernés à leur majorité.

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

Article 27
Objectif de dépense de la branche famille

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2018 à 49,7 milliards d'euros.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions organiques, le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à 49,7 milliards d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

III - La position de la commission

L'objectif de dépenses retenu par le Gouvernement est inférieur de 400 millions d'euros au niveau tendanciel qui aurait été atteint sans mesure nouvelle conformément aux prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2017, qui tient compte de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de soutien familial (ASF) et du montant majoré du complément familial (CF)¹, prévue dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017.

Les mesures prévues par le PLFSS pour 2017 ont un impact financier limité.

Les baisses de cotisations sociales et l'augmentation de la CSG prévues par l'article 7 du présent PLFSS aurait un impact pour la branche famille au travers des cotisations et contributions sociales prises en charge au titre du CMG. L'effet global de cette bascule cotisations-CSG serait une moindre dépense de 50 millions d'euros.

L'harmonisation des plafonds et montants de la Paje prévu par l'article 26 du présent projet de loi entraînerait une économie de 70 millions d'euros en 2018. Au terme de la montée en charge de cette mesure, qui doit s'étendre sur trois ans, l'impact serait de 500 millions d'euros.

A l'inverse, la majoration du montant maximal de CMG pour les familles monoparentales couterait en 2018 10 millions d'euros et la mesure réglementaire annoncée pour permettre le versement du CMG dès le premier mois d'embauche doit entraîner une dépense supplémentaire de 10 millions d'euros.

L'essentiel des économies proviendrait de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) qui doit être négociée entre l'État et la Cnaf. La modération des dépenses du fonds national d'action sociale (Fnas) permettrait une moindre dépense de 200 millions d'euros. Des économies d'un montant équivalent sont attendues au titre de la lutte contre la fraude et au titre des charges de gestion.

¹ Décret n° 2017-532 du 12 avril 2017 relatif à la revalorisation de l'allocation de soutien familial et du montant majoré du complément familial.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2018

(en milliards d'euros)

Prévisions de dépenses hors mesures nouvelles (CCSS)	50,2	
Moindres dépenses au titre du CMG résultant de l'article 7	- 0,05	- 0,5
Alignement des montants et plafonds de la Paje	- 0,1	
CMG familles monoparentales	0,01	
CMG droit à l'erreur	0,01	
Modération de la progression du Fnas	- 0,2	
Maîtrise des dépenses de gestion courante	- 0,1	
Lutte contre la fraude aux prestations	- 0,1	
Objectif de dépenses (PLFSS)	49,7	

Source : PLFSS, annexe 9

Votre rapporteur note que le niveau des dépenses de la branche en 2018 résulte en grande partie des mesures adoptées au cours des dernières années et notamment la modulation des allocations familiales, qui représente une économie de 760 millions d'euros par an. En outre, les dépenses de prestations, et notamment celles liées à la Paje, sont freinées par la baisse continue du nombre de naissances. La réforme du congé parental intervenue suite à la loi du 4 août 2014¹ accentue enfin la baisse du recours à cette prestation, pour une économie annuelle qui était estimée à 290 millions d'euros.

Compte tenu de cet objectif de dépenses, et des prévisions de recettes fixées à 51 milliards d'euros, le solde de la branche famille s'établirait à 1,3 milliard d'euros en 2018, soit 200 millions d'euros de plus que les prévisions de la CCSS de juin 2017.

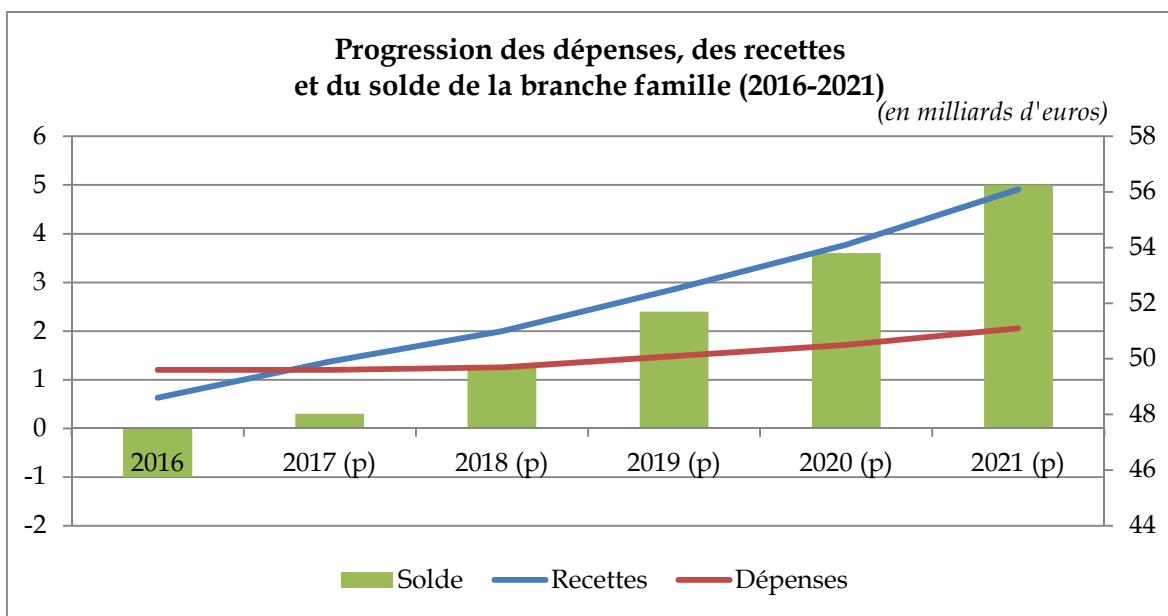
Évolution des prévisions de dépenses pour 2018

(en milliards d'euros)

PLFSS 2017	50,7
CCSS septembre 2017	50,2
PLFSS 2018	49,7

Au cours des prochaines années, les dépenses devraient continuer de progresser moins rapidement que les recettes, selon la trajectoire présentée dans l'annexe B du PLFSS.

¹ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.



Source : PLFSS, annexe B

Votre commission a adopté un amendement de suppression de l'article 26. Compte tenu des règles d'arrondi, il n'est toutefois pas nécessaire de modifier l'objectif de dépenses.

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

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 28
(art. L. 861-2 du code de la sécurité sociale)
Revalorisation de l'ASPA
et des anciennes allocations du minimum vieillesse

Objet : *Cet article autorise le pouvoir réglementaire à procéder sur trois ans à la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des anciennes allocations constitutives du minimum vieillesse pour les porter en 2020 à 903 euros par mois pour une personne seule et à 1 402 euros pour un couple.*

I - Le dispositif proposé

A. Le minimum vieillesse, une allocation de solidarité dont la fixation du montant et du plafond de ressources relève du pouvoir réglementaire

Institué en 1956, le minimum vieillesse est historiquement le premier minimum social créé en France. Il s'agit d'une prestation de solidarité du système de retraite qui n'est pas servie en contrepartie d'une cotisation.

Avant sa réforme par l'ordonnance du 24 juin 2004¹, le minimum vieillesse était constitué de deux étages² :

- le premier était composé de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), de l'allocation aux vieux travailleurs non-salariés (AVTNS), de l'allocation aux mères de famille et de l'allocation spéciale, prévues aux articles L. 811-1 à L 814-9 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 24 juin 2004 ;

- le second étage comprenait les allocations supplémentaires, régies par les articles L. 815-2 à L. 815-22.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, date d'entrée en vigueur de l'ordonnance du 24 juin 2004, les différentes allocations qui constituaient le minimum vieillesse ont été regroupées au sein de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), régie par les articles L. 815-1 à L. 815-23 du code de la sécurité sociale.

¹ *À la suite de l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.*

² *Comme le rappelle opportunément, la fiche 3.5 du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017.*

Si l'ordonnance du 24 juin 2004 a abrogé les articles L. 811-1 à L. 814-9 et modifié la rédaction de l'article L. 815-2, elle a toutefois permis en son article 2, que les titulaires des allocations constitutives du minimum vieillesse antérieures à la création de l'Aspa continuent à les percevoir.

Par conséquent, depuis 2007, les deux systèmes de minimum vieillesse persistent et sont régis soit par les dispositions du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 24 juin 2004, soit par les actuels articles L. 815-1 à L. 815-23 du même code.

Dans les deux systèmes, la fixation du montant de ces allocations et des plafonds de ressources prévus pour leur service relève du pouvoir réglementaire :

- l'article L. 815-4 dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance du 24 juin 2014 prévoit que le montant de l'allocation supplémentaire est fixé par décret ;

- l'article L. 815-4 dans sa rédaction actuellement en vigueur dispose que le montant de l'Aspa, qui varie selon que le foyer est constitué d'une personne seule ou de deux conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité, est fixé par décret.

Il est précisé que les plafonds de ressources sont identiques entre les deux systèmes de minimum vieillesse. Le montant des prestations est différent du simple fait que l'ancien système combine *a minima* deux allocations tandis que le nouveau n'est composé que d'une seule allocation.

Outre la fixation du montant et du plafond de rémunération prévus pour le service du minimum vieillesse, le code de la sécurité sociale détermine les modalités de revalorisation de ces montants et plafonds. Comme l'indique le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale¹, « jusqu'en 2003, le montant du minimum vieillesse et le plafond de ressources étaient fixés par décret, sans règle automatique de revalorisation, mais dans les faits, leur revalorisation était alignée depuis 1984 à celle appliquée aux pensions à l'exception de trois « coups de pouce » (1996, 1999 et 2000). La réforme des retraites de 2003 a officiellement introduit le mécanisme d'indexation annuel du minimum vieillesse aux mêmes dates et aux mêmes taux que les pensions de retraite ».

Cette règle automatique d'indexation est actuellement définie à l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les montants de l'Aspa et des plafonds de ressources prévues pour son attribution sont revalorisées au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient indexé sur l'indice des prix à la consommation (hors tabac) constatée.

Depuis 2003, plusieurs revalorisations exceptionnelles du minimum vieillesse sont intervenues concernant principalement le plafond de ressources pour personne seule, comme le montre le tableau suivant :

¹ Septembre 2017, fiche n° 3.5.

Les revalorisations du minimum vieillesse comparées à celles des pensions du régime général lors des « coups de pouce » (depuis 1996)

	Janvier 1966	Janvier 1999	Janvier 2000	Avril 2000	Avril 2001	Avril 2002	Avril 2003	Octobre 2014
Minimum vieillesse – 1 allocataire	2,1 %	2,0 %	1,0 %	6,9 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %	1,0 %
Minimum vieillesse – 2 allocataires	2,1 %	2,0 %	1,0 %	1,0 %	0,9 %	2,1 %	2,1 %	1,0 %
Pensions de base	2,0 %	1,2 %	0,5 %	1,0 %	0,9 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale d'après Cnav et DSS

La dernière revalorisation exceptionnelle des plafonds de ressources du minimum vieillesse a été décidée par le décret du 20 octobre 2014¹ modifiant l'article D. 815-1 du code de la sécurité sociale qui fixe ces plafonds annuels à 9 600 euros pour une personne seule et à 14 904 euros pour un couple.

Au 1^{er} avril 2017², les plafonds annuels de ressources, en application du mécanisme de revalorisation automatique, sont les suivants :

- 9 638,42 euros pour une personne seule, soit 803,20 euros par mois ;
- 14 963,65 euros pour un couple, soit 1 246,97 euros par mois.

B. Le Gouvernement propose une revalorisation exceptionnelle du montant du minimum vieillesse par décret au cours des trois prochaines années

L'article 28 prévoit dans son I, qu'entre 2018 et 2020, les montants et les plafonds de ressources d'une part, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionné à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et d'autre part, de l'allocation supplémentaire vieillesse prévue à l'article L. 815-2 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 24 juin 2004, peuvent être portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application du mécanisme de revalorisation automatique prévu à l'article L. 816-2 du même code.

En ne visant pas les allocations prévues aux articles L. 814-2, la revalorisation ne concerne donc pas les bénéficiaires de la seule allocation du premier niveau de l'ancien système du minimum vieillesse versée à environ 200 000 personnes.

¹ Décret n° 2014-1215 du 20 octobre 2014 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

² Circulaire de la Cnav du 4 avril 2017, en application de l'instruction ministérielle n° DSS/2A/2C/3A/2017/67 du 14 mars 2017.

Son II prévoit dans les mêmes termes le principe d'une revalorisation exceptionnelle sur trois ans pour l'allocation spéciale pour les personnes âgées résidant à Mayotte et prévue à l'article 28 de l'ordonnance du 27 mars 2002¹. Il est précisé que l'article 29 de ladite ordonnance prévoit, à l'instar du minimum vieillesse en métropole, d'une part, que le montant maximum de cette allocation spéciale est fixée par décret et d'autre part, un mécanisme de revalorisation annuelle automatique.

Aux termes de l'étude d'impact et suivant une promesse de campagne du Président de la République, cette revalorisation exceptionnelle permettra à l'échéance 2020 de porter le plafond de ressources du minimum vieillesse à 903 euros par mois pour une personne seule. Le Gouvernement propose également, contrairement aux « coups de pouce » réalisés entre 2009 et 2012 mais à l'instar de la revalorisation de 2014, de revaloriser à due proportion les montants applicables aux couples pour le porter en 2020 à 1 402 euros soit une augmentation de 155 euros.

La revalorisation progressive entraînerait un surcroit de dépense estimé à 115 millions d'euros en 2018, 340 millions d'euros en 2019 et 525 millions d'euros en 2020. La revalorisation conduit en effet non seulement à augmenter l'allocation de l'ensemble des 550 300² bénéficiaires du minimum vieillesse mais à rendre également éligibles à l'Aspa 46 000 nouvelles personnes. L'étude d'impact précise que cette estimation de l'impact financier n'inclut pas « *les effets de l'avancement de la date de revalorisation de l'Aspa au 1^{er} janvier à compter de 2019* », prévu à l'article 29 de ce projet de loi (*voir infra*). Ces chiffres seront donc majorés du coût engendré par l'avancement des dates de revalorisation du 1^{er} avril au 1^{er} janvier en 2019 et 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Adopté en séance publique à l'initiative du Gouvernement, un amendement corrige l'un des effets non prévu initialement de l'augmentation des allocations constitutives du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé (prévue par voie réglementaire et évoquée dans l'exposé des motifs de la loi de finances pour 2018) : la fin de l'éligibilité pour certains des bénéficiaires de ces minima sociaux au dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

Institué à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, l'ACS est soumise à des plafonds de revenus tels qu'une augmentation de 100 euros du minimum vieillesse ou de l'AAH conduit à rendre inéligibles certains de leurs bénéficiaires à son service.

¹ *Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.*

² 554 400 en 2015, selon le chiffre présenté dans le programme de qualité et d'efficience « Retraites » annexé au projet de loi.

L'article L. 861-2 dispose que l'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé à l'exception de certaines allocations individuelles de solidarité (revenu de solidarité active, prime d'activité...) dont ne font pas partie le minimum vieillesse ou l'AAH.

Le III modifie donc l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale pour prévoir un abattement de 15 % sur les montants des allocations constitutives du minimum vieillesse (articles L. 815-1 et L. 815-2 dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance du 24 juin 2004), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (article L. 815-24) et de l'AAH (L. 821-1), pris en compte pour l'éligibilité en matière de revenus à l'ACS. Le taux de cet abattement est calculé pour compenser l'augmentation des plafonds de ces allocations.

III - La position de la commission

Cet article traduit une promesse de campagne du Président de la République de revaloriser significativement le minimum vieillesse pour réduire la pauvreté parmi les personnes âgées.

Votre rapporteur partage cet objectif et se félicite de ce gain de pouvoir d'achat pour les retraités les plus modestes. Il considère toutefois que **le recours à la loi n'était pas indispensable pour mener à bien cette revalorisation exceptionnelle**. Si la règle de revalorisation automatique du minimum vieillesse relève bien du domaine de la loi, le montant et le plafond de ressources prévus pour le service de ses allocations constitutives sont tous fixés par décret. Il en est ainsi de l'article D. 815-1 du code de la sécurité sociale qui détermine les montants de l'Aspa.

Il donne toutefois acte au Gouvernement d'avoir recouru à la loi pour une augmentation successive sur trois ans de ces montants de base, sur le modèle du « coup de pouce » prodigué par le Gouvernement de François Fillon en 2009.

Il regrette cependant, comme il l'a exposé dans son commentaire relatif à l'équilibre de la branche vieillesse¹, que cette mesure ne soit pas en l'état financée. Conformément à l'article L. 815-2 du code de la sécurité sociale, l'Aspa (et l'ensemble des allocations constitutives du minimum vieillesse) est remboursée aux organismes ou services² qui en sont débiteurs par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

¹ Voir le tome 1 de ce rapport, Cinquième partie – Assurance vieillesse.

² Outre les régimes d'assurance vieillesse assurant le versement de la prestation à leurs bénéficiaires, le minimum vieillesse est également servi par le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saska) lorsque l'assuré ne perçoit aucune pension d'un régime de base obligatoire d'assurance vieillesse.

Or ce PLFSS ne prévoit aucune mesure de compensation pour le Fonds qui subit donc un alourdissement de ses charges financières conduisant au creusement de son déficit annuel. Ce dernier s'élèvera en 2018 à 3,4 milliards d'euros (*voir le commentaire de l'article 55*).

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

Article 29

*(art. L. 161-23-1 et L. 816-2 du code de la sécurité sociale
et art. 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002
relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte)*

Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA

Objet : Cet article harmonise les dates de revalorisation des pensions de retraite de base et des allocations constitutives du minimum vieillesse et suspend la revalorisation des pensions de retraite de base pour l'année 2018.

I - Le dispositif proposé

A. Des dates de revalorisation différentes entre les pensions de retraite de base et le minimum vieillesse

Le code de la sécurité sociale prévoit un mécanisme de revalorisation annuelle automatique des prestations de sécurité sociale par application d'un coefficient fixé par référence à l'évolution des prix et défini à l'article L. 161-25 de ce même code.

Il en est ainsi pour les pensions de vieillesse servies par les régimes de base (art. L. 161-23-1) ainsi que pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (art. L. 816-2).

L'allocation spéciale pour les personnes âgées résidant à Mayotte, prévue à l'article 28 de l'ordonnance du 27 mars 2002¹ est également revalorisée chaque année (art. 29 de ladite l'ordonnance) dans les conditions applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale, qui renvoie lui-même au coefficient défini à l'article L. 161-25.

Deux dates de revalorisation différentes coexistent toutefois s'agissant des prestations d'assurance vieillesse.

¹ *Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.*

Depuis la loi du 20 janvier 2014¹, les **pensions de retraite de base** sont revalorisées le **1^{er} octobre** (art. L. 161-23-1) tandis que l'**Aspa** (art. L 816-2) mais aussi les pensions d'invalidité et par voie de conséquence l'**allocation spéciale de solidarité de Mayotte** (article 29 de l'ordonnance du 27 mars 2002 renvoyant à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale) le sont au **1^{er} avril**.

B. Le projet de loi propose une harmonisation des dates de revalorisation entraînant une absence de revalorisation des pensions de retraite de base en 2018

Le **I** de l'article 29 harmonise la date de revalorisation des prestations d'assurance vieillesse en la fixant au **1^{er} janvier**, à la fois pour les pensions de retraite de base à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale (1^o) et pour l'**Aspa** à l'article L. 816-2 du même code (2^o).

Le **II** modifie l'article 29 de l'ordonnance du 27 mars 2002 relatif aux conditions de revalorisation de l'allocation spéciale de solidarité pour les personnes âgées résidant à Mayotte en les rendant similaires non plus à celles fixées à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale concernant les pensions d'invalidité mais à celles de l'article L. 816-2 qui s'appliquent à l'**Aspa**.

Le **III** reporte la date de la prochaine revalorisation des pensions de retraite de base, qui aurait été fixée dès le **1^{er} janvier 2018** à la suite de l'entrée en vigueur de ce projet de loi, au **1^{er} janvier 2019**.

Le **IV** prévoit lui l'entrée en vigueur des dispositions du 2^o du I et du II de l'article 29 au 31 décembre 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sous couvert d'une harmonisation des dates de revalorisation des pensions de retraite de base et des allocations constitutives du minimum vieillesse au 1^{er} janvier, cet article entraîne un report de trois mois de la date de revalorisation des pensions de base.

Le précédent Gouvernement avait déjà décalé de six mois la date de revalorisation des pensions de base, précédemment fixée au **1^{er} avril**. Avec ce nouveau report, le Gouvernement s'inscrit dans les pas de son prédécesseur et parachève le recul de la date de revalorisation, ce qui revient presqu'à décider d'une « année blanche » entière sans revalorisation pour les retraités.

¹ Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Lors de la discussion de cet article à l’Assemblée nationale, la ministre a justifié de cette mesure pour assurer le financement de la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse.

Outre que le financement de ce dernier est assuré par le Fonds de solidarité vieillesse pour lequel aucune compensation financière n'a été décidée dans ce PLFSS, cet article fait porter sur les seules personnes retraitées l'effort de solidarité alors même qu'elles subissent par ailleurs la hausse de la CSG.

Aux termes de l'étude d'impact, l'économie enregistrée pour les régimes de retraite de base serait de 380 millions d'euros en 2018, 405 millions d'euros en 2019, 490 millions d'euros en 2020 et 450 millions d'euros en 2021.

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

Article 29 bis
**Précision de la nature juridique
du régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac**

Objet : Cet article, inséré par l’Assemblée nationale, permet de préciser la nature juridique du régime d’allocation viagère des gérants de débits de tabac en tant que régime additionnel obligatoire de retraite.

I - Le dispositif proposé

Prévu par la loi de finances pour 1963¹ et institué par le décret du 30 octobre 1963², le régime d’allocation viagère des gérants de débits de tabac (RAVGDT) est un régime d’assurance vieillesse obligatoire au sein duquel les buralistes cotisent sur la base de leur seuls revenus tirés de l’activité de vente de tabac. Organisé par points, ce régime appelle des cotisations assises au taux de 1,695 % en 2017 sur la remise brute sur le montant des ventes de tabac.

L’activité de vente de tabac étant souvent accessoire d’une autre activité commerciale principale (restauration, débit de boisson, papeterie, vente de journaux...), les droits validés au titre du RAVGDT sont complémentaires aux droits validés par ailleurs au sein du régime social des indépendants. Ils permettent de constituer une retraite additionnelle à la retraite acquise au titre de l’activité principale.

¹ Article 59 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 de finances pour 1963, dans sa version initiale.

² Décret n° 63-1104 du 30 octobre 1963 relatif au régime d’allocation viagère des gérants de débits de tabac.

Une jurisprudence établie de la Cour de cassation¹ assimile pourtant ce régime de retraite à un régime de base en raison de son caractère obligatoire. Cette assimilation entre en contradiction avec certaines dispositions du code de la sécurité sociale qui prévoient que l'exercice simultané d'activités non salariées relevant de régimes de retraite de base distincts emporte affiliation au seul régime de l'activité principale.

Ainsi, un débitant de tabac pourrait se voir privé d'acquérir des droits au sein du RAVGDT ou du RSI en raison de cette qualification du RAVGDT en régime de base.

Cette situation se doit d'être clarifiée avant le transfert des travailleurs indépendants dans le régime général prévue à l'article 11.

Inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, le présent article, dans son I vise donc à préciser la nature juridique du RAVGDT en indiquant qu'il ne constitue pas un régime de retraite de base obligatoire pour l'application du code des pensions civiles et militaires de retraite, du code rural et de la pêche maritime et du code de la sécurité sociale.

Le II prévoit une entrée en vigueur à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sous réserve des décisions passées en force de chose jugée.

II - La position de la commission

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

Article 30

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2017.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2018 en **conformité avec les tableaux d'équilibre figurant aux articles 20 et 21.**

¹ *Décisions des 5 avril 1990, du 17 janvier 2007 et du 20 juin 2007.*

Elles comprennent en effet :

- les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage, les prestations d'invalidité mais aussi les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;

- les charges de gestion courante ;
- les frais financiers et autres dépenses ;
- et les transferts entre régimes de protection sociale.

Le 1^o fixe l'objectif de dépenses de l'**ensemble des régimes de base de la branche vieillesse** pour 2018 à **236,4 milliards d'euros**, contre 231,1 milliards d'euros en 2017, selon la prévision rectifiée des objectifs de dépenses figurant à l'article 5 (soit une progression de + 2,3 %).

Ces montants se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2017	2018
Objectif de dépenses de la branche vieillesse – Ensemble des régimes de base	231,1	236,4
Dépenses de prestations	226,9	232,3
Charges de gestion courante	2,2	2,1
Frais financiers et autres dépenses	0,5	0,5
Transferts entre régimes	1,5	1,5

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2018

Son 2^o fixe les dépenses de la seule branche vieillesse du régime général à **133,6 milliards d'euros pour 2018**, contre 124,9 milliards d'euros pour 2017 selon les prévisions figurant à l'article 5. Elles se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2017	2018
Objectif de dépenses de la branche vieillesse – Ensemble des régimes de base	124,9	133,6
Dépenses de prestations	115,4	126,5
Charges de gestion courante	1,3	1,6
Frais financiers et autres dépenses	0	0
Transferts entre régimes	8,1	5,5

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2018

La suppression du RSI, prévue à l'article 11, explique principalement les écarts entre 2017 et 2018 s'agissant des dépenses du régime général. L'intégration des dépenses de la branche vieillesse des travailleurs indépendants entraîne une augmentation de 7,9 milliards d'euros des dépenses de la Cnav.

A l'inverse, cette suppression permet la fin du transfert de 1,6 milliard d'euros d'équilibrage que le régime général acquittait auprès du régime des indépendants.

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 prestations, concentrant l'essentiel des dépenses de la branche vieillesse, 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.

¹ Voir tome 1 du rapport sur le PLFSS pour 2018, Cinquième partie – Assurance vieillesse.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 31

(art. L. 461-1 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale)

Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale

Objet : Cet article fixe le point de départ de l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles déclarées à compter du 1^{er} juillet 2018 à la date de la première constatation médicale de la maladie sous réserve que le début de la période d'indemnisation remonte à moins de deux ans avant la demande de reconnaissance comme maladie professionnelle.

I - Le dispositif proposé

• Le droit en vigueur

L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale fixe le point de départ de l'indemnisation d'un accident du travail à la date à laquelle celui-ci est survenu. En ce qui concerne l'indemnisation des maladies professionnelles, elle débute à la **date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa pathologie et une activité professionnelle**, cette date étant assimilée à celle de l'accident en vertu de l'article L. 461-1 du même code.

La date de ce certificat, dénommé « **certificat médical initial** », marque ainsi un double point de départ : celui du versement des prestations servies par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) au titre de la maladie professionnelle mais aussi celle du **délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle**. A cet égard, l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale dispose que le droit aux prestations et indemnités se prescrit par deux ans à compter du jour de l'accident. En d'autres termes, la victime dispose d'un délai de deux ans à partir de la date du CMI pour déclarer sa maladie à la CPAM en vue de faire reconnaître son origine professionnelle et être indemnisé.

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999¹, la règle en vigueur relative au point de départ de l'indemnisation d'une maladie professionnelle présente un inconvénient majeur : les personnes, pour lesquelles la CPAM reconnaît finalement qu'elles sont atteintes d'une maladie professionnelle, ne sont pas indemnisées selon les dispositions plus favorables applicables en la matière pendant toute la durée pendant laquelle elles souffrent de cette maladie. Or, certaines pathologies se caractérisent par un délai de latence important ; une fois déclarées, leur origine professionnelle est souvent moins immédiatement identifiable.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le droit antérieur à 1999 faisait débuter l'indemnisation à la date de la première constatation médicale de la maladie, que l'origine professionnelle soit ou non présumée à cette date.

- **Le dispositif proposé**

Le dispositif proposé au présent article consiste à faire débuter l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale de la maladie sans que cette date ne puisse se situer plus de deux ans avant la date de la demande de reconnaissance.

Le Gouvernement justifie cette limite par des raisons opérationnelles et par la volonté de limiter l'impact de la mesure sur le taux de cotisation des employeurs concernés.

Cette modification ne conduit pas à déplacer le point de départ du délai de la prescription biennale. Celle-ci continuerait à courir à compter de la date d'établissement du CMI.

Le présent article comporte deux paragraphes.

Le **paragraphe I** modifie le livre IV du code de la sécurité sociale qui regroupe les dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles.

Le 1^o modifie l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir qu'en ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ou bien la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle si cette date est postérieure à la date de la première constatation médicale ;

- pour l'application des règles de prescription biennale, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Le 2^o procède à une coordination à l'article L. 461-5 du même code.

¹ Article 40 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le **paragraphe II** prévoit que le dispositif proposé au présent article s'applique aux maladies professionnelles **déclarées à compter du 1^{er} juillet 2018**.

Le dispositif proposé a pour conséquence d'accroître les dépenses de la branche AT-MP relatives au remboursement des prestations de soins et aux indemnités journalières, ces dépenses étant jusqu'à présent prises en charge par la branche maladie. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le coût du dispositif pour la branche AT-MP du régime général est évalué à **65 millions d'euros en 2018** et à **130 millions d'euros en année pleine**. Compte tenu des différences de niveau des prestations servies par ces deux branches (montant supérieur des indemnités journalières, prise en charge totale des frais de soins), l'économie générée pour la branche maladie du régime général serait de 40 millions d'euros en 2018 et 80 millions 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

Le dispositif proposé au présent article est une mesure d'équité attendue depuis longtemps par les assurés et les associations de défense des victimes de maladies professionnelles. Votre commission estime légitime que l'indemnisation d'une maladie liée au travail prenne en compte toute sa durée, d'autant plus que la date de la première constatation médicale peut précéder de plusieurs mois, voire de plusieurs années, pour les pathologies dont le temps de latence est élevé, la délivrance du CMI. Dans l'intérêt des victimes, elle accueille favorablement le choix de maintenir un point de départ distinct pour la prescription biennale.

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

Article 32

**Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva,
au Fcaata, à la branche maladie du régime et
à la branche vieillesse du régime général**

Objet : Cet article fixe les montants, pour l'année 2018, 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.

I - Le dispositif proposé

La branche AT-MP du régime général prend à sa charge **quatre dépenses de transfert** dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit, d'une part, des participations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**Fiva**) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (**Fcaata**), d'autre part, du versement 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 des départs en retraite anticipés en cas d'incapacité permanente d'origine professionnelle.

• **Les dotations au Fiva et au Fcaata (I et II)**

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 270 millions d'euros en 2018**, contre 250 millions prévus en 2017 à titre rectificatif à l'article 3 du présent projet¹, soit une **hausse de 8 %** entre 2017 et 2018 ;

- le II fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au **Fcaata à 613 millions d'euros en 2018**, en baisse de 2 % par rapport à 2017 où le montant de la dotation s'élevait à 626 millions.

Le total de ces deux dotations représente ainsi un montant de 883 millions d'euros pour 2018 contre 1,026 milliard initialement prévu pour 2017.

¹ Ce montant était initialement fixé à 400 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

• **Le versement à la branche maladie du régime général (III)**

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 (après une fourchette précédemment comprise entre 695 millions et 1,3 milliard d'euros).

Pour 2017, le montant arrêté par le Gouvernement a été fixé à 1 milliard d'euros, un niveau identique à celui retenu pour les deux exercices précédents, mais en hausse de près de 26,6 % par rapport au montant fixé dans les lois de financement de la sécurité sociale relatives aux exercices 2012 à 2014. Entre 2012 et 2014, le versement s'est en effet élevé à 790 millions d'euros, un montant arrêté sur la base d'une évaluation de la sous-déclaration comprise dans une fourchette allant de 587 millions à 1,1 milliard d'euros (estimation de la commission instituée par l'article L. 176-2 du CSS dans son rapport de juin 2011).

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 2018.

• **Les versements à la branche vieillesse du régime général (IV)**

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 retraites (article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale). 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.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, aucune contribution n'a été versée pour les exercices 2013 à 2016 en raison de ressources jugées suffisantes de la Cnav et de départs anticipés moins nombreux que prévus. Pour 2016, le nombre de départs en retraite anticipée est estimé à 3 000 bénéficiaires et un besoin de financement de 44,7 millions d'euros est finalement apparu. L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale indiquait la nécessité de prévoir une dotation rectificative de 44,7 millions d'euros pour 2016 et un coût total du dispositif évalué à 59,8 millions d'euros pour 2017.

Pour 2018, 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 pour 2018**, en hausse de 20 % par rapport au montant initialement prévu pour 2017, qui était fixé à de 59,8 millions d'euros. Cette hausse s'explique par la réforme, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2017, du compte personnel de prévention de la pénibilité, devenu compte professionnel de prévention, et du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale¹. Cette réforme conduit au transfert, à la branche AT-MP du régime général et à celle du régime des salariés agricoles, de la gestion et du financement du compte professionnel de prévention, auparavant dévolues à la Cnav.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les dépenses supplémentaires générées pour la branche AT-MP par ce nouveau dispositif se décompose comme suit :

- 82 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en progression de 20 % par rapport à 2017 en raison de l'élargissement des conditions d'accès au dispositif (suppression de la condition d'exposition de 17 ans pour les victimes de maladies professionnelles atteints d'un taux d'incapacité permanente entre 10 % et 19 %) ;

- 104 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le surcoût de l'élargissement du dispositif est estimé à 15 millions d'euros en 2018.

¹ *Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.*

**Coûts pour la branche AT-MP du régime général de la montée en charge
des dispositifs résultant de la réforme du compte professionnel
de prévention de la pénibilité (2018-2021)**

(en millions d'euros)

	2018	2019	2020	2021
Compte professionnel de prévention	106	166	201	233
Élargissement dispositif retraite anticipée	15	60	89	98

Source : direction de la sécurité sociale

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 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, en augmentation de 20 % par rapport à 2017 ;
- **2,5 millions d'euros** au titre du compte professionnel de prévention.

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 rappelle que la branche AT-MP est le principal financeur des fonds mis en place pour les victimes de l'amiante : à lui tout seul, le Fiva a été doté de 5,6 milliards d'euros entre sa création et 2017, dont 5,1 milliards en provenance de la branche AT-MP.

Pour la première fois depuis sa création, le Fiva connaît néanmoins une baisse de ses dépenses d'indemnisation. Cette inflexion dans le rythme d'évolution de l'activité du fonds justifie la baisse de la dotation en provenance de la branche AT-MP telle qu'elle est prévue au présent article. Cette réduction ne remet pas en cause la capacité du Fiva à assumer ses missions ; il s'agit d'une mesure de bonne gestion.

De même, compte tenu de la baisse tendancielle des effectifs d'allocataires de l'Acaata, le présent article prévoit une baisse de la dotation de la branche AT-MP, sans mettre en cause la capacité du Fcaata à faire face à ses dépenses.

Enfin, votre commission réitère les réserves déjà formulées au cours des exercices précédents sur le dispositif de compensation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, mécanisme dont les limites sont connues et qui apparaît par nature inflationniste en l'absence de réelles avancées pour limiter le phénomène de sous-déclaration.

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

Article 32 bis
(art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale)
**Cession de créances au titre des recours contre tiers
et service des prestations jusqu'à alors versées par le FCAT**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit une cession de créances au titre des recours contre tiers de la caisse d'assurance maladie qui a initialement versé les prestations à la caisse « pivot » gestionnaire de ces recours pour le compte du réseau. Il précise par ailleurs les organismes qui pourront à l'avenir gérer les prestations aujourd'hui servies par le fonds commun des accidents du travail (FCAT) qui sera supprimé à compter du 1^{er} janvier 2018.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du député Thomas Mesnier et de ses collègues du groupe La République en marche (LREM).

Il comporte deux paragraphes :

- le paragraphe I a pour objet de simplifier l'activité de recours contre tiers au sein des branches maladie et AT-MP du régime général ;

- le paragraphe II précise que la Caisse nationale d'assurance maladie du régime général (Cnamts) ou la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) peuvent confier à un autre organisme désigné par convention la gestion et le versement des prestations jusqu'alors servies par le fonds commun des accidents du travail (FCAT), qui sera supprimé dès 2018.

1. Une simplification de l'activité de recours contre tiers (I)

Le recours contre tiers consiste pour une caisse de sécurité sociale à agir contre l'auteur d'un dommage corporel subi par un assuré, avec l'objectif de récupérer auprès de l'auteur les dépenses supportées par la caisse du fait de ce dommage.

Cette activité concerne l'assurance maladie, par exemple en cas d'accidents de la route, de coups et blessures volontaires ou encore d'accidents médicaux fautifs. Elle concerne également la branche AT-MP, principalement en cas de faute intentionnelle de l'employeur ou de faute d'un tiers responsable de l'accident du travail ainsi que pour les accidents de trajet.

Pour la branche maladie du régime général, le recours contre tiers représente une ressource non négligeable, de l'ordre de 680 millions d'euros en 2013. Pour la branche AT-MP du régime général, les sommes récupérées dans le cadre de cette activité s'élevaient à près de 300 millions d'euros la même année.

Dans le code de la sécurité sociale, les dispositions législatives relatives aux recours des caisses du régime général contre les tiers font l'objet du chapitre 6 du titre 7 « *dispositions diverses* » du livre troisième « *dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général* » (articles L. 376-1 et suivants).

Au sein des branches maladie et AT-MP, en application du 3° de l'article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale, l'activité de recours contre tiers n'est pas assurée par chacune des caisses sur le territoire mais confiée à certaines caisses « pivots » qui en assurent la gestion pour le compte du réseau dans le cadre de pôles régionaux.

Le droit actuel conduit à ce que les caisses « pivots », qui récupèrent des sommes initialement versées par d'autres caisses, leur remboursent ensuite ces sommes.

Le présent article permet de lever cette obligation afin que les caisses « pivots » puissent conserver le produit des opérations de recours contre tiers, le but étant de simplifier et de rationaliser les procédures. Il introduit ainsi une cession de créances au titre des recours contre tiers de la caisse qui a versé les prestations à la caisse gestionnaire des recours.

Ainsi, le paragraphe I complète les articles L. 376-1 (activité de recours contre tiers au sein de la branche maladie du régime général) et L. 454-1 (activité de recours contre tiers au sein de la branche AT-MP du régime général) par un alinéa qui dispose que pour l'exécution des recours subrogatoires, « *les créances détenues par l'organisme qui a versé les prestations sont versées définitivement à l'organisme chargé de cette mission* ».

2. La prise en charge des prestations servies par le fonds commun des accidents du travail supprimé à compter de 2018 (II)

Créé en 1955 et géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), le fonds commun des accidents du travail (FCAT) verse des majorations de rentes destinées à compenser les effets de l'érosion monétaire.

Il assure également le service d'allocations dites « avant loi ». Attribuées par décision judiciaire, elles sont destinées aux victimes d'accidents du travail qui n'étaient pas indemnisables selon la législation en vigueur au moment où ils se sont produits, mais qui le seraient actuellement en raison des progrès de la protection sociale. Aux termes des articles L. 437-1 et L. 413-11-2 du code de la sécurité sociale, les ressources du fonds proviennent de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

Au 31 décembre 2015, le nombre de bénéficiaires du FCAT s'élève à 2 973, en diminution de 11,5% par rapport à l'année précédente. L'article 34 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017¹ prévoit la suppression du FCAT au 1^{er} janvier 2018 ainsi que le transfert de la gestion des prestations au régime général.

Dans ce prolongement, le paragraphe II du présent article prévoit que la gestion et le versement des prestations servies par le FCAT peuvent, sauf celles qui sont à la charge de l'Etat employeur, être délégués à un organisme désigné par voie de convention par la Cnamts ou la CCMSA dans le cadre des dispositions respectives qui les concernent.

II - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement le dispositif proposé au présent article qui va dans le sens d'une simplification des procédures de gestion et des circuits de financement au sein des branches maladie et AT-MP.

A l'initiative du rapporteur pour la branche AT-MP, la commission a adopté un amendement de précision et de coordination (amendement n° 109).

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

¹ Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

*Article additionnel après l'article 32 bis
(art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998
de financement de la sécurité sociale pour 1999)*

**Information du demandeur d'une inscription d'un établissement
sur la liste ouvrant droit à l'ACAATA préalablement à cette inscription ou
à la modification de cette inscription**

Objet : cet article additionnel prévoit l'information du demandeur d'une inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) préalablement à cette inscription ou à la modification de cette inscription.

La loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit qu'une allocation de cessation anticipée d'activité (ACAATA) est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous plusieurs conditions parmi lesquelles figure celle de travailler ou d'avoir travaillé dans l'un des établissements inscrits sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.

Le **V bis** de l'article 41 de cette loi dispose que l'inscription sur la liste ou la modification d'une telle inscription « « ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné ».

A l'initiative du rapporteur pour la branche AT-MP, votre commission a adopté un amendement qui précise, par parallélisme des formes, que **cette inscription ou la modification d'une telle inscription nécessite également l'information préalable du demandeur de l'inscription** (amendement n° 110).

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

*Article 33***Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2018**

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2018 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 2,3 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2017 (fixé à 13,2 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi) et de 1,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2016 (fixées à 13,3 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi) ;

- **12,2 milliards d'euros pour le seul régime général**, en progression de 3,4 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2017 (fixé à 11,8 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi) et par rapport aux dépenses constatées en 2016 (également fixées à 11,8 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi).

La hausse des dépenses a pour raison principale l'intégration du financement du compte professionnel de prévention à la branche AT-MP. Compte tenu des prévisions de recettes inscrites aux articles 20 et 21 du projet de loi, l'excédent de la branche AT-MP atteindrait l'année prochaine 500 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et un niveau identique 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 33 bis
Rapport du Gouvernement
sur l'exposition des salariés aux risques chimiques

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'exposition des salariés aux risques chimiques.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du député Pierre Dharréville et de plusieurs de ses collègues du groupe Gauche démocrate et républicaine (GDR).

Il prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, d'un rapport relatif à l'exposition des salariés aux risques chimiques.

Il précise que ce rapport devra porter notamment sur les trois points suivants :

- les conséquences de l'exposition à ces risques sur la santé des salariés ;
- les actions de prévention existantes ;
- et les coûts de prise en charge induits pour la sécurité sociale.

II - La position de la commission

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

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions relatives à la prévention

Article 34

*(art. L. 3111-1, L. 3111-2, L. 3111-3, L. 3111-4-1,
L. 3111-9, L. 3116-1, L. 3116-2, L. 3116-4, L. 3821-1, L. 3821-2,
L. 3821-3 et L. 3826-1 du code de la santé publique)*

Extension de l'obligation de couverture vaccinale des enfants

*Objet : Cet article étend, pour les enfants de 0 à 24 mois nés à compter du 1^{er} janvier 2018, l'obligation vaccinale – qui concerne déjà la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) – à 8 vaccins supplémentaires qui sont aujourd'hui simplement recommandés : il s'agit des vaccins contre l'*Haemophilus influenzae B*, la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C et le pneumocoque. Il prévoit qu'à partir du 1^{er} juin 2018, les parents seront tenus personnellement responsables de l'exécution de cette obligation mais abroge les sanctions spécifiques jusqu'alors prévues par la loi en la matière.*

I - Le dispositif proposé

• Le dispositif actuel

En vertu de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé élabore la politique vaccinale, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé (HAS).

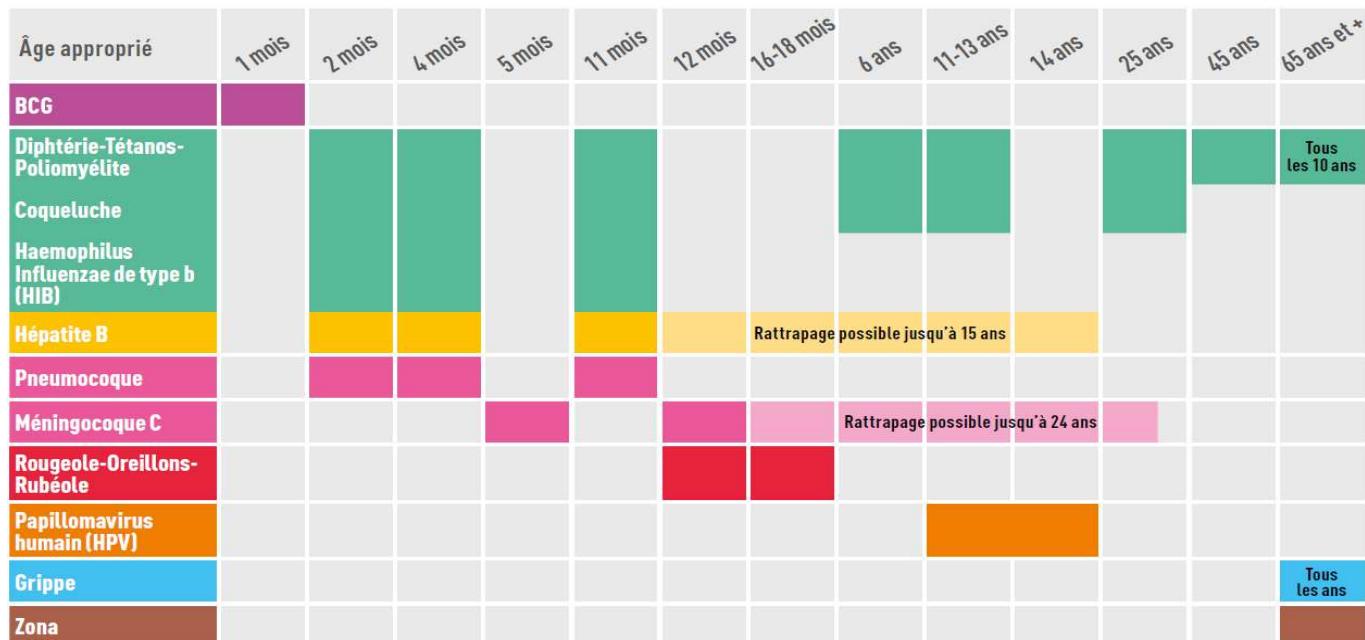
Les dispositions légales en vigueur prévoient pour la population générale **trois vaccinations obligatoires** : l'article L. 3111-2 du code de la santé publique impose en effet les vaccinations anti-diphtérie et anti-tétanos, l'article L. 3111-3 celle contre la poliomyélite. L'obligation concerne la primovaccination (3 injections à 1 mois d'intervalle entre 2 et 4 mois), le rappel de 18 mois ainsi que le rappel de 13 ans pour la poliomyélite.

Depuis 2007, en vertu de l'article **L. 3116-4** du même code, la violation de cette obligation par les titulaires de l'autorité parentale ou les personnes exerçant une tutelle peut faire l'objet d'une **sanction pénale générale** au titre de la protection de l'enfance (6 mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende)¹.

De fait, le contrôle du respect de ces dispositions s'effectue le plus souvent à travers l'obligation de produire un certificat de vaccination de l'enfant pour les activités de groupe, notamment en milieu scolaire. L'article R. 3111-17 du code de la santé publique prévoit en effet que « *l'admission dans tout établissement d'enfants, à caractère sanitaire et scolaire, est subordonnée à la présentation soit du carnet de santé, soit des documents en tenant lieu attestant de la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires. A défaut, les vaccinations obligatoires sont effectuées dans les trois mois de l'admission* ».

L'article L. 3111-1 précité prévoit la possibilité de suspendre par décret, pour tout ou partie de la population, les obligations vaccinales compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques.

Pour les jeunes enfants, **la triple obligation vaccinale coexiste avec de simples recommandations générales qui concernent essentiellement huit valences** (coqueluche, HIB, hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole-oreillons-rubéole) comme indiqué dans le calendrier vaccinal simplifié pour 2017 reproduit ci-dessous² :



Source : Santé publique France, avril 2017

¹ Article 37-I de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007.

² En application de l'article L. 3112-1 du code de la santé publique, le vaccin contre la tuberculose (BCG) n'est obligatoire que pour les enfants à risque.

• Le dispositif proposé

Le présent article vise à étendre l'obligation de couverture vaccinale pour les enfants âgés de 0 à 24 mois, **en intégrant dans le champ de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique les huit vaccinations qui font aujourd'hui l'objet de simples recommandations générales**. Les huit nouvelles vaccinations obligatoires seront nécessaires pour être admis en collectivité pour les enfants nés **à partir du 1^{er} janvier 2018**. Les parents ne seront personnellement tenus responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale étendue **qu'à partir du 1^{er} juin 2018**.

Les huit valences concernées par l'extension de l'obligation vaccinale	
Coqueluche	Durant les premiers mois de vie, le nourrisson n'est pas protégé. Or c'est dans cette tranche d'âge que surviennent les formes graves et les décès dus à cette maladie. Pour cette raison, la France a mis en place une stratégie appelée « cocooning » consistant à recommander la vaccination de toutes les personnes appelées à être contact étroit et répété avec le nourrisson. La vaccination protège une dizaine d'années. Malgré une couverture vaccinale élevée chez le nourrisson depuis longtemps, la bactérie responsable de la coqueluche continue de circuler dans la population. Seuil d'immunité de groupe* : 93 %.
<i>Haemophilus influenzae</i> de type B (HIB)	Les données de surveillance permettent de conclure à la quasi-disparition des maladies occasionnées par cette bactérie (méninrites et épiglottites du nourrisson), en particulier pour les nouveau-nés lorsqu'ils sont encore trop jeunes pour être protégés par la vaccination. Ce qui est recherché est une protection indirecte permise par l'éradication de la bactérie chez les enfants plus âgés vaccinés avec qui les nouveau-nés sont en contact.
Rougeole	Maladie très contagieuse, le nombre de personnes contaminées par un seul malade étant estimé à seize. Seuil d'immunité de groupe : 94 %. Du fait de la couverture vaccinale trop faible et du rattrapage vaccinal insuffisant des grands enfants, adolescents et jeunes adultes n'ayant pas été vaccinés dans l'enfance, on assiste à des résurgences épidémiques de grande ampleur. Une couverture vaccinale d'au moins 95 % permettrait d'éviter les cas qui surviennent chez des enfants ou des adultes qui ne peuvent être vaccinés et qui constituent les populations les plus à risque de forme grave de la maladie.

Oreillons	Vaccination anti-oreillons combinée depuis 1986 avec le vaccin contre la rougeole et la rubéole, ce qui a permis une quasi-disparition de la maladie en France. Seuil d'immunité de groupe : 87 %. Le niveau de couverture vaccinale de 90 % pour la première dose du vaccin ROR est inférieur au seuil d'immunité de groupe pour la rougeole mais est supérieur à celui des oreillons.
Rubéole	Maladie dont la gravité est liée au risque de malformations du foetus en cas de contamination d'une femme durant sa grossesse mais bénigne chez l'enfant. La France a adopté en 1983 une stratégie de vaccination de l'ensemble des enfants des deux sexes afin de mettre un terme à la circulation du virus. Seuil d'immunité de groupe : 83 %.
Infection à méningocoque C	La vaccination contre le méningocoque C a été introduite dans le calendrier vaccinal français en 2010 sous la forme d'une injection unique chez les enfants d'un an et un rattrapage jusqu'à 24 ans. Cette stratégie n'a pas permis d'atteindre une couverture vaccinale suffisante (7 % chez les 20-24 ans) et l'incidence des infections à méningocoque C, en particulier chez les nourrissons, a augmenté en raison d'un nouveau cycle épidémique.
Infection à pneumocoque	La vaccination contre le pneumocoque a eu des effets collectifs très favorables au-delà de la tranche d'âge des nourrissons : même si le vaccin comportant 13 sérotypes n'est pas utilisé chez l'adulte (sauf chez les sujets immunodéprimés), l'incidence des infections invasives à pneumocoque (où le pneumocoque envahit le sang ou le liquide céphalo-rachidien) a diminué de 39 % chez les personnes âgées entre 2008 et 2015.
Hépatite B	Vaccin très efficace chez le nourrisson et durée de protection conférée suffisante pour protéger un sujet vacciné très tôt dans l'enfance, lors d'une éventuelle exposition au risque à l'âge adulte.

* Si le niveau d'immunité est inférieur au seuil d'immunité de groupe, cela signifie que chaque malade contaminera en moyenne plus d'une personne.

Source : Santé publique France, Dossier pédagogique « Vaccination, la protection collective », octobre 2017

Le présent article comporte **quatre paragraphes**.

Le 1° du paragraphe I complète l'article L. 3111-1 qui permet au Gouvernement de suspendre par décret les obligations vaccinales si les données scientifiques y invitent. Cette possibilité concerne aujourd'hui les vaccins obligatoires, les vaccins exigés pour les professionnels qui se trouvent en contact avec des populations à risque (article L. 3111-4) ainsi que la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG (article L. 3112-1). Elle est désormais étendue aux thanatopracteurs qui doivent obligatoirement être vaccinés contre l'hépatite B (article L. 3111-4-1 qui devient l'article L. 3111-3 aux termes du présent article) ainsi qu'à la vaccination contre la fièvre jaune en Guyane (article L. 3111-6¹).

Le 2° du paragraphe I réécrit l'article L. 3111-2 du code de la santé publique afin d'étendre l'obligation vaccinale aux huit valences pour lesquelles la vaccination était jusqu'à présent simplement recommandées. Dans cette nouvelle rédaction :

- le **I** dispose que les vaccinations antidiphétique (1°), antitétanique (2°), antipoliomyélitique (3°), contre la coqueluche (4°), contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B (5°), contre le virus de l'hépatite B (6°), contre les infections invasives à pneumocoque (7°), contre le méningocoque de sérogroupe C (8°), contre la rougeole (9°), contre les oreillons (10°) et contre la rubéole (11°) sont **obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS)**.

- le **II** prévoit, comme le veut déjà le droit actuel, la responsabilité personnelle dont sont investies les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs quant à l'exécution de l'obligation vaccinale. Celles-ci doivent en fournir la preuve « *selon des modalités définies par décret, pour autoriser l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.* »

Les **autres alinéas** du paragraphe I du présent article procèdent aux nécessaires coordinations. Le nouvel article L. 3111-2 remplace en effet les actuels articles L. 3111-2 et L. 3111-3 relatifs aux obligations vaccinales anti-DTP tandis que les articles L. 3116-2 et L. 3116-4 sont abrogés. L'article L. 3411-4-1 relatif à l'obligation vaccinale contre l'hépatite B des thanatopracteurs devient l'article L. 3111-3. Enfin, l'**article L. 3111-9, qui concerne la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire, voit sa portée étendue à l'ensemble des vaccins désormais obligatoires ainsi qu'au BCG**.

¹ *Cet article prévoit l'obligation contre la fièvre jaune « pour toute personne âgée de plus d'un an et résidant ou séjournant en Guyane », sauf contre-indication médicale.*

Le **paragraphe II** supprime les dispositions définissant les pénalités applicables en cas de refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination (article L. 3116-4) ainsi que celles fixant les points de départ du délai de prescription de l'action publique (article L. 3116-2). Il limite la portée de l'article L. 3116-1, concernant la constatation des infractions relatives à l'obligation vaccinale par des officiers et agents de police judiciaire, aux obligations pour les professionnels en contact avec des publics à risque (article L. 3111-4).

Le **paragraphe III** dispose que la preuve de l'exécution de l'obligation vaccinale en ce qui concerne les huit nouveaux vaccins obligatoires sera exigible des titulaires de l'autorité parentale à compter du 1^{er} juin pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018.

Le **paragraphe IV** entend rendre applicable le dispositif proposé à Wallis-et-Futuna, de même que la mesure prévue à l'article L. 3111-5 du code de la santé publique qui définit les modalités de transmission à l'agence nationale de santé publique des informations nécessaires à l'évaluation de la politique vaccinale. Il procède par ailleurs à des coordinations.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels et de coordination ainsi qu'un amendement qui précise que l'obligation vaccinale relève également de la responsabilité des personnes chargées de la tutelle des enfants mineurs nés après le 1^{er} janvier 2018.

Elle a également adopté trois amendements identiques déposés par le rapporteur général, le député Francis Vercamer et plusieurs de ses collègues du groupe Les constructifs ainsi que le député Joël Aviragnet et plusieurs de ses collègues du groupe Nouvelle Gauche. Ces amendements introduisent un **paragraphe V** qui prévoit **une évaluation de l'impact de l'extension de la couverture vaccinale** par le Gouvernement chaque année à compter du dernier trimestre 2019. Il est précisé que cette évaluation est rendue publique.

III - La position de la commission

Dans un contexte de défiance croissante à l'égard des vaccins et de recul de la couverture vaccinale, tant chez les usagers que chez les professionnels de santé, **votre commission insiste sur l'atout majeur que constitue la vaccination pour la protection de la santé au plan à la fois individuel et collectif** depuis sa découverte il y plus de deux siècles, des millions de vies ayant pu être sauvées en évitant la transmission de certaines maladies infectieuses et en contribuant à leur éradication.

En raison d'une couverture vaccinale insuffisante de nos concitoyens (pour la rougeole, elle s'élève en France à 78 % à 2 ans, pour l'hépatite B, à seulement 40 % chez l'adolescent et à 60 % chez l'adulte), **une réémergence de certaines maladies infectieuses graves et l'apparition d'épidémies aux conséquences parfois mortelles sont observées depuis plusieurs années.**

Selon les chiffres présentés par la ministre des solidarités et de la santé en juillet dernier, on recense en particulier :

- entre 2008 et 2016, plus de 24 000 cas de rougeole, avec près de 1 500 cas de pneumopathies graves, 34 cas de complications neurologiques et 10 décès ;

- entre 2006 et 2013, plus de 2 000 cas d'hépatite B chez des personnes non vaccinées ;

- entre 2011 et 2015, 255 cas d'infections invasives à méningocoque C chez des patients âgés de 1 à 24 ans, dont 25 sont décédées et plusieurs gardent de graves séquelles, notamment des retards mentaux.

Cette situation n'est pas propre à la France. A titre d'exemple, l'Italie est touchée par une recrudescence des cas de rougeole. Selon un bilan publié dans « Eurosurveillance »¹, 4 400 cas ont été recensés au cours des 8 premiers mois de 2017, parmi lesquels 88 % n'avaient reçu aucune dose de vaccin. Trois décès et deux encéphalites ont été rapportés, le plus souvent chez des jeunes enfants non vaccinés. Dans ce contexte, les autorités du pays auraient étendu l'obligation vaccinale à 10 vaccins tout en envisageant la possibilité de l'assortir d'une sanction financière en cas de non-respect par les parents.

Il faut en effet insister sur la **balance bénéfices-risques des vaccins, qui reste incontestablement favorable à ceux-ci** : avec le recul de nombreuses décennies et de centaines de millions de doses injectées, on peut affirmer que le risque lié aux maladies infectieuses reste, en particulier dans un monde ouvert où la circulation des personnes est dense, supérieur au risque lié à l'injection du vaccin lui-même. A cet égard, votre commission a acquis la conviction que la **distinction entre obligations et recommandations vaccinales est devenue source de confusion**, et que sa suppression doit contribuer à renforcer la confiance de nos concitoyens envers les vaccins.

Votre commission souhaite également insister sur le fait que les vaccins font l'objet d'un **système de pharmacovigilance plus renforcé** que pour les autres médicaments puisqu'aucun vaccin n'est libéré ou mis en circulation sans contrôle préalable de la composition de chaque lot de produits.

¹ Eurosurveillance 22 (37) 30614 (14/09/2017).

Il faut néanmoins prendre en compte les craintes exprimées et les incertitudes qui demeurent, et soutenir l'approfondissement des travaux de recherche sur la sécurité sanitaire dans le domaine des vaccins. Il convient par ailleurs de poursuivre la lutte contre les limitations d'approvisionnement afin de permettre à chacun d'accéder aux vaccins dès lors que ceux-ci sont obligatoires. Votre commission relève à cet égard que le coût pour l'assurance maladie du dispositif prévu au présent article reste contenu : selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour tous les vaccins rendus obligatoires aura un **surcoût pour l'assurance maladie d'environ 12 millions d'euros par an à partir de 2019 et de 8 millions d'euros en 2018**. Ce surcoût est la conséquence à la fois de la hausse du nombre de vaccins remboursés et de la légère augmentation des consultations liées à la vaccination.

A l'initiative de la rapporteure pour la branche maladie, la commission a adopté un amendement rédactionnel et de coordination, relatif à l'application du dispositif à Wallis-et-Futuna (amendement n° 111).

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

Article 34 bis

(art. L. 160-14 du code de la sécurité sociale)

**Prise en charge intégrale par l'assurance maladie
d'une consultation de prévention du cancer du sein
et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la prise en charge intégrale par l'assurance maladie d'une consultation de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement.

Il complète l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale qui dresse la liste des cas dans lesquels la participation de l'assuré à la prise en charge des frais de santé peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

Cette liste inclurait désormais les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, celui-ci entend proposer une prise en charge de cette consultation à 100 % par l'assurance maladie, l'objectif étant de lever les possibles obstacles financiers auxquels sont confrontées les jeunes femmes. La mise en œuvre de cette consultation ferait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Ce dispositif permet de mettre en œuvre l'une des mesures définies dans le plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein présenté au mois d'avril dernier. Pour les jeunes femmes de 25 ans, ce nouveau plan prévoit notamment une sensibilisation particulière, une évaluation du risque et une approche personnalisée dans le cadre d'une consultation gratuite dédiée à la prévention et au dépistage, à laquelle les assurées seront invitées à recourir. Cette consultation serait proposée aux femmes de 25 ans n'ayant pas d'antécédents personnels de cancer du sein déjà identifiés.

Selon le plan d'action, ce dispositif pourrait concerter environ 401 000 femmes chaque année.

Il serait pris en compte dans le modèle de valorisation de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) qui sera discutée avec les partenaires conventionnels.

Dispositif prévu dans le plan pour la rénovation du dépistage du cancer du sein à l'attention des jeunes femmes

En ce qui concerne les jeunes femmes âgées de 25 ans, le plan d'action préconise une consultation gratuite réalisée par un médecin généraliste ou un gynécologue.

« *Au cours de cette consultation :*

- *en identifiant les antécédents familiaux de cancer du sein et les facteurs de risque auxquels la femme est exposée, le médecin pourra repérer les femmes à risque aggravé de cancer du sein et les orienter vers les dispositifs et spécialistes adaptés ;*
- *le médecin pourra aussi proposer la prise en charge des facteurs de risque comportementaux susceptibles de favoriser la survenue de cancers du sein ;*
- *le médecin informera également la femme sur les examens à réaliser (âge de début, fréquence) selon son niveau de risque ;*
- *il rappellera également les principaux symptômes qui doivent amener la femme à consulter un médecin et l'importance de lui signaler toute évolution du contexte familial en termes de survenue de cancers féminins, qui pourrait faire évoluer son niveau de risque.*

25 ans est l'âge correspondant aux recommandations pour débuter le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le médecin pourra ainsi mobiliser la femme sur l'utilité de ce dépistage et l'informer sur les avantages et limites de la démarche. Dans le cadre d'une approche plus globale, les facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool, habitudes alimentaires et activité physique) et les éléments de santé sexuelle (contraception, infections sexuellement transmissibles, grossesse...) seront abordés. »

Source : Extraits du Plan d'action pour la rénovation du dépistage du cancer du sein (Institut national du cancer, avril 2017)

II - La position de la commission

Votre commission accueille très favorablement le dispositif proposé au présent article qui répond à un enjeu majeur de santé publique et permet d'améliorer la politique de prévention dans notre pays. Elle rappelle que le cancer du sein cause encore 12 000 décès par an alors même qu'une détection précoce permet de guérison dans 90 % des cas et que le cancer du col de l'utérus est à l'origine de 1 000 décès par an.

Malgré ses demandes, votre commission n'a cependant pas obtenu de précisions de la part du Gouvernement sur les moyens par lesquels il entend assurer la bonne information des assurées quant à la possibilité de recourir à la consultation prévue au présent article, ni sur le coût de la mesure pour l'assurance maladie.

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

CHAPITRE 2

Promouvoir l'innovation en santé

Article 35

*(art. L. 162-31-1 et L. 221-1 du code de la sécurité sociale,
art. L. 1433-1 du code de la santé publique, art. 43 de la loi n° 2013-1203
du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)*

Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé

Objet : Cet article instaure un cadre général d'expérimentations, visant à favoriser l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-social ou à améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses, et en précise les modalités de pilotage et de financement.

I - Le dispositif proposé

Le présent article crée un cadre destiné à favoriser la mise en œuvre d'expérimentations à dimension nationale ou régionale et à renforcer leur pilotage. Ont vocation à s'y inscrire des expérimentations déjà autorisées par la loi.

Il précise ainsi le champ, les modalités de pilotage et de financement de ces expérimentations (I) et en tire les conséquences sur les expérimentations existantes (II à V).

A. Le champ des expérimentations

Le I du présent article propose une nouvelle écriture de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Introduit par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, cet article L. 162-31-1 fixait, jusqu'en 2006, le cadre à des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social en vue de promouvoir « *des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge* ». L'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a rétabli, au même article, la possibilité de mener des expérimentations « *de nouveaux modes d'organisation des soins (...) dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques* » ; aucune expérimentation n'a été réalisée dans ce cadre.

Le présent article y substitue de nouvelles dispositions dont **le champ et la portée potentielle sont considérablement élargis** puisque les expérimentations peuvent poursuivre deux grandes finalités ainsi définies :

- d'une part, **permettre l'émergence d'innovations organisationnelles** dans les secteurs sanitaire et médico-social, pour améliorer la prise en charge et le parcours des patients, l'efficience du système de santé et l'accès aux soins ;

- d'autre part, **promouvoir un recours pertinent aux médicaments et autres produits de santé**.

• **Le premier objectif** - permettre l'émergence d'innovations organisationnelles, fondées sur des modes de financement également innovants - est décliné en plusieurs types d'actions, dont les finalités sont ainsi définies :

- « *optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale* » ;

- « *organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients* » ;

- « *développer les modes d'exercice regroupé en participant à la structuration des soins primaires* » ;

- « *favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins* ».

Trois types d'expérimentations, correspondant à ces trois premiers items, sont déjà envisagés :

- un **intéressement collectif** à des groupements d'acteurs, sur la base d'appels à projets, attribué sur la base d'objectifs de qualité et des économies réalisées, par exemple pour la prise en charge de patients atteints de maladie chronique. Ce dispositif est inspiré d'exemples étrangers, notamment du modèle américain des *Accountable care organizations* (ACO).

Il s'agit de responsabiliser collectivement les acteurs, pour la prise en charge d'une patientèle commune, et donc de conduire à une plus forte coordination des soins, en particulier entre la ville et l'hôpital ;

- le **paiement à l'épisode de soins**, susceptible de concerner en priorité des prises en charge chirurgicales pour lesquelles il existe des recommandations de bonne pratique, à fort enjeu de coordination ville-hôpital. Inspiré des exemples étrangers de *bundled payment* (paiement groupé), le principe général consiste à fixer, pour un épisode de soins limité dans le temps (par exemple une intervention chirurgicale programmée) ou pour une période donnée, une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.

Dans son rapport « charges et produits » de juillet 2017, l'assurance maladie recommandait le recours à ce mode de financement pour la chirurgie de la prothèse de hanche, ce qui pourrait englober plusieurs éléments du parcours (soins pré hospitaliers, séjour chirurgical et prothèse, soins postopératoires hospitaliers et en ville, rééducation, couverture des complications pendant une période donnée) ;

- la **rémunération collective** (au patient et/ou à la séquence de soins ou à la pathologie) alternative à une partie des rémunérations conventionnelles classiques, pour des équipes volontaires, en priorité au sein de structures pluri-professionnelles. Il s'agit de « tester » de nouveaux modes de rémunération d'équipes allant au-delà des « nouveaux modes de rémunération » applicables aux centres et maisons de santé.

Le dernier volet renverrait notamment à des projets locaux.

• Le **second objectif** - promouvoir la pertinence des prescriptions et prises en charge de produits de santé - recouvre des actions susceptibles de :

- faire évoluer les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments onéreux au sein des établissements de santé, notamment pour inciter à une meilleure régulation des produits inscrits sur la liste en sus. Est également visée la collecte de données dites « en vie réelle » portant sur le contexte, la motivation et l'impact de la prescription et de l'utilisation des médicaments, dont les résultats pourraient être davantage intégrés dans ces conditions de prise en charge ;

- mettre en place de nouveaux dispositifs, en termes de rémunération ou d'organisation (par exemple pour la gestion des stocks), incitant à un recours pertinent aux produits de santé par les professionnels et établissements de santé. D'après l'étude d'impact, cela pourrait par exemple promouvoir les « *prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les médicaments biologiques disposant de biosimilaires* » ;

- modifier les conditions d'accès au « forfait innovation ». Ce dispositif a été introduit à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale par la loi de financement pour 2009 pour certains dispositifs médicaux. Ce dispositif dérogatoire permet une prise en charge partielle ou totale pour une durée limitée d'un dispositif innovant, conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. D'après les indications données à votre rapporteur, il pourrait s'agir de faciliter l'accès au dispositif, par exemple pour accélérer la procédure assez lourde conduite essentiellement par la HAS.

Contrairement au premier objectif pour lequel des expérimentations aux contours assez précis sont d'ores et déjà envisagées, en vue d'une mise en œuvre opérationnelle souhaitée d'ici la fin de l'année 2018, ce second volet ne recouvre pas encore d'actions bien identifiées.

B. Les modalités de mise en œuvre

Les expérimentations pourront être mises en œuvre pour une **durée maximale de cinq ans**, en dérogeant à un grand nombre de règles de financement, de paiement ou de tarification des établissements de santé, des professionnels de santé, des produits de santé et des établissements médico-sociaux (II de l'article L. 162-31-1).

Ces dérogations, retracées dans le tableau ci-après, reprennent pour une large partie celles prévues pour les expérimentations en cours.

Synthèse des dérogations possibles pour la mise en œuvre des expérimentations

Code	Articles visés	Objet
Code de la sécurité sociale	Art. L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2	Règles de facturation, de tarification et de remboursement concernant les établissements de santé (activités de psychiatrie, de médecine, chirurgie et obstétrique, des activités de soins de suite et de réadaptation, les actes et consultations externes), centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi
	Art. L. 162-2	Paiement direct des honoraires par le patient
	1°, 2° et 6° de l'art. L. 160-8	Frais couverts par l'assurance maladie

Code	Articles visés	Objet
		(frais médicaux, dentaires, pharmaceutiques et autres, frais de transport et frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire)
	Art. L. 160-13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 174-4	Participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations (ticket modérateur, franchises, forfait hospitalier)
	Art. L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38, L. 165-1 à L. 165-7	Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie en ville ou à l'hôpital
Code de la santé publique <i>(sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la HAS)</i>	Art. L. 4113-5	Permettre le partage d'honoraires entre professionnels de santé
	Premier alinéa de l'art. L. 6111-1	Permettre aux établissements de santé de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en délégant cette prestation
	Art. L. 6122-3	Permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués d'établissements ou professionnels de santé
	Art. L. 4211-1	Permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien
Code de l'action sociale et des familles		Règles de tarification applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

C. Le pilotage et les conditions de financement

Les paragraphes **III à VI du nouvel article L. 162-31-1** encadrent les modalités de pilotage et de financement des expérimentations.

- Deux types d'expérimentations sont distingués :

- celles à **dimension nationale**, autorisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) ;

- celles à **dimension régionale**, autorisées par arrêté des directeurs généraux d'ARS, le cas échéant après avis conforme de la HAS.

- Un **comité technique** est chargé du pilotage et du suivi de ces expérimentations :

- il est composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres de la sécurité sociale et de la santé et des ARS ;

- il devra émettre un avis sur les expérimentations, leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation ;

- il déterminera leur champ d'application territorial.

Le comité pourra solliciter **l'avis de la HAS** sur les projets d'expérimentations, dès lors que ceux-ci dérogeront à certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation des soins, identifiées par décret en Conseil d'État. Ce décret précisera également le délai dans lequel la HAS devra rendre cet avis.

Un décret en Conseil d'Etat précisera la composition et les missions de ce comité, ainsi que « *les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations* » et « *les modalités d'information des patients* ».

D'après les indications transmises à votre rapporteur, l'évaluation des expérimentations sera réalisée et financée au niveau national. Les prestataires seront sélectionnés après un marché cadre multi-attributaire.

- Les professionnels intervenant dans le cadre de l'expérimentation sont réputés appartenir à des équipes de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, afin de pouvoir procéder à un partage de données. Par ailleurs, pour l'évaluation des expérimentations, l'accès aux données individuelles non nominatives est autorisé, dans le respect des dispositions générales relatives aux données de santé.

- Le financement des expérimentations pourra reposer sur le fonds d'intervention régional (FIR). Par ailleurs, pour le financement de « *de tout ou partie* » des expérimentations, le présent article institue un **fonds pour l'innovation du système de santé**, géré par la Cnamts. Il prendra en charge l'évaluation de l'ensemble des expérimentations, qu'elles soient donc à dimension nationale ou régionale.

Ce fonds est abondé par une dotation du régime général dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres concernés.

Pour 2018, d'après l'étude d'impact, ce fonds bénéficiera de **20 millions d'euros résultant de transferts d'autres postes de l'Ondam** (de l'enveloppe soins de ville à hauteur de 9,3 millions d'euros, de l'Ondam hospitalier pour 8,5 millions d'euros et de l'Ondam médico-social pour 2,2 millions d'euros). Le « *coût net d'amorçage* » du cadre expérimental est de **10 millions d'euros**, correspondant à une dotation nouvelle du FIR pour le financement d'expérimentations à caractère régional.

- **L'information du Parlement** sur ces expérimentations est prévue à la fois chaque année, avec la remise d'un état des lieux des expérimentations en cours, et au terme de chaque expérimentation, avec la remise d'un rapport d'évaluation dans un délai d'un an.

D. Les conséquences sur les expérimentations en cours

Les **II à V du présent article** comportent des coordinations ou modifications diverses ainsi que des dispositions transitoires.

- Le **II** modifie le 9^o de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale relatif au rôle de la Cnamts.

Cet alinéa l'autorise, dans sa rédaction actuelle, à contribuer au financement des « *actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville* », dont les orientations sont définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé visé à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique.

Le financement de protocoles de coopération tels que celui porté par l'association Asalee¹ entre médecins et infirmiers, auparavant assuré *via* le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) supprimé par la loi de financement pour 2014 et dont les derniers financements se terminent fin 2017, est toujours assuré à ce titre.

La nouvelle rédaction proposée vise donc à rendre pérenne le financement des dispositifs - comme celui-ci - « *qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé* ».

- Dans le même sens et par coordination, le **III** supprime les missions confiées par l'article L. 1433-1 du code de la santé publique au conseil national de pilotage des ARS en matière de pilotage des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.

- Le **IV** modifie l'article 43 de la loi de financement pour 2014 qui a autorisé des expérimentations visant à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et de celles atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe.

Initialement autorisées à compter, respectivement, du 1^{er} juillet et du 1^{er} mars 2014 pour une durée n'excédant pas quatre ans, il est proposé de les prolonger jusqu'au 31 décembre 2018. D'après les indications transmises à votre rapporteur, il s'agit de mettre leur date limite en cohérence avec celle prévue au **V** ci-après pour le réexamen des expérimentations en cours, afin de pouvoir envisager, le cas échéant, leur poursuite.

¹ Le protocole Asalee (Action de santé libérale en équipe) a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres par l'association du même nom à titre expérimental puis mis en place à compter de mars 2012 sur la base des dispositions de l'article 51 de la loi « HPST » de juillet 2009. Il permet de confier aux infirmiers travaillant avec les médecins généralistes le suivi de malades atteints de pathologies chroniques notamment pour l'éducation thérapeutique ou la délégation d'actes. Environ 1 500 médecins et 450 infirmiers, salariés ou libéraux, y participent.

- Le V prévoit un **dispositif transitoire concernant les expérimentations** autorisées par la loi et - pour certains - en cours d'application sur le territoire, afin de prévoir leur **réexamen d'ici la fin de l'année 2018** : elles pourront être poursuivies sous réserve de s'inscrire dans le cadre juridique fixé par le présent article.

L'autorisation délivrée par arrêté ministériel précisera la nouvelle date de fin de l'expérimentation, sans que celle-ci puisse avoir une durée de plus de six ans depuis la date de début de mise en œuvre effective ou être postérieure au 31 décembre 2022.

Les expérimentations dont la poursuite et l'intégration dans ce cadre juridique n'auront pas été autorisées prendront fin au plus tard le 31 décembre 2019.

Les dispositifs visés sont présentés dans le tableau ci-après.

**Les expérimentations engagées
par les précédentes lois de financement de la sécurité sociale**

Base juridique	Objet et modalités	Etat d'avancement	Impact financier
Art. 48 LFSS pour 2013	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) - <i>mise en œuvre par le biais de conventions avec les ARS, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée de cinq ans</i>	Déploiement sur 10 territoires puis 17 depuis le printemps 2016 Première évaluation par la Drees en mai 2017	Financement par le FIR : 18,3 millions d'euros en 2017, de 18,5 à 20 millions d'euros prévus en 2018
Art. 43 LFSS pour 2014	Parcours de soins et prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique - <i>pour quatre ans à compter du 1^{er} juillet 2014</i>	Le décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015 a fixé les modalités. Dans les 6 régions concernées, 11 projets ont été sélectionnés en 2017. Les conventions de mise en œuvre sont en cours de signature	Financement par le FIR : environ 12,5 millions d'euros pour quatre ans en incluant l'évaluation
	Parcours de soins et prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie - <i>pour quatre ans à compter du 1^{er} mars 2014</i>	Le modèle de forfaits expérimentaux sera testé « à blanc » à compter du dernier trimestre 2017. En 2018, un modèle de financement « au traitement » sera expérimenté en vie réelle.	Les dépenses qui pourraient être prises en charge pour les indications retenues dans les travaux préparatoires pourraient représenter environ 40 millions d'euros

Base juridique	Objet et modalités	État d'avancement	Impact financier
Art. 53 LFSS pour 2015	Dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières ; hébergement temporaire non médicalisé – <i>autorisation par l'État pour trois ans, après appel à projets national</i>	Dans des conditions précisées par le décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016, l'expérimentation a débuté dans 40 établissements de santé sélectionnés par arrêté du 6 juillet 2017	Financement par le FIR : environ 3,3 millions d'euros pour trois ans en incluant l'évaluation
Art. 68 LFSS pour 2016	Améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité, via une prise en charge pluridisciplinaire - <i>entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 décembre 2019</i>	L'expérimentation se déroulera sur trois territoires (Nord-Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis et la Réunion) dans les conditions prévues par le décret n° 2017-706 du 2 mai 2017. 31 structures ont été retenues par un comité de sélection (les conventions sont en cours de signature). Le lancement opérationnel aura lieu d'ici fin 2017.	Prise en charge par la Cnam via le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire : 1,5 million d'euros prévus pour 2018 (sur la base d'un forfait de 240 euros maximum par an et par enfant).
Art. 66 LFSS pour 2017	Administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux patients adultes – <i>autorisation par ARS, pour trois ans</i>	2 500 pharmaciens autorisés à y participer dans deux régions ciblées par l'arrêté du 10 mai 2017 (Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes) Le décret n° 2017-985 du 10 mai 2017 a prévu le versement de sommes liées à l'acte de vaccination (6,30€ ou 4,50€) et d'une somme forfaitaire de 100 €	Financement par le FIR : pour 2017, 0,5 million d'euros prévus
Art. 68 LFSS pour 2017	Prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 6 à 20 ans – <i>pour quatre ans</i>	Les expérimentations devraient débuter prochainement dans les territoires retenus (décret n° 2017-813 et arrêté du 5 mai 2017), pour les seuls 11-21 ans. L'arrêté fixant le cahier des charges est en cours de rédaction. Pour les 6-10 ans, la publication d'un second volet du décret sera nécessaire.	Financement par le FIR : 0,9 million d'euros pour 2017 prévus pour les trois ARS concernées (Île de France, Pays de Loire et Grand Est) ; 0,4 million d'euros prévus pour 2018

Base juridique	Objet et modalités	État d'avancement	Impact financier
Art. 94 LFSS pour 2017	Parcours de soins et prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques (type fibromyalgie) – <i>autorisation par État pour trois ans, après appel à projets national</i>	En attente des recommandations de la HAS relative au processus standard de prise en charge des patients concernés, d'ici fin 2017	<i>Non renseigné</i>

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté, à l'initiative de son rapporteur général, plusieurs ajustements à cet article, au-delà de modifications rédactionnelles ou de coordination :

- en précisant que les expérimentations tendant au développement des modes d'exercice regroupé participent à la structuration des **soins « ambulatoires »** et non « primaires ». La notion de « soins primaires » n'est pas strictement définie dans le droit français mais renvoie, à travers les équipes de soins primaires instituées par la loi santé de janvier 2016¹, à celle de soins de premier recours qui est, depuis la loi HPST de juillet 2009, à la base de la structuration des parcours de santé autour du médecin généraliste. Pour le rapporteur général, le terme de « soins ambulatoires » a une portée plus large, en incluant les soins de second recours (les spécialités médicales hors celles en accès direct) voire « *certaines soins à l'hôpital* ». Cela répond à une demande des syndicats de médecins souhaitant que l'ensemble des soins de ville soient visés par ce dispositif ;

- en introduisant, aux côtés du comité technique prévu par le présent article, d'un **comité stratégique** chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé et de suivre l'état d'avancement et l'évaluation des expérimentations menées ;

- en corrigeant un **oubli** au V dans la liste des expérimentations dont l'intégration dans le cadre général devra être réexaminée : est ajoutée celle concernant la prise en charge des enfants atteints d'obésité sévère autorisée par l'article 68 de la loi de financement pour 2016.

¹ Cf. article L. 1411-11-1 du code de la santé publique : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. (...) L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. »

III - La position de la commission

• **Cet article répond à un objectif louable puisqu'il s'agit de favoriser l'innovation au sein de notre système de santé, en introduisant de la fluidité dans une organisation souvent trop rigide.**

Le constat de départ est largement partagé.

Dans de nombreux rapports, votre commission a souligné la nécessité de **mieux accompagner les initiatives de terrain et les dynamiques professionnelles, y compris lorsqu'elles sortent des cadres classiques** : c'est notamment le cas pour favoriser l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés¹ ; l'exemple des protocoles de coopération entre professionnels de santé, qui peinent à se développer, en fournit une autre illustration².

Elle a également souligné l'intérêt de **promouvoir la notion de parcours de santé, permettant de sortir de la logique en silos de notre système de soins** pour mieux coordonner l'ensemble des acteurs autour de la prise en charge du patient : c'était ainsi le cas dans un rapport de juillet 2012 sur la tarification à l'activité des hôpitaux de nos collègues Jacky Le Menn et Alain Milon³ ; c'était également le cas dans un récent rapport présenté par notre collègue rapporteur général sur la pertinence des soins⁴, soulignant combien « *l'organisation cloisonnée de notre système de santé et la prévalence d'un mode de financement à l'acte ou à l'activité constituent des freins à des avancées plus significatives* » sur ce champ.

Dans un récent avis, le Hcaam est allé dans ce sens en appelant à la création d'un « *cadre favorable à l'émergence d'initiatives innovantes* », afin de permettre à notre système de santé de relever les défis qui se posent à lui⁵.

¹ « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », rapport d'information n° 686 (2016-2017), par MM. Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Sénat, 26 juillet 2017.

² « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de la 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), par M. Alain Milon et Mme Catherine Génisson, commission des affaires sociales, Sénat, 28 janvier 2014.

³ « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », Rapport d'information n° 703 (2011-2012), présenté, au nom de la commission des affaires sociales, par MM. Yves Daudigny, président de la Mecss, Jacky Le Menn et Alain Milon, rapporteurs, Sénat, 25 juillet 2012.

⁴ « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé », rapport d'information n° 668 (2016-2017) de M. Jean-Marie Vanlerberghe, rapporteur général, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 20 juillet 2017.

⁵ « Innovation et système de santé », Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2016.

L'Assurance maladie s'est également prononcée, dans son rapport « charges et produits » pour 2018, en faveur d'un « *dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles* », relevant les difficultés rencontrées « *quand l'innovation implique d'aller au-delà du cadre juridique, réglementaire, ou de financement de droit commun* »¹.

Le présent article est très largement inspiré de cette proposition que le directeur général de la Cnam, lors de son audition devant la commission, a qualifié de « pari » nécessaire.

Votre commission **souscrit aux objectifs portés par ce dispositif** : il s'agit d'accompagner l'indispensable mutation de notre système de santé, par l'innovation, en améliorant son efficience sans renier l'exigence première de qualité des soins.

- **Plusieurs points appellent toutefois à une certaine prudence.**

D'une part, le cadre expérimental s'est avéré, jusqu'alors, peu adapté à des avancées en raison de son excessive lourdeur : les délais entre l'ouverture de l'expérimentation par la loi et sa déclinaison opérationnelle sur le terrain se comptent souvent en années, comme le montre l'état d'avancement des dispositifs existants. Il faut espérer que le cadre de pilotage créé par le présent article soit plus structurant que des initiatives éparses et non coordonnées et permette ainsi d'avancer de manière plus volontariste.

D'autre part, la volonté du Gouvernement de confier le pilotage des expérimentations à un comité technique resserré ne devra pas se traduire par une trop forte centralisation ou nuire à la valorisation des initiatives de terrain. Il sera essentiel d'associer l'ensemble des acteurs impliqués, notamment les professionnels et établissements de santé, à la conduite et à la réussite de projets impliquant des transformations lourdes dans les organisations et modes de financement de notre système de santé.

Par ailleurs, l'article 37-1 de la Constitution prévoit que la loi peut comporter, « *pour un objet et une durée limités* », des dispositions à caractère expérimental. Le Conseil constitutionnel a estimé que le cadre fixé par l'actuel article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale répondait à cette exigence, en présentant un objet et des conditions définies de manière suffisamment précise sans méconnaître les autres principes de valeur constitutionnelle que celui d'égalité devant la loi². Le présent article a une portée encore plus large, quoique ses modalités soient encadrées.

¹ « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018* », rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2018, 7 juillet 2017.

² Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.

• Pour autant, votre commission a considéré cette initiative positive et a adopté, à l'initiative de son rapporteur, **sept amendements**, dont deux de nature rédactionnelle (amendements nos 113 et 114), visant à en encadrer le champ :

- en précisant que les expérimentations participant à la structuration des soins ambulatoires portent sur le développement de modes d'exercice regroupé « ou coordonné », afin de viser d'autres formes d'organisation que les maisons de santé pluri-professionnelles ou centres de santé (amendement n° 112) ;

- en renvoyant à un décret la composition et les missions du conseil stratégique (amendement n° 117). Si la composition exhaustive de ce comité n'a pas vocation à figurer dans la loi, votre rapporteur tient à souligner l'importance qu'y soient représentés les professionnels de santé, les fédérations hospitalières, les usagers du système de santé mais également les organismes d'assurance maladie complémentaire qui s'attachent à mettre en œuvre des innovations dans le domaine de la santé et participeront à leur financement, ou encore les représentants des produits de santé ;

- en associant les acteurs locaux au suivi des expérimentations, en prévoyant l'information de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des établissements hospitaliers, des URPS, des usagers, etc. (amendement n°115) ;

- en explicitant, dans les missions du conseil stratégique (amendement n° 116) et le suivi assuré par le Parlement (amendement n° 118), que les expérimentations et leur évaluation doivent permettre d'apprécier les conditions de leur éventuelle généralisation.

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

Article 35 bis

Rapport au Parlement sur les indemnités journalières maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie et leur articulation avec les dispositifs de prévoyance.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative des députés du groupe La République en Marche.

Il prévoit que le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2018, un rapport ayant pour double objectif :

- de retracer les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie, concernant notamment les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou d'en améliorer le contrôle ;

- de mettre en avant l'articulation entre les indemnités journalières maladie et les dispositifs de prévoyance obligatoire et facultative, afin de proposer « *en tant que de besoin* » des mesures d'amélioration.

Cette demande s'appuie notamment sur les travaux menés en 2013 par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale¹, qui avait constaté une « *évolution préoccupante* » des arrêts de travail, des contrôles « *trop peu sélectifs* » et avait souligné la nécessité de « *renforcer la connaissance du coût du dispositif* ».

II - La position de la commission

Les dépenses liées aux indemnités journalières connaissent, après un ralentissement de leur progression entre 2011 et 2013, une forte croissance : elles représentent, pour le seul régime général, 7,1 milliards d'euros en 2016, en progression de 5 % en un an. Les arrêts courts, de moins de trois mois, en constituent la majorité (59 %) et connaissent une hausse plus rapide (5,8 %)².

Compte tenu de cette dynamique, ce sujet est bien entendu très important. D'ailleurs, les objectifs de maîtrise des dépenses liées aux indemnités journalières fixés à l'assurance maladie sont sensiblement plus élevés pour 2018 (165 millions d'euros au lieu de 100 millions pour 2017).

Cet objectif va déjà devoir se traduire par un renforcement des actions menées par l'assurance maladie en direction des professionnels de santé et en matière de prévention.

Votre commission n'est pas favorable, en règle générale, aux demandes de rapports, de surcroît rarement produits. En l'occurrence, un rapport supplémentaire³ ne paraît pas de nature à avancer sur ce sujet.

Elle a donc adopté l'**amendement de suppression** amendement n° 119.

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ *Rapport d'information n° 986 présenté par Mme Bérengère Poletti, députée, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, Assemblée nationale, 24 avril 2013.*

² *Source : Programme de qualité et d'efficience - maladie, annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale - indicateur n° 4-6.*

³ *Au-delà du rapport de la Mecss de l'Assemblée nationale précité, la Cour des comptes a également consacré une étude à ce sujet dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2012.*

Article 36

(art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 6316-1 du code de la santé publique, art. 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)

Prise en charge de la télémédecine

Objet : *Cet article ouvre la voie à un financement de droit commun de certains actes de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) et maintient un cadre expérimental pour les seuls actes de télésurveillance.*

I - Le dispositif proposé

Cet article ouvre la voie à la fixation, par les partenaires conventionnels, d'une **tarification de droit commun des actes de télémédecine (I à III)**. Seuls seraient concernés la téléconsultation et la téléexpertise. Le champ des expérimentations serait restreint aux seuls actes de télésurveillance **(IV)**.

La définition de la télémédecine

Introduit par la loi « HPST » du 21 juillet 2009, l'article L. 6316-1 du code de santé publique définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », mettant en rapport, « *entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical* ».

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit **cinq types d'actes** médicaux relevant de la télémédecine :

- la **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ;
- la **téléexpertise**, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières ;
- la **télésurveillance médicale**, dont l'objet est de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- la **téléassistance médicale**, permettant à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- enfin, la **régulation médicale**.

A. Le cadre en vigueur

L'**article 36 de la loi de financement pour 2014** a autorisé des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en médecine de ville ou en structure médico-sociale, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour quatre ans, dans neuf régions pilotes. Ayant pour objet de proposer des financements préfigurateurs, pris en charge par le fonds d'intervention régional, elles devaient donner lieu à une évaluation scientifique par la HAS en vue d'une généralisation.

L'article 91 de la loi de financement pour 2017 a prolongé d'une année ces expérimentations et en a étendu le champ à l'ensemble du territoire. Il a par ailleurs prévu la possibilité pour les établissements de santé d'y participer dans le cadre des actes et consultations externes et a autorisé la HAS à valider les évaluations plutôt qu'à y procéder elle-même.

Parallèlement, l'avenant n° 2 à la convention médicale, signé le 1^{er} mars 2017, a autorisé la prise en charge par l'assurance maladie de deux types d'actes concernant les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :

- un acte de téléexpertise entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour un patient admis en Ehpad, valorisé à hauteur de 15 euros pour chacun des deux praticiens ;

- un acte de téléconsultation d'un résident en Ehpad par le médecin traitant, à la demande d'un professionnel de santé de l'établissement, valorisé à hauteur d'une consultation le cas échéant majorée.

B. Vers une tarification de droit commun de certains actes de télémédecine

• Le I du présent article complète l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale fixant le champ des conventions passées avec les professionnels de santé libéraux qui prévoit, au 1^o, que celles-ci définissent les tarifs des honoraires et rémunérations dus aux professionnels : « *le cas échéant* », ces conventions définiront également « *le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine* », en vue de leur remboursement par l'assurance maladie selon le droit commun.

Pour des raisons de qualité et de sécurité des soins, et afin que ce sujet ne soit pas renvoyé à la négociation conventionnelle, la rédaction proposée fixe un cadre à la téléconsultation, en précisant qu'elle peut être prise en charge uniquement en cas de réalisation par vidéotransmission, à l'exclusion, par exemple, des consultations par téléphone.

D'après les indications du Gouvernement, seuls **deux types d'actes** de télémédecine seraient concernés dans un premier temps : **la téléexpertise et la téléconsultation**. Outre les médecins, la téléconsultation pourrait concerner des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Les tarifs conventionnels s'appliqueront, comme pour les autres actes, aux actes et consultations externes des établissements de santé.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales, la ministre des solidarités et de la santé a par ailleurs évoqué une consultation de la HAS sur le cadre et les bonnes pratiques des actes de télémédecine, qu'il conviendra en effet de définir dans un objectif de qualité des soins.

- Le **II** procède à une coordination à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique portant définition de la télémédecine : cet article renvoie à l'heure actuelle à un décret le soin de préciser ses conditions de prise en charge financière ; cette mention est supprimée dès lors que la tarification de ces actes serait fixée par la voie conventionnelle.

- Le **III** abroge, à compter du 1^{er} janvier 2018, l'article 36 de la loi de financement pour 2014 modifié autorisant des expérimentations sur le déploiement de la télémédecine. Il est néanmoins précisé que les dispositions réglementaires ou conventionnelles prises en application de cet article continuent de produire leurs effets jusqu'à l'entrée en vigueur des tarifs conventionnels et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2019.

- Pour 2018, 18 millions d'euros de crédits fléchés sur le FIR sont prévus pour accompagner les expérimentations en cours durant la période transitoire et prendre en charge le forfait « requérant » destiné à compenser les surcoûts générés par les téléconsultations pour les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelles (28 000 euros par an et par structure¹).

L'étude d'impact évalue le **coût net** de la réforme à environ **4 millions d'euros la première année** (soit en 2019) et 23 millions d'euros en cumulé à l'horizon 2021 avec une montée en charge progressive².

Toutefois, ce chiffrage n'intègre pas le déploiement de la téléexpertise, en raison, d'après les indications transmises à votre rapporteur, de la « fragilité » des hypothèses de déploiement retenues pour cette activité. Il n'intègre pas non plus, au-delà de 2018, le financement des structures requérant une activité de téléconsultation tel que prévu par la loi de financement pour 2017 (forfait « requérant »), qui pourrait représenter, d'après l'étude d'impact, 22 millions d'euros en cumulé à l'horizon 2021.

C. Le maintien d'un cadre expérimental restreint à la télésurveillance

Le **IV** du présent article prévoit en parallèle le maintien d'un cadre expérimental pour la réalisation des seuls **actes de télésurveillance**.

¹ La moitié du forfait est versée à la signature de la convention entre la structure et l'ARS ; l'autre moitié est versée à la réalisation du seuil de 50 téléconsultations dans l'année suivant la signature de la convention.

² Cette évaluation est faite pour la seule téléconsultation, sur la base des hypothèses suivantes : 50 % des téléconsultations viendraient en substitution de consultations « physiques » et 50 % constituerait un recours supplémentaire, ce qui entraînerait une croissance du volume d'actes, compensé par des économies de transport sanitaire.

Les expérimentations pourront être menées pour une durée maximale de quatre ans, à compter du 1^{er} janvier 2018, sur l'ensemble du territoire.

Les conditions de mise en œuvre recouvrent très largement celles prévues par l'article 36 de la loi de financement pour 2014 :

- les possibilités de dérogation sont identiques ;
- de même, les dépenses seront prises en charge par le FIR ;
- les dérogations prévues au II *bis* de l'article 36 précité, concernant la prise en charge des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre expérimental, sont reconduites. Elles visent à éviter, pendant le temps de l'expérimentation, un double circuit de prise en charge des dispositifs, au titre de l'expérimentation et selon les modalités de droit commun *via* l'inscription à la liste des produits et prestations remboursables, en raison de l'incapacité technique à identifier ces éventuelles redondances ;
- les dispositions relatives au partage d'informations entre les ARS et l'assurance maladie nécessaires au suivi des patients sont maintenues ;
- enfin, comme prévu par le cadre actuel tel que modifié par la loi de financement pour 2017, l'évaluation des expérimentations sera « *réalisée ou validée* » par la HAS en vue de leur généralisation. Elle fera l'objet d'un rapport transmis au Parlement avant le 30 septembre 2021.

Les conditions de mise en œuvre des expérimentations sont renvoyées à plusieurs cahiers des charges fixés par arrêtés ministériels, afin de permettre une approche par pathologie. Des **cahiers des charges** ont déjà été publiés sur le fondement de l'article 36 précité, pour la prise en charge des patients atteints d'une insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire chronique¹, du diabète² ou, récemment, les porteurs de prothèse cardiaque.

D'après les indications données à votre rapporteur, ces expérimentations ne sont pas encore opérationnelles sur le terrain. Les cahiers des charges existants ont vocation à s'inscrire dans le nouveau cadre législatif résultant de cet article, pour une mise en œuvre envisagée dès 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sous réserve de précisions rédactionnelles et, à l'initiative de députés du mouvement démocrate, de deux modifications ponctuelles :

- l'une pour préciser que l'évaluation des expérimentations de télésurveillance est « *médico-économique, sociale, qualitative et quantitative* » afin de ne pas la limiter à un cadre médico-économique jugé trop restrictif ;

¹ Arrêté du 6 décembre 2016.

² Arrêté du 25 avril 2017.

- l'autre pour avancer au 30 juin 2019, au lieu du 30 septembre 2021 la date de remise au Parlement du rapport d'évaluation de ces expérimentations.

III - La position de la commission

• Votre commission est favorable à l'évolution vers une tarification de droit commun des actes de télémédecine, qu'elle a depuis longtemps identifiée comme une condition préalable à son réel déploiement¹.

Dans un récent rapport sur l'accès aux soins dans les zones sous-dotées², nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny faisaient le constat suivant : « *Alors que la télémédecine est reconnue, depuis 2009, comme une pratique médicale à part entière, son déploiement a été trop longtemps retardé en France. Pour vos rapporteurs, l'absence de mode de financement pérenne est aujourd'hui un obstacle à lever afin de permettre une prise en charge tarifaire adéquate pour les professionnels de santé.* »

Le cadre expérimental, en raison de la confusion qui a entouré sa mise en œuvre³, s'est révélé trop peu réactif et a plutôt freiné le lancement de projets⁴, par exemple en ne prévoyant pas de rémunération du médecin requérant dans le cadre de la téléexpertise ; ainsi, sur 8,3 millions d'euros de crédits délégués au FIR en 2016, seul un million d'euros ont été consommés.

Or, la télémédecine, sans constituer un palliatif à la désertification médicale, apporte de nouvelles réponses pour améliorer l'accès aux soins, notamment l'accès aux spécialités médicales rares en certains points du territoire. Elle permet en outre une prise en charge plus pertinente des patients, en évitant par exemple les recours inutiles aux services d'urgence, et accompagne la nécessaire évolution des pratiques vers plus de coopération et de travail en réseau entre les professionnels de santé.

¹ « *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* », rapport d'information n° 703 (2011-2012) de MM. 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 « *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires* », rapport précité.

³ Alors qu'un premier cahier des charges portant sur les « plaies chroniques et/ou complexes » avait été publié en avril 2015, première étape d'une approche thématique séquentielle qui devait porter sur cinq autres thèmes (dermatologie, gérontologie, psychiatrie, néphrologie et cardiologie), une approche « générique » a ensuite été privilégiée par le ministère en charge de la santé : de nouveaux cahiers des charges, élargissant le périmètre des expérimentations, ont été publiés en avril 2016 sur la prise en charge par téléexpertise ou téléconsultation, en décembre 2016 sur la prise en charge par télésurveillance et en avril 2017 sur la prise en charge par télésurveillance du diabète.

⁴ Dans son rapport d'évaluation qui devait être transmis au Parlement avant fin septembre 2016, la HAS note ainsi que « le démarrage des expérimentations n'étant pas effectif à ce jour, [elle] n'a pas été en mesure d'en réaliser l'évaluation. »

Votre commission salue le signal ainsi donné en faveur d'une avancée sur ce sujet. Le directeur général de la Cnam a confirmé son intention d'engager rapidement des discussions, d'abord avec les représentants des médecins libéraux qui sont au cœur du dispositif bien que l'implication d'autres professionnels de santé sera ensuite nécessaire.

- Plusieurs **points de vigilance** devront être pris en compte :

- l'accompagnement des professionnels de santé dans le déploiement de la télémédecine, par la formation et en facilitant leur équipement en matériel adapté ;

- conformément au cadre établi par la HAS, l'évaluation de cette pratique sera fondamentale : elle devra porter sur la qualité des soins et l'accès aux soins, notamment dans les territoires sous-dotés, mais aussi sur la dépense d'assurance maladie, afin d'examiner si la télémédecine vient en substitution ou en complément des actes en présentiel.

Le modèle économique de la télémédecine demeure à construire. C'est notamment une raison justifiant le maintien de la télésurveillance dans le cadre expérimental : les expérimentations devront permettre d'affiner les conditions de prise en charge pérenne de dispositifs médicaux innovants. On peut toutefois regretter que soit donc bloquée, pendant la durée des expérimentations, l'inscription de certains dispositifs sur la liste des produits et prestations remboursables.

Sur les autres actes, il appartiendra aux partenaires conventionnels de trouver un cadre favorisant un réel déploiement de la télémédecine dans des conditions soutenables pour l'assurance maladie. Votre commission souligne à cet égard la nécessité de trouver un mode de financement du médecin requérant, indispensable au développement de la téléexpertise.

- A l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté **trois amendements**, dont deux de nature rédactionnelle (amendement n°s 120 et 122), et un visant à préciser que l'expérimentation de télésurveillance concerne non seulement les patients pris en charge en ville, mais également en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes ou en structures médico-sociales (amendement n° 121).

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

Article 37

*(art. L. 162-1-7, L. 162-1-7-4 [nouveau] et L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 4011-2, L. 4011-2-1 et L. 4011-2-3 du code de la santé publique)*

Aménagements des procédures d'inscription des actes à la nomenclature et de la procédure de validation des protocoles de coopération

Objet : Cet article tend à ouvrir la possibilité d'une accélération de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature par la voie d'un dessaisissement temporaire des Chap, à prévoir l'inscription des actes réalisés en équipe dans la nomenclature de droit commun et à réaménager les dispositions relatives à la validation et à la pérennisation des protocoles de coopération.

I - Le dispositif proposé

La prise en charge et le remboursement par l'assurance maladie des actes ou prestations réalisés par un professionnel de santé sont subordonnés à leur inscription sur la liste des actes et prestations (LAP)¹, selon plusieurs procédures prévues par le code de la sécurité sociale en fonction de la nature de l'acte concerné.

Le présent article tend à modifier ces procédures selon trois axes.

A. Une accélération de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature

Le premier porte sur l'accélération de la procédure d'inscription des actes de droit commun, dont la lenteur fait débat depuis plusieurs années.

• La procédure d'inscription de droit commun à la classification commune des actes médicaux (CCAM), définie par son article L. 162-1-7, comporte plusieurs étapes :

- la Haute Autorité de santé (HAS) est tout d'abord saisie pour avis médical soit dans le cadre d'une autosaisine, soit par l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), ou encore par une société savante ou un organisme professionnel. Lorsque la saisine est opérée par l'Uncam, la HAS est tenue de rendre son avis dans un délai de 6 mois ;

¹ La liste des actes et prestations (LAP) est composée de trois nomenclatures :
- la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui recouvre principalement les actes effectués par les médecins dans les établissements hospitaliers ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui concerne les actes cliniques médicaux ainsi que les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

- l'acte fait ensuite l'objet d'une **évaluation scientifique et technique conduite par la commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) compétente**, qui rassemble des représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de l'Uncam. Il s'agit alors de hiérarchiser l'acte par rapport aux autres actes déjà inscrits à la nomenclature, de manière à permettre ensuite la détermination d'un tarif de prise en charge ;

- après consultation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (Unocam), **l'Uncam procède enfin à la tarification de l'acte et à son inscription à la nomenclature**. Cette décision est transmise aux ministres concernés, qui peuvent s'y opposer dans un délai de 45 jours.

L'expression d'un avis médical par la Haute Autorité de santé (HAS)

Étape 1 : saisine de la HAS

En application de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, la HAS est chargée de procéder à « *l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent* ». À cet effet, elle émet « *un avis sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et leur inscription sur la liste des actes et prestations ainsi que sur leur radiation de cette liste* » (art R.161-71 du même code).

Afin de remplir cette mission, la HAS peut s'autosaisir ou être saisie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), par l'État ou par une société savante ou un organisme professionnel.

L'article R.162-52 précise que, lorsque la HAS est saisie par l'Uncam, elle doit rendre son avis dans un délai de 6 mois, qui ne s'impose pas en cas de saisine par un autre demandeur. Ce délai est renouvelable une fois à titre exceptionnel lorsque des travaux supplémentaires sont nécessaires.

L'article L. 162-1-7 précise que l'avis de la HAS n'est pas nécessaire lorsqu'il ne s'agit que de modifier la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Étape 2 : évaluation médicale

L'évaluation médicale est réalisée par les services de la HAS et soumise au vote de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts).

Son rôle principal est d'évaluer le service attendu (SA) d'un acte ou d'une prestation dans chacune de ses indications diagnostiques ou thérapeutiques et, le cas échéant, par groupe de population. Deux critères sont analysés, en application des dispositions de l'article R.162-52-1 : l'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte et son intérêt de santé publique attendu.

Si le SA d'un acte a été jugé suffisant, la Cnedimts apprécie alors l'amélioration du service attendu (ASA) par rapport aux traitements thérapeutiques alternatifs, en lui attribuant un niveau d'amélioration de I à V.

Les avis de la commission sont ensuite soumis au vote du collège de la HAS puis publiés sur le site de la HAS.

Composition et mode de fonctionnement des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP)

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale précise que « *ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et qu'un représentant de l'État assiste à leurs travaux* ».

Il existe actuellement neuf commissions de hiérarchisation des actes et prestations (Chap), ex-commission permanente de la NGAP. Le secrétariat général des Chap est assuré par l'Uncam.

Leur rôle est d'établir les règles de hiérarchisation des actes de sa profession et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Le vote de la Chap intervient sur une proposition de l'Uncam établie à partir de libellés élaborés avec l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih). La Chap peut faire appel en tant que de besoin à des experts des sociétés savantes, voire des experts économistes.

Dans le cas de l'inscription d'un acte nouveau à la CCAM, deux phases précèdent la proposition en Chap :

- l'attribution d'un score de travail médical (établi à partir de 4 composantes : durée, stress, effort mental et compétence technique) par un panel d'experts proposés par les sociétés savantes, selon la spécialité et selon la méthodologie originelle mise en place en 1996 ;

- la validation de ce score par l'instance de cohérence (IC), mise en place en 2007 et composée de 12 experts des sociétés savantes, 6 du secteur public et 6 du secteur privé, qui s'assure de la cohérence de celui-ci par rapport à l'échelle des actes de la CCAM en vigueur.

Pour la maintenance des actes techniques médicaux, le travail de hiérarchisation est effectué à partir d'une procédure adoptée en 2006 par la Chap médecins.

Source : Ameli.fr

• Les lenteurs associées à cette procédure font régulièrement l'objet de débats et de propositions d'évolution, qui portent notamment sur le pouvoir de blocage dont useraient en pratique les CHAP. En l'état actuel du droit, aucune disposition ne fixe en effet de délai maximal pour la phase de hiérarchisation relevant de la compétence de ces commissions.

L'étude d'impact indique ainsi que si l'inscription de l'acte de photothérapie dynamique a pris sept ans, entre la publication de l'avis de la HAS en mai 2010 et l'inscription effective de l'acte à la nomenclature en janvier 2017, ce délai s'explique par l'absence d'accord dans le cadre de la CHAP compétente.

Elle relève par ailleurs que la procédure actuellement en vigueur « *confère aux CHAP une capacité de blocage contraire à l'esprit de la loi de 2004 et constitue un frein à la diffusion de l'innovation* ».

Deux procédures dérogatoires prévues par le code de la sécurité sociale, mises en place sur le fondement d'un constat de blocage récurrent par les CHAP, permettent d'ailleurs d'ores et déjà d'assouplir les règles relatives à l'intervention de ces commissions pour certains actes.

- L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait ainsi déjà aménagé la **procédure d'inscription des actes innovants** nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge de dispositifs médicaux en se fondant sur un constat de même nature. L'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale issu de ce texte a ouvert à l'Uncam la possibilité de procéder elle-même à la hiérarchisation et à l'inscription de ces actes dès lors que la CHAP compétente ne l'a pas fait dans un délai maximum de cinq mois à compter de la transmission de l'avis de la HAS à l'Uncam. Il s'agissait ainsi, en cas d'échec de la phase de hiérarchisation de droit commun, de **parvenir à une décision d'inscription dans un délai de six mois à compter de la transmission de l'avis de la HAS**. Cette procédure a ensuite été étendue à d'autres types d'actes innovants par les lois de financement suivantes¹.

- Il est par ailleurs à noter que, s'agissant des **actes de biologie médicale** inscrits à la NGAB, la procédure dérogatoire définie par l'article L. 162-1-7-1 prévoit que **les règles relatives à la hiérarchisation des actes sont déterminées par l'Uncam elle-même, après un simple avis de la commission**. Aux termes de l'étude d'impact, le choix de cette solution dans le cadre de la LFSS pour 2006 avait été fait « *suite à un blocage durable de la commission de hiérarchisation par les organisations syndicales du secteur* ».

1. Mise en place d'une faculté de contournement provisoire des CHAP en cas de blocage dans la procédure d'inscription à la CCAM

- Le présent article s'inspire de ces dispositions en créant **un nouveau dispositif d'instruction accélérée des demandes d'inscription à la nomenclature, qui s'inscrit cette fois dans la procédure de droit commun** prévue par l'article L. 162-1-7, sous la forme d'une dérogation aux principes fixés par cet article.

Le **d) du 3° du paragraphe I** insère ce dispositif dérogatoire à l'article L. 162-1-8, à la suite de la procédure spécifique prévue pour les actes innovants, sous la forme d'un II à cet article.

¹ *Sont ainsi également concernés les actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses d'assurance maladie, les actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation et les actes inscrits dans un protocole de coopération.*

La rédaction proposée fixe tout d'abord **un délai maximal de onze mois pour l'examen des actes et prestations par les Chap**, dont la transmission de l'avis médical de la HAS à l'Uncam constitue le point de départ.

En l'absence de décision de hiérarchisation dans ce délai, **l'Uncam a alors la faculté de se substituer à la Chap compétente pour procéder elle-même à la hiérarchisation de l'acte concerné**.

Lorsqu'elle décide de faire usage de cette faculté, elle dispose de **trente jours pour faire parvenir la décision finale d'inscription à la nomenclature aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale**. Dans le cas où cette décision n'interviendrait pas dans le délai prévu, l'Uncam est tenue d'en informer les ministres compétents en précisant les raisons de cette absence de décision.

La rédaction proposée prévoit enfin la **possibilité d'un retour au droit commun au terme de cette procédure accélérée** : il est en effet indiqué qu'une nouvelle inscription peut ensuite intervenir dans le cadre prévu par l'article L. 162-1-7.

Les **a), b), c) et e)** de ce 3° procèdent à diverses modifications de **coordination** dans l'article L. 162-1-8, rendues nécessaires par l'introduction de ces nouvelles dispositions.

2. Recentrement de la saisine de la HAS sur les décisions nécessitant une évaluation scientifique

Le **1° du paragraphe I** du présent article précise par ailleurs, à l'article L. 162-1-7, les cas dans lesquels la consultation de la HAS pour avis scientifique est obligatoire pour l'inscription d'un acte ou d'une prestation à la nomenclature.

En l'état actuel du droit, il est uniquement précisé que l'avis de la HAS n'est pas nécessaire lorsqu'il ne s'agit que de modifier la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

La nouvelle rédaction proposée supprime cette précision, et tend plus largement à **résERVER l'intervention de la HAS pour avis scientifique aux cas où la décision à prendre « porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation »**.

Aux termes de l'étude d'impact, il s'agit ainsi de « *concentrer les avis de la HAS sur les domaines qui relèvent de ses missions d'évaluation* ».

B. Inscription des actes réalisés en équipe dans la nomenclature de droit commun

Le **2° du paragraphe I** propose d'introduire au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-1-7-4 relatif à la reconnaissance des actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé¹.

¹ Il peut notamment s'agir des actes faisant intervenir un auxiliaire médical en délégation d'un médecin dans un cadre protocolisé.

• Le choix d'une procédure spécifique pour la tarification et l'admission au remboursement de ces actes s'explique par le fait qu'il s'agit, aux termes de l'étude d'impact, de simples « *modalités innovantes de réalisation d'actes déjà remboursables* », qui ont donc déjà individuellement fait l'objet d'une procédure complète d'inscription. Selon l'étude d'impact, tous les actes relevant de compétences partagées entre deux professionnels de santé libéraux sont potentiellement concernés ; il pourra s'agir, en particulier, des actes relevant de protocoles organisationnels passés entre ophtalmologues et orthoptistes, ou encore des actes de télémédecine.

En outre, certains des actes concernés par cet article peuvent avoir précédemment fait l'objet d'un financement dérogatoire dans le cadre de la procédure organisée autour du collège des financeurs. Il s'agit alors de ne pas soumettre à nouveau ces actes, déjà examinés par plusieurs instances dans ce cadre, à un nouvel examen complet, tout en ouvrant la possibilité de leur ouvrir un financement pérenne dans le cadre du droit commun (le financement ouvert dans le cadre des protocoles de coopérations étant dérogatoire et prévu pour une durée maximale de trois ans renouvelable une fois).

• La rédaction proposée pour le nouvel article L. 162-1-7-4 définit tout d'abord le **champ des actes potentiellement concernés** par cette nouvelle procédure, en pointant **trois cas de figure**. Il s'agit des actes réalisés ou dans le cadre d'un exercice intervenant auprès d'un professionnel de santé libéral (que cet exercice soit lui-même libéral ou salarié), ou au sein d'un centre de santé, ou dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé.

La procédure définie pour la définition des conditions d'inscription de ces actes ou prestations, pour leur inscription et pour leur radiation repose sur une **décision de l'Uncam prise après avis de la HAS et de l'Unocam**. Les décisions de l'Uncam prises dans ce cadre peuvent faire l'objet d'une opposition motivée des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsqu'est en cause un acte ou une prestation ayant déjà été favorablement examiné par le collège des financeurs dans le cadre d'un protocole de coopération, la HAS n'est cependant pas consultée dans la mesure où le paragraphe II, du présent article prévoit son intégration dans cette instance.

L'étude d'impact précise que les tarifs définis au terme de cette procédure seront inférieurs ou égaux à ceux des actes médicaux correspondants, afin de garantir l'efficience de ces nouvelles pratiques pour l'assurance maladie.

C. Création d'une procédure spécifique pour la validation et le financement des protocoles de coopération relevant de priorités ministérielles

Le paragraphe II du présent article procède à un **réaménagement sur plusieurs points des dispositions du code de la santé publique relatives aux protocoles de coopération.**

• C'est tout d'abord son article L. 4011-2, relatif à la procédure de validation des protocoles de coopération, qui se trouve modifié. Pour mémoire, le droit commun prévoit que ces protocoles sont autorisés par le directeur général de l'ARS après avis conforme de la HAS et après avis du collège des financeurs, sans qu'aucun délai ne soit prévu pour l'une ou l'autre de ces étapes.

Le c) du 1° du présent article tend à définir une **procédure de validation dérogatoire et accélérée pour les projets de protocoles relevant des « priorités nationales en matière de protocoles de coopération »** définies par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Aucune information quant à la nature de ces priorités ne figure dans l'étude d'impact ; selon les informations transmises à votre rapporteur, celles-ci devraient correspondre aux objectifs définis dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Pour ces protocoles, les avis de la HAS et du collège des financeurs devront être rendus dans un délai de six mois.

• Les a) et b) simplifient par ailleurs le droit commun de la procédure de validation des protocoles en précisant, d'une part, que l'établissement d'un modèle économique à l'appui du protocole n'est demandé que lorsque la mise en œuvre du protocole implique un financement dérogatoire, et, d'autre part, que le collège des financeurs ne rend un avis que dans le cas d'un financement dérogatoire.

• Le 2° (et le 3° par coordination) prévoient par ailleurs l'intégration de la HAS au collège des financeurs, dont la composition est fixée par l'article L. 4011-2-1. Aux termes de l'étude d'impact, il s'agit de « *lui permettre de suivre la mise en place des protocoles de coopération et de prendre part aux décisions concernant le financement des protocoles pour lesquels elle a émis un avis favorable* ».

• Le 4° modifie l'article L. 4011-2-3 relatif à la pérennisation des protocoles de coopération.

Son a) modifie tout d'abord le périmètre et la portée de l'avis rendu par la HAS dans le cadre de l'évaluation finale des protocoles, en prévoyant que celui-ci porte sur « *l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique* », et non plus sur l'efficience du protocole.

Son b) effectue une coordination avec les dispositions prévues au présent article quant à la prise en charge financière des actes effectués en équipe.

Le 5° prévoit enfin qu'il revient au collège des financeurs de déterminer les modalités de financement et de rémunération de droit commun des actes et prestations réalisés dans le cadre du protocole, qui ne deviendront cependant définitives qu'au terme de la procédure prévue par l'article L. 162-1-7-4 pour les actes réalisés en équipe.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre cinq amendements rédactionnels ou de coordination présentés par son rapporteur général, un amendement du même auteur tendant à supprimer le dispositif d'instruction accélérée des demandes d'inscription à la nomenclature reposant sur le dessaisissement provisoire des Chap au profit de l'Uncam.

III - La position de la commission

• Votre commission se félicite tout d'abord des dispositions relatives à l'inscription dans la nomenclature de droit commun des actes réalisés en équipe, jusqu'ici cantonné au cadre dérogatoire, limité dans le temps et bien souvent bancal des protocoles de coopération. **Leur formulation, très large, permettra d'encourager le développement de nouvelles pratiques structurantes pour notre système de santé au travers du levier du financement**, on le sait déterminant.

Elle approuve également le sens des dispositions relatives au passage des protocoles de coopération dans le droit commun. Il semble en aujourd'hui nécessaire de se pencher sur **la pérennisation des protocoles ayant démontré leur utilité et leur réplicabilité à grande échelle**, qui paraît plus efficace que l'instruction de nouveaux protocoles dont la viabilité disparaît souvent avec les personnes qui en sont à l'origine, et dont la lourdeur de la procédure d'instruction n'est malheureusement plus à démontrer.

Votre commission souligne enfin que le recentrement de la saisine de la HAS sur ses missions « naturelles » d'évaluation scientifique, dans le cadre de la procédure d'inscription des actes et prestations à la nomenclature, constitue une mesure pertinente à la fois du point de vue de la nécessaire simplification de cette procédure et de la meilleure pertinence des avis rendus par la Haute Autorité. Dans le cadre des procédures relatives aux protocoles de coopération, son intégration au collège des financeurs permettra par ailleurs de rationaliser l'économie des différents avis rendus.

• Sa position est plus nuancée s'agissant du dispositif d'instruction accélérée des demandes d'inscription à la nomenclature.

- Votre rapporteur relève tout d'abord **qu'un débat existe autour de la répartition des responsabilités dans les délais survenant dans la procédure d'inscription d'un acte** ; celle des Chap, mise en avant par l'étude d'impact, est en effet contestée. Selon notre collègue député Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le présent texte, il n'y aurait en réalité eu aucun blocage dû aux Chap depuis 2011.

Interrogée sur ce point par votre rapporteur, la direction de la sécurité sociale (DSS) a indiqué que le dispositif proposé visait en partie à anticiper les difficultés qui pourraient survenir à l'occasion de l'inscription de nouveaux actes dans le champ des soins dentaires. Elle a par ailleurs souligné que les révisions des nomenclatures étaient au demeurant peu fréquentes et mal conduites, en l'absence bien souvent de règles de procédures précises définies par les Chap elles-mêmes.

- En tout état de cause, **si votre commission considère que le contournement des partenaires conventionnels ne constitue jamais une bonne solution lorsqu'il s'agit de faire évoluer les cadres et conditions de l'exercice professionnel, elle relève cependant que l'accès des patients à l'innovation thérapeutique doit constituer une priorité.**

De ce point de vue, le dispositif proposé par le présent article apparaît relativement équilibré, et semble permettre de concilier ces deux objectifs.

Il convient de souligner, en premier lieu, que **la rédaction proposée reconnaît une simple faculté d'intervention à l'Uncam**, et ne lui donne pas obligation d'intervenir à l'issue du délai prévu pour la prise de décision des Chap. Il est donc probable que cette procédure accélérée constituera l'exception et non la règle, d'autant que la détermination d'un délai pour l'intervention des Chap aura certainement valeur incitative.

Votre rapporteur observe en second lieu que le dispositif proposé préserve bien plus largement la compétence des Chap que les deux procédures dérogatoires prévues pour les actes de biologie médicale et pour les actes innovants.

Le délai proposé pour la phase de hiérarchisation de droit commun (11 mois au maximum) est en effet bien plus important que celui prévu pour les actes innovants (5 mois) ; votre rapporteur estime que **l'on peut raisonnablement imaginer qu'une décision éclairée puisse survenir dans ce délai**. Au total, l'application de l'ensemble de la procédure aboutirait à une inscription d'un acte nouveau en un an et demi, ce qui peut apparaître comme un maximum raisonnable.

Surtout, les Chap conservent leur compétence de principe et ne deviennent pas de simples instances consultatives, comme c'est le cas dans la procédure de hiérarchisation des actes de biologie médicale. **Leur dessaisissement n'est d'ailleurs que temporaire**, la rédaction proposée pour l'article L. 162-1-8 prévoyant la possibilité d'une nouvelle inscription suivant la procédure de droit commun. Ainsi que l'indique l'étude d'impact, les Chap auront alors la possibilité, lors de ce nouvel examen, de voter une hiérarchisation différente de celle établie par l'Uncam.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre rapporteur vous propose de **rétablir la procédure d'inscription accélérée supprimée par l'Assemblée nationale**, qui paraît à la fois respectueuse de la compétence des actes et susceptibles d'améliorer l'accès rapide des patients à l'innovation thérapeutique.

Elle estime cependant nécessaire de **prévoir la possibilité d'une prolongation du délai de onze mois dévolu à la Chap compétente lorsque celle-ci justifie de difficultés d'ordre technique ou scientifique particulières pour procéder à l'évaluation de l'acte en cause** (amendement n° 123).

Elle a également adopté un amendement de coordination à l'initiative de son rapporteur (amendement n° 124).

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

Article 38

(art. L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)

Prise en charge des produits de santé hospitaliers

Objet : Cet article modifie le mode de détermination du prix de vente des médicaments rétrocédés, introduit le principe d'un prix maximal d'achat par les établissements des médicaments rétrocédés ou relevant de la liste en sus, met en place un tarif de remboursement unifié pour les médicaments distribués dans les établissements de santé, assouplit le mode de fixation du prix des médicaments sous RTU, abroge le mécanisme de minoration forfaitaire, et intègre le coût des produits de la liste en sus dans la tarification des séjours des patients relevant d'un régime étranger.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose la mise en place de plusieurs nouveaux mécanismes de régulation du prix des produits de santé distribués à l'hôpital. Ceux-ci portent, d'une part, sur le mode de fixation de leur tarif, et d'autre part, pour les cas où ce mode de régulation se révélerait insuffisant, sur la définition de prix maximum d'achat par les établissements.

A. Détermination du prix de vente des médicaments rétrocédés

Le 1° du paragraphe I du présent article modifie tout d'abord les dispositions prévues par l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale quant à la fixation du prix des médicaments rétrocédés au public¹.

En application du premier alinéa de l'article L. 162-5, ce prix de cession résulte de l'addition du prix de vente fixé par le comité économique des produits de santé (Ceps), d'une marge forfaitaire prenant en compte les frais de gestion et de dispensation du médicament concerné, et du montant de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Le a) réduit tout d'abord la liste des autorités chargées de fixer par arrêté la valeur de la marge de ces produits aux seuls ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé. Cet arrêté ne devra donc plus être co-signé par le ministre de l'économie.

Le b) prévoit ensuite la possibilité de réduire la marge des médicaments rétrocédés lorsque leur prix de cession est très modeste. En application d'un arrêté du 27 avril 2009², le montant de cette marge est aujourd'hui fixé de manière forfaitaire, pour l'ensemble des médicaments rétrocédés, à 22 euros par ligne de prescription.

B. Fixation d'un prix d'achat limite pour les médicaments de la liste en sus ou dispensés par rétrocession

Le c) du 1° du paragraphe I, qui modifie le même article L. 162-16-5, prévoit que le prix d'achat acquitté par les établissements de santé au titre des médicaments rétrocédés ne peut être supérieur au prix de cession servant de base au remboursement, minoré du montant de la marge forfaitaire fixé par arrêté.

Le c) du 2° du paragraphe I, qui modifie l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale relatif au prix des médicaments relevant de la liste en sus, prévoit par ailleurs que le prix d'achat acquitté par les établissements au titre de ces produits ne peut être supérieur au prix limite de vente fixé par le Ceps.

En application des a) et b), le prix limite de vente sera fixé par le Ceps dans les conditions usuelles, c'est-à-dire par voie conventionnelle ou, à défaut d'accord, par le Ceps lui-même ; il pourra par ailleurs être abaissé par le Ceps lorsque les critères fixés par l'article L. 162-16-4 seront réunis.

¹ En application de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) peuvent être autorisés par l'agence régionale de santé (ARS) à dispenser des médicaments aux patients non hospitalisés. Ces médicaments figurent sur une liste dite « de rétrocession ».

² Arrêté du 27 avril 2009 fixant la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur.

C. Unification du tarif de remboursement des médicaments distribués dans les établissements de santé

Le **d) du 1°** et le **d) du 2°** du **paragraphe I** tendent à mettre en place, respectivement pour les médicaments rétrocédés et ceux relevant de la liste en sus, un tarif de remboursement unifié fixé par le Ceps.

Ce tarif unifié s'appliquera aux médicaments génériques et à leurs princeps, aux biosimilaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à « toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique ».

Il s'agit ainsi de mettre en œuvre, pour ces produits, une **différenciation entre le prix et le tarif**, dont la logique rappelle celle du tarif forfaitaire de responsabilité.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, il s'agit de **remédier à la situation actuelle dans laquelle les établissements ne sont pas nécessairement incités à choisir d'acquérir les produits les moins chers, du fait du mécanisme de l'écart médicament indemnisable**. Dans la mesure où celui-ci permet de répartir la différence entre le tarif servant de base au remboursement et le prix d'achat entre l'assurance maladie et l'établissement de santé, les établissements de santé peuvent être incités à chercher à augmenter cette différence en choisissant un produit ayant un tarif de remboursement élevé lorsqu'ils ont le choix entre plusieurs molécules à l'efficacité identique.

D. Assouplissement du mode de fixation du prix des médicaments sous RTU

Le **3° du paragraphe I** modifie l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la **prise en charge des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)**¹.

Le **a)** corrige une erreur de référence dans l'article.

Le **b)** tend à aligner les conditions de cette prise en charge sur celles du droit commun, en prévoyant que **le tarif ou le prix correspondant au champ de la RTU sont fixés par une nouvelle négociation conventionnelle ou une décision du Ceps**, selon les règles et critères d'appréciation applicables aux indications déjà prises en charge.

¹ En application de l'article L. 5121-1261 du code de la santé publique, une RTU peut être reconnue à un médicament prescrit en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché, c'est-à-dire dans une autre indication. Les conditions de la prise en charge du produit dans ce cadre sont prévues par l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'une prescription dans le cadre de la RTU est prise en charge selon les mêmes conditions que celles valant pour les indications prises en charge au titre de l'AMM, c'est-à-dire sans nouvelle négociation conventionnelle.

Le **c)** porte sur les situations dans lesquelles le passage en RTU nécessite une adaptation de la galénique du produit bénéficiant de l'AMM ; il tend à prévoir que **le prix ou le tarif fixés pour la RTU tiennent compte du coût lié à cette adaptation** ainsi que de la nouvelle posologie associée au produit.

Le **d)** règle les situations dans lesquelles les indications prévues par l'AMM ne font pas l'objet d'une prise en charge ; en l'état actuel du droit, une base forfaitaire annuelle de prise en charge ou de remboursement par patient est fixée par les autorités ministérielles. Il est proposé que ces mêmes autorités puissent également déterminer un prix de vente aux établissements ou aux patients.

E. Abrogation du mécanisme de minoration forfaitaire

Le **4° du paragraphe I** tend à abroger l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, qui fixe le principe de minoration forfaitaire du tarif d'hospitalisation lorsqu'un médicament de la liste en sus est utilisé.

Introduit par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015¹, ce mécanisme consiste en la déduction d'un montant forfaitaire, fixé par arrêté à 40 euros, de chacun des tarifs d'hospitalisation correspondant à un séjour dès lors que ce séjour a donné lieu à l'utilisation d'un médicament de la liste en sus.

Selon l'étude d'impact, un premier bilan de cette mesure a mis en évidence qu'elle avait « *complexifié le dispositif de prise en charge sans pour autant modifier le comportement des prescripteurs* ».

F. Intégration du coût des produits de la liste en sus dans le TJP appliquée aux patients relevant d'un régime étranger

Le **paragraphe II** tend à préciser, à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004², que, lorsque leur séjour a donné lieu à l'utilisation de produits relevant de la liste en sus, la facturation des soins dispensés aux patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français est majorée du coût de ces produits.

En application de cet article, la facturation des soins dispensés à ces patients se fait en effet sur la base du tarif journalier de prestations (TJP), montant forfaitaire qui ne prend pas en compte les dépenses découlant du recours à la liste en sus.

Il s'agit dès lors, aux termes de l'étude d'impact, d'établir une meilleure correspondance entre la tarification des séjours de ces patients et les coûts réellement supportés par les établissements de santé.

¹ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

² Dans sa rédaction initiale, cet article portait plusieurs dispositions transitoires relatives à l'application de la T2A.

G. Dispositions relatives à l'entrée en vigueur du présent article

Le paragraphe III fixe le principe d'une entrée en vigueur des dispositions portées par cet article au 1^{er} janvier 2018, avec deux exceptions :

- les dispositions relatives au prix limite de vente des médicaments ne seront applicables qu'à compter du 1^{er} juillet 2018 ;

- les décisions relatives à la prise en charge, au remboursement, au montant des tarifs ou des prix actuellement en vigueur pour les médicaments sous RTU resteront applicables jusqu'à leur modification éventuelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels de son rapporteur général.

III - La position de la commission

Votre rapporteur souligne que la détermination du prix des médicaments distribués à l'hôpital constitue un sujet majeur, dans la mesure où les stratégies industrielles se concentrent en large partie sur la primo-prescription, qui intervient bien souvent dans le cadre hospitalier.

Elle relève par ailleurs que la multiplication des mesures ponctuelles, au fil des lois de financement de la sécurité sociale successives, relatives aux dispositifs des ATU et des RTU, soulignent la nécessité de leur remise à plat, dans la mesure où les conditions actuelles de leur application se sont parfois éloignées du contexte qui a présidé à leur mise en place. Se pose notamment la question de l'adaptation de ces dispositifs aux extensions d'indications permises par les progrès de la recherche.

La commission vous demande d'adopter cet article tel que modifié par un amendement rédactionnel de votre rapporteur (amendement n° 153).

Article additionnel après l'article 38

(art. L. 162-18 du code de la sécurité sociale)

Détermination des remises et du prix net de référence pour les médicaments bénéficiaires d'une ATU

Objet : Cet article additionnel précise que la détermination des remises versées au titre des produits sous ATU ainsi que la fixation de leur prix net de référence ne prend pas en compte les prévisions d'évolution quant à la diffusion de ces produits au cours des trois prochaines années.

Issu d'un amendement proposé par votre rapporteur, le présent article tend à modifier certaines des dispositions adoptées à l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

Afin de faire évoluer les modalités du versement de la différence entre l'indemnité demandée par les laboratoires au titre d'une spécialité prise en charge en ATU ou en post-ATU et son prix final, cet article a prévu la fixation d'un **prix net de référence**, correspondant au prix de la spécialité tel que fixé par convention ou par le Ceps (prix facial) après déduction des remises consenties par le laboratoire.

Il a prévu que **ces remises doivent inclure des prévisions relatives aux volumes de vente**, le cas échéant, indication par indication, pour les trois prochaines années. De la même façon, **le prix net de référence** est calculé en défaillant les remises qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années du prix ou du tarif de remboursement fixé par négociation ou par le Ceps.

Estimant que **la prise en compte d'éléments futurs par définition aléatoires pour la détermination des remises versées au titre des produits sous ATU ainsi que pour la fixation de leur prix net de référence contribue à complexifier la mise en œuvre du dispositif pour les entreprises, et ainsi à le rendre moins attractif, votre commission a souhaité supprimer ce mécanisme.**

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

CHAPITRE 3

Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39

(art. L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale)

Renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions hospitalières

Objet : Cet article permet l'octroi aux établissements de santé d'un intérressement en cas de réalisation des objectifs fixés contractuellement en matière d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

I - Le dispositif proposé

- Le présent article s'inscrit dans le prolongement des évolutions engagées en matière de contractualisation tripartite entre les agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie et les établissements de santé pour promouvoir la pertinence des prescriptions et des soins.

En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a regroupé les différents contrats portant sur les produits de santé, les transports et la pertinence et la qualité des soins¹, à compter du 1^{er} janvier 2018, en un support contractuel unique, le **contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)**². Ce contrat comporte :

- **un volet obligatoire** relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations, signé pour une durée indéterminée ;

- **le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels** conclus pour une durée maximale de cinq ans avec les établissements ciblés comme atypiques pour certains actes, prestations ou prescriptions. À ce jour, ces volets concernent l'amélioration des pratiques (qualité et sécurité des soins), les transports sanitaires et la pertinence des actes, prestations et prescriptions (adéquation aux recommandations de bonnes pratiques).

L'article L. 162-30-4 du code de la santé publique prévoit une possibilité de sanction financière en cas de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs contractuels³ ou de mise sous accord préalable.

• Le I du présent article **complète ce dispositif pour prévoir, symétriquement, un cadre d'intéressement en cas de réalisation des objectifs** :

- la décision reviendrait de même au directeur général de l'ARS, après avis de l'organisme local d'assurance maladie ;

- l'intéressement serait fixé « *en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat* » ;

- il prendrait la forme d'une dotation du FIR.

On peut s'étonner que sans attendre cette évolution législative, le principe d'un intéressement a été introduit dans les textes réglementaires, pour les seuls volets additionnels relatifs aux transports et à la pertinence.

Cet intéressement concernerait désormais l'ensemble des volets du contrat, obligatoire et additionnels.

• Le II prévoit que ce dispositif s'appliquera à l'évaluation des contrats ou avenants conclus à compter du 1^{er} janvier 2018.

¹ *Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS, CAQOS-transport, CAQOS-prescriptions hospitalières en ville), contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU), contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé, contrat d'amélioration de la pertinence des soins, etc.*

² *Le contenu et les modalités des CAQES ont été précisés par le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017, complété par deux arrêtés du 27 avril 2017 et une instruction interministérielle du 26 juillet 2017.*

³ *Cette sanction est proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.*

L'intéressement pourra être versé à compter de 2019 au vu de l'évaluation des contrats au titre de l'année 2018. D'après l'étude d'impact, une enveloppe d'amorçage de 25 millions d'euros est anticipée pour 2019, des économies étant attendues dès 2018 à hauteur du même montant ; cela représenterait 10 % des cibles d'économies au titre de la maîtrise médicalisée fixées en 2017 aux établissements de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de son rapporteur général et de plusieurs députés de différents groupes, une nouvelle rédaction de l'article visant à :

- mentionner, à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale relatif au CAQES, la **consultation pour avis des commissions et conférences médicales d'établissement préalablement à la conclusion du contrat** afin de mieux associer le corps médical ;
- préciser la rédaction de l'article, sur la forme, afin de tenir compte de l'entrée en vigueur différée au 1^{er} janvier 2018 des dispositions modifiées.

III - La position de la commission

Votre commission s'était montrée favorable à la mise en place d'un support contractuel unique, le CAQES, permettant de simplifier le dialogue de gestion avec les établissements de santé.

Elle partage également le principe d'un intéressement susceptible de fédérer les équipes autour des objectifs de pertinence des soins. Ces objectifs portent notamment, s'agissant du volet obligatoire du contrat, sur la sécurisation de la prise en charge thérapeutique, le développement des pratiques pluridisciplinaires, la prescription de génériques ou biosimilaires.

En pratique, les représentants des établissements de santé, tout en soulignant l'intérêt de cette démarche, ont néanmoins indiqué à votre rapporteur que l'**objectif de simplification et de lisibilité des objectifs** n'était pas toujours atteint : dans certaines régions, les contrats reposent sur un nombre manifestement excessif d'indicateurs, jusqu'à 150 ou 180. Le directeur général de la Cnam a reconnu, lors de son audition, que la campagne de contractualisation en cours avait pu être menée « à marche forcée », avec une insuffisante individualisation des objectifs.

Un réexamen des contrats sera nécessaire afin de rendre ces outils véritablement opérationnels et assurer l'équité entre les établissements.

La dispersion des moyens de valorisation de la qualité - dès lors qu'a été généralisé depuis 2016 le programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ), avec des moyens modestes - appelleraient enfin une réflexion globale.

La commission a adopté, outre des précisions rédactionnelles (amendements n° 127 et 128), un amendement tendant à reporter la sanction applicable en cas de non signature du contrat par les établissements (amendement n° 126), afin de permettre un déploiement serein de la campagne de contractualisation.

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

Article 40

*(art. L. 161-37, L. 161-38, L. 162-17-9 [nouveau], L. 162-19-1 [nouveau]
du code de la sécurité sociale ; art. L. 5122-17 [nouveau],
L. 5213-1 à L. 5213-4, L. 5223-1 à L. 5223-5,
L. 6143-7 du code de la santé publique)*

**Dispositions diverses relatives à la qualité,
à la promotion et la pertinence de l'utilisation des produits de santé**

Objet : Cet article renforce les missions de certification de la HAS quant à la promotion et à la qualité des dispositifs médicaux et des outils informatiques dédiés à la santé, réaménage les dispositions encadrant la publicité en faveur des produits de santé (notamment en faveur des dispositifs médicaux), et prévoit la possibilité de soumettre la prescription de certains produits de santé à des obligations d'information à la charge du professionnel de santé prescripteur.

I - Le dispositif proposé

A. Une extension des missions de certification confiées à la HAS

Les 1°, 2° et 3° du paragraphe I du présent article visent à confier à la Haute Autorité de santé trois nouvelles missions de certification dans le champ des dispositifs médicaux.

Une nouvelle mission de certification en matière de publicité des dispositifs médicaux

Il est tout d'abord proposé de modifier l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, qui définit les compétences de la HAS.

Le 1° précise que la Haute Autorité devra procéder, dans le cadre de sa mission de certification des établissements de santé, à une évaluation de la procédure mise en œuvre par ces derniers pour l'application de leurs obligations en matière d'encadrement des activités d'information, de formation et de promotion touchant aux produits de santé. Cette obligation, qui ressort de la compétence du directeur de l'établissement, est prévue par le présent article, au 8° de son paragraphe III.

Le 2° insère deux nouveaux alinéas au sein de l'article L. 161-37, correspondant à deux nouvelles missions confiées à la HAS :

- la première consiste en l'établissement et en la mise en œuvre d'une procédure de certification des « *activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées* », afin de garantir le respect des principes fixés par la charte encadrant la publicité autour des dispositifs médicaux (prévue par le 4° du présent I) ;

- la seconde correspond à l'émission d'un avis sur les expérimentations prévues par l'article 35 du présent projet de loi, par coordination avec ce dernier.

Une extension du champ de compétence de la HAS quant à la certification des outils informatiques dédiés à la santé

Le 3° tend à modifier l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la compétence de la HAS en matière de certification des différents outils informatiques dédiés à la santé, afin de l'étendre au champ des dispositifs médicaux.

- Il est tout d'abord précisé, dans le a), que l'agrément qui doit être donné par la HAS aux bases de données sur les médicaments destinées à l'alimentation de logiciels d'aide à la prescription (LAP) et d'aide à la dispensation s'étend aux bases de données sur les dispositifs médicaux et les prestations associées prévues dans le même but.

- Les b), c) et d) portent sur le deuxième paragraphe de l'article L. 161-38, qui prévoit la compétence de la HAS en matière de certification des LAP.

Le b) précise que l'obligation pour ces logiciels d'afficher les prix des produits au moment de la prescription ainsi que le montant total de celle-ci doit s'entendre s'agissant des prix des produits de santé et des prestations éventuellement associées, ce qui permet de couvrir le champ des dispositifs médicaux.

Le c) précise que la compétence confiée à la HAS en matière de certification des LAP doit permettre non seulement l'amélioration des pratiques de prescription du médicament, mais aussi celle des dispositifs médicaux et des prestations associées.

Le d) complète ce paragraphe par un nouvel alinéa déclinant les garanties apportées par la certification de la HAS quant au contenu des données dispensées par les LAP dans le champ des produits de santé, qui recouvre donc celui des dispositifs médicaux. Ces garanties sont de trois ordres :

- les LAP doivent assurer la bonne information des prescripteurs s'agissant des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prescriptions associées. Il est précisé, s'agissant des dispositifs médicaux, que les LAP doivent mentionner soit la description générique, soit la marque ou le nom commercial ;

- les LAP doivent intégrer les documents relatifs à la prescription disponibles, et notamment les référentiels de prescription, dont la liste devra être fixée par un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale ;

- les LAP devront enfin permettre l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie, dont la liste sera également fixée par arrêté des mêmes auteurs.

- Les **e)** et **f)** modifient ensuite les dispositions du même article relatives à la certification des logiciels d'aide à la dispensation par la HAS.

Le **e)** étend tout d'abord cette compétence de la HAS à la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.

Le **f)** précise ensuite que l'objectif de cette procédure de certification doit permettre de garantir, outre la sécurité et la conformité de la dispensation et de la délivrance des produits, l'efficience de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des produits associés. La formulation proposée, peu claire, fera l'objet d'une proposition d'aménagement rédactionnel de la part de votre rapporteur.

- Le **g)** prévoit l'entrée en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2021 des obligations de certification relatives aux outils informatiques portant sur en tout ou partie sur l'aide à l'édition des prescriptions médicales relatives aux dispositifs médicaux. Il est par ailleurs prévu que les contours de ces obligations seront encadrés par un décret en Conseil d'État.

L'étude d'impact précise qu'il s'agit ainsi de remédier à la situation actuelle dans laquelle « *la liste des produits et prestations (LPP) reste un dispositif que certains professionnels ont du mal à s'approprier totalement* ». Il s'agit dès lors d'encourager le développement d'outils d'aide à la prescription, qui sont déjà largement utilisés s'agissant du médicament, dans le champ des dispositifs médicaux.

B. La mise en place d'une charte encadrant la publicité autour des dispositifs médicaux

Le 4^o du paragraphe I du présent article tend ensuite à la création d'un nouvel article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la mise en place d'une « *charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées* ». Ce dispositif est construit sur le modèle de celui défini par l'article L. 162-17-8 pour le champ des médicaments remboursables.

• Le deuxième alinéa de ce nouvel article **définit tout d'abord les objectifs de la charte de manière non limitative**, en indiquant qu'elle devra notamment permettre de mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information dans le champ des dispositifs médicaux dès lors qu'elles pourraient nuire à la qualité des soins ou occasionner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

• S'agissant des **de la procédure de conclusion de la charte et de la nature des parties prenantes à cette procédure**, le premier alinéa de ce nouvel article indique qu'elle sera passée entre le comité économique des produits de santé (Ceps) et les syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux. Le troisième alinéa précise qu'elle ne pourra cependant être valablement conclue qu'à la condition que le chiffre d'affaires de ces signataires représente plus du tiers des montants remboursés par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux, exception faite de la distribution dans le champ hospitalier ; aux termes du quatrième alinéa, elle s'appliquera toutefois à l'ensemble des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux.

La charte ainsi conclue devra ensuite être approuvée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. En cas de blocage dû ou à l'absence d'accord au stade de la conclusion de la charte, ou au refus d'approbation au niveau ministériel, il est prévu que les ministres concernés auront la possibilité de définir le contenu de cette charte par voie d'arrêté.

Le **paragraphe II** du présent article précise que la charte devra être conclue entre les parties prenantes avant le 30 septembre 2018, à défaut de quoi elle devra être arrêtée par les autorités ministérielles.

• Les alinéas 7 à 10 du nouvel article L. 162-17-9 prévoient la **possibilité pour le Ceps de définir des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques en matière de dispositifs médicaux, avec la faculté de prononcer une sanction financière** en cas de non observation de ces objectifs, ou en raison du non-respect d'une ou plusieurs dispositions de la charte.

Une procédure contradictoire est prévue avant le prononcé de cette pénalité financière, étant précisé que son montant est lié à la gravité du manquement constaté, et qu'il ne peut excéder 10 % du chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France par l'entreprise concernée au titre du dernier exercice clos pour le produit ou la prestation concerné par le manquement.

Le recouvrement de la pénalité sera effectué par les Urssaf, son produit devant être affecté à la Cnam.

• Le onzième alinéa prévoit que **la bonne application de la charte est contrôlée** à la fois par les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie, mais également par les professionnels du secteur, qui sont tenus d'informer le Ceps de tout manquement à la charte qu'ils auront pu constater.

- Le douzième et dernier alinéa de cet article prévoit enfin que ses modalités d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

C. Subordination de la prise en charge de certains produits de santé à la présence d'informations spécifiques sur l'ordonnance

Le 5° du paragraphe I tend à insérer un nouvel article L. 162-19-1 dans le code de la sécurité sociale.

Celui-ci prévoit qu'il peut être fait obligation aux professionnels de santé de faire porter, sur une ordonnance comportant certains produits de santé et les prestations éventuellement associées, des renseignements relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, afin d'assurer leur prise en charge par l'assurance maladie. Le champ de cette obligation dépasse donc le seul périmètre des dispositifs médicaux et concerne l'ensemble des produits de santé, y compris les médicaments.

Cette obligation pourra être constituée dans trois circonstances, limitativement énumérées : lorsque les produits et prestations concernées présentent un intérêt particulier pour la santé publique ; lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir un impact financier majeur sur les dépenses d'assurance maladie ; lorsqu'ils peuvent entraîner un risque de mésusage.

Les éléments de justification à l'appui de la prescription feront l'objet d'une transmission à l'assurance maladie pour contrôle, dans des conditions qui seront précisées par voie réglementaire.

En cas de non-respect de ces obligations, une procédure de recouvrement de l'indu pourra être engagée par l'assurance maladie auprès des professionnels de santé concernés.

D. Mesures diverses d'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé

Le paragraphe III du présent article procède à plusieurs aménagements en ce sens dans le code de la santé publique.

1. Encadrement des visites médicales et des activités de formation effectuées par les fabricants ou distributeurs de produits de santé

Il s'agit en premier lieu d'encadrer les visites médicales et les démarches d'information effectuées auprès des professionnels de santé par les fabricants et distributeurs de produits de santé.

Son 1° tend tout d'abord à insérer, au sein du chapitre de ce code consacré à la publicité des médicaments à usage humain, un nouvel article L. 5122-15-1 touchant à l'ensemble des produits de santé.

Ce nouvel article renvoie au décret pour la définition de règles de bonnes pratiques applicables aux « *activités de formation professionnelle à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé* », étant précisé que ces règles concerneront le niveau de qualification des intervenants et les modalités de déclaration des formations dispensées.

2. Renforcement du régime d'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux

Les 2° à 5° du paragraphe III modifient ensuite le chapitre du code de la santé publique spécifiquement consacré à la question de la publicité des dispositifs médicaux.

- Ces modifications portent tout d'abord sur l'article L. 5213-1 du code de la santé publique, qui **définit la notion de publicité pour les dispositifs médicaux** et précise son champ d'application.

Le 2° a) tend tout d'abord à **étendre le régime prévu par ce chapitre aux prestations associées** aux dispositifs médicaux.

Le 2° b) précise que les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la matériovigilance, qui ne sont pas concernées par ce régime de publicité, s'étendent au champ de la réactovigilance. Il s'agit ainsi d'intégrer au sein de ce chapitre général les dispositions spécifiques relatives à la publicité des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, en complément des modifications opérées par les 6° et 7° du présent paragraphe.

• Le 3° procède à une modification rédactionnelle de l'article 5213-2, relatif au périmètre et au contenu de la publicité en faveur des dispositifs médicaux.

• Les modifications portent ensuite sur l'article 5213-2, qui fixe le **principe de l'interdiction de la publicité auprès du grand public** des dispositifs médicaux au moins en partie pris en charge par l'assurance maladie.

Le 4° a) précise tout d'abord que ce régime d'interdiction s'étend aux prestations associées aux dispositifs médicaux.

Il indique ensuite que les dispositifs médicaux n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie ne sont pas concernés par ce régime d'interdiction. En l'état actuel du droit, seuls les dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine ne ressortent pas de ce régime.

Le b) tend ensuite à exclure les dispositifs médicaux individuels d'optique médicale (c'est-à-dire principalement les lunettes et les lentilles de contact) ainsi que les audioprothèses du champ de cette interdiction de publicité.

• Le 5° prévoit enfin, à l'article L. 5213-4 du code de la santé publique, la mise en place d'un **régime d'autorisation préalable pour la publicité en faveur des dispositifs médicaux auprès des professionnels de santé et des distributeurs**.

Dans sa rédaction actuelle, cet article prévoit que ce régime s'applique, pour la publicité auprès des professionnels comme pour celle effectuée auprès du grand public, aux dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine, l'autorisation étant délivrée pour une durée de cinq ans.

La rédaction proposée **porte sur les dispositifs médicaux et leurs prestations associées au moins partiellement pris en charge ou financés par l'assurance maladie**, ainsi que sur la seule publicité faite auprès des professionnels de santé et des distributeurs. Par construction avec le 4° a), il faut donc en déduire que la publicité en faveur des dispositifs médicaux non remboursés, même présentant un risque important pour la santé humaine, et qu'elle soit faite en direction du public ou des professionnels, ne sera soumise à aucun régime d'encadrement.

Pour les situations visées par la rédaction proposée, la publicité sera soumise à **l'obtention préalable d'un visa de publicité délivré par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**. Il est prévu que ce visa pourra faire l'objet d'une suspension en urgence ou d'un retrait par décision motivée de l'agence.

• Le 8° porte enfin sur **l'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé au sein des établissements de santé**.

Il est proposé de modifier l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, qui prévoit les compétences des directeurs des établissements publics de santé, pour y ajouter un alinéa prévoyant qu'il leur appartient de définir les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de publicité en faveur des produits de santé. Cet encadrement ne pourra intervenir qu'après avis du président de la CME, et devra permettre le respect des chartes encadrant la publicité en faveur des médicaments et des dispositifs médicaux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a tout d'abord adopté **huit amendements rédactionnels ou de coordination** à l'initiative de son rapporteur général.

À l'initiative de son rapporteur général, elle a par ailleurs **supprimé la mission de mise en œuvre de la certification des activités de présentation, d'information ou de formation des produits de santé confiée à la HAS** - tout en lui conservant la mission consistant à l'élaboration de la procédure devant présider à une telle certification. La définition des conditions de mise en œuvre de cette certification est renvoyée au décret, pour une entrée en vigueur décalée au 1^{er} janvier 2019.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du même auteur tendant à **supprimer le dispositif d'association des professionnels du secteur à la constatation des manquements à la charte encadrant la publicité en faveur des dispositifs médicaux**, et à renvoyer à un décret en Conseil d'État la définition des conditions dans lesquelles le Ceps procède au constat de tels manquements.

Elle a enfin adopté un amendement du rapporteur général **supprimant le nouveau dispositif proposé pour l'encadrement de la publicité en faveur des dispositifs médicaux auprès des professionnels**, en considérant qu'il aboutissait à la fois à un assouplissement de ce régime et à un renforcement du formalisme pesant sur les professionnels du secteur.

III - La position de la commission

- Votre rapporteur s'interroge tout d'abord globalement sur la cohérence de cet article, qui porte des dispositions éparses, dont certaines ne semblent en outre avoir que peu à voir avec l'objet d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

C'est notamment le cas des dispositions relatives à l'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé, dont le régime se trouve profondément réformé au détour de ce texte, alors que ce sujet sensible aurait sans doute mérité un véhicule législatif – ou réglementaire, au vu de la complexité et de la précision de certaines des dispositions proposées - qui lui soit plus spécifiquement dédié.

Elle est sur ce sujet en plein accord avec les modifications adoptées par l'Assemblée nationale, qui ont supprimé trois dispositifs dont la mise en œuvre aurait été à la fois lourde, complexe et inadapté à la spécificité du secteur des dispositifs médicaux.

- Elle souhaite ensuite formuler deux observations de nature plus technique sur les dispositions proposées.

Votre rapporteur relève tout d'abord **qu'il existe actuellement un débat au niveau européen autour de la nature juridique des logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, qui pourraient être considérés comme des dispositifs médicaux**, et soumis à ce titre à la procédure de certification obligatoire pour l'application du marquage CE à ces produits. Un contentieux est actuellement en cours sur ce point devant le Conseil d'État, et se trouve dans l'attente d'une décision préjudiciale de la cour de justice de l'Union européenne (CJUE). **Dans le cas où cette qualification serait retenue, les dispositions du présent article reviendraient à imposer une double obligation de certification à ces produits, et devraient donc être revues.**

Votre commission s'interroge par ailleurs quant au rôle de sanction dévolu au Ceps dans le cadre du contrôle de l'application de la charte encadrant la publicité des dispositifs médicaux. Il semble en effet que cette mission de régulation, calquée sur celle qui est prévue pour les médicaments à l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, est bien éloignée de la mission première de cet organisme, chargé de la négociation des prix des produits de santé. Elle souhaite de ce fait que soit lancée une réflexion sur le périmètre de compétence et les missions de cet organisme.

- A l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté quatre amendements à cet article, dont deux rédactionnels (amendements n° 129 rectifié et 196).

Elle a tout d'abord souhaité étendre les mesures d'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé au sein des établissements de santé à l'ensemble de ces établissements, y compris ceux relevant du secteur privé ou du secteur privé non lucratif (amendement n° 131).

Elle a également souhaité limiter l'encadrement des activités de publicité en faveur des dispositifs médicaux à la seule promotion de ces produits (amendement n° 130). Elle s'interroge en effet sur la portée de ces dispositions, alors que la présentation et l'information adaptées des dispositifs médicaux par leurs fabricants constituent une obligation déjà prévue et réglementée dans le cadre européen (en application, notamment, de la directive n° 93/42 CEE, du règlement n° 745/2017, mais également de la norme ISO EN NF 14971 gestion des risques) ; le risque serait dès lors de créer une double obligation de certification au contenu identique.

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

Article 41

(art. L. 162-17-31 [nouveau], L. 162-17-5, L. 165-2-1 [nouveau], L. 165-3-3, L. 165-4 et L. 165-7 du code de la sécurité sociale)

Régulation du secteur des dispositifs médicaux

Objet : Cet article renforce les moyens mis à la disposition du Ceps, reconnaît une obligation de transmission de données fiables au Ceps incombant aux professionnels, autorise ce comité à diminuer les tarifs et les prix des dispositifs médicaux lorsqu'un plafond de dépenses est atteint, détermine un prix maximal pour les dispositifs médicaux relevant de la liste en sus, renouvelle le cadre conventionnel encadrant l'évolution du volume de ventes de dispositifs médicaux, et prévoit la représentation des pharmaciens d'officine aux négociations conventionnelles portant sur les dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Le présent article est fondé sur le constat du dynamisme particulièrement fort des dépenses d'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux remboursables, qui s'élevaient l'an passé à 13 milliards d'euros.

Il s'agit en conséquence de renforcer la régulation des dépenses associées, en s'inspirant en partie pour ce faire des dispositifs prévus pour les médicaments.

Ces modifications passent également par une extension des pouvoirs du comité économique des produits de santé (Ceps), ainsi que par un renforcement corrélatif de ses moyens.

A. Évolutions portant sur les moyens du Ceps

1. Un renforcement des moyens mis à la disposition du Ceps

Le 1^o du présent article tend à insérer, après l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale relatif aux missions du Ceps, un nouvel article L. 162-17-3-1 prévoyant la possibilité pour les caisses nationales d'assurance maladie de participer au fonctionnement du Ceps, de deux manières :

- la possibilité leur est tout d'abord ouverte de **mettre leurs personnels à disposition du Ceps à titre gratuit**, c'est-à-dire sans remboursement par l'État de la masse salariale correspondant aux effectifs mis à disposition¹.

Il est précisé que cette faculté sera encadrée par un décret qui précisera notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition ;

- il est ensuite prévu que **la Cnam doit mettre à disposition du Ceps les systèmes d'information relatifs aux produits de santé** dont elle assure le développement et la maintenance, dans des conditions également prévues par décret.

2. La reconnaissance d'une obligation de transmission de données économiques fiables au Ceps par les professionnels

Le 3^o propose de créer **un nouvel article L. 165-2-1 visant à engager les professionnels (qu'il s'agisse des fabricants ou des distributeurs) à fournir des données économiques fiables au Ceps s'agissant de leurs produits**. Le dispositif s'inspire en partie de celui prévu à l'article L. 162-17-7 dans le cas des médicaments.

L'étude d'impact, rappelant que les données fournies par les professionnels sont parfois très approximatives, indique qu'il s'agit ainsi de s'assurer que le Ceps dispose de l'ensemble des données économiques dont il a besoin pour assurer ses missions de négociation des prix et des tarifs.

¹ Par dérogation à l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, qui prévoit que « les administrations et les établissements publics administratifs de l'État peuvent, lorsque des fonctions exercées en leur sein nécessitent une qualification technique spécialisée, bénéficier, dans les cas et conditions définis par décret en Conseil d'État, de la mise à disposition de personnels de droit privé. Cette mise à disposition est assortie du remboursement par l'État ou l'établissement public des rémunérations, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des intéressés et de la passation d'une convention avec leurs employeurs. »

- La rédaction proposée **définit tout d'abord la nature des données entrant dans le champ du dispositif.**

Sont visées les données fournies à l'occasion des procédures d'inscription des dispositifs médicaux à la LPPR ou transmises dans le cadre d'une négociation tarifaire, qu'elles soient transmises sur demande ou à l'initiative des professionnels eux-mêmes.

Les données concernées par ce dispositif sont de deux types :

- il s'agit tout d'abord des informations relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres pays de l'Union européenne ;

- sont également visées les informations relatives aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France.

- L'article définit ensuite **une procédure de sanction en cas de transmission de données manifestement erronées** dans ce cadre par un fabricant ou un distributeur. Les modalités d'application de cette procédure seront précisées par décret en Conseil d'État.

Il est prévu de **donner au Ceps la possibilité de prononcer une sanction** à l'encontre de ce professionnel, au terme d'une procédure contradictoire, sous la forme d'une **pénalité financière**.

Le montant de celle-ci ne peut excéder la limite de 10 % du CAHT réalisé en France par ce professionnel au titre des produits concernés au cours du dernier exercice clos ; il sera modulé en fonction de la gravité du manquement constaté. Une assiette particulière est prévue pour l'établissement du montant maximal de la pénalité dans le cas des produits faisant l'objet d'une première inscription sur la LPPR.

Il est précisé que les pénalités prononcées dans ce cadre seront recouvrées par les Urssaf et que leur produit sera affecté à l'assurance maladie.

B. Un renforcement du contrôle des prix et tarifs des dispositifs médicaux

1. La mise en place d'une possibilité d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs au-delà d'un plafond de dépenses

Le 2° modifie l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale, qui autorise le Ceps à **décider d'une baisse de prix ou de tarif des produits de santé au-delà d'un montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale associées.**

Dans sa rédaction actuelle, cet article concerne uniquement les médicaments et les produits ou prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

La rédaction proposée vise à étendre cette possibilité aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPPR) prévue par l'article L. 165-1.

2. La détermination d'un prix maximal pour les dispositifs médicaux relevant de la liste en sus

Le 6° modifie l'article L. 165-7, relatif aux conditions de prise en charge des dispositifs médicaux et des prestations associées relevant de la liste en sus.

Il institue un **prix limite de vente de dispositifs médicaux aux établissements de santé par référence aux prix négociés entre le Ceps et les fabricants et distributeurs**.

C. Un renouvellement du cadre conventionnel encadrant les volumes de ventes

Le 5° modifie l'article L. 165-4 de la sécurité sociale, qui encadre les conventions portant sur les volumes de vente conclues entre le Ceps et les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux.

- Son a) étend tout d'abord l'objet de ces conventions au niveau des dépenses remboursées par l'assurance maladie (le cas échéant de manière différenciée par indication thérapeutique), aux conditions réelles d'usage des produits ou prestations, aux niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi qu'aux critères prévus par l'article L. 165-2 pour la définition et la révision des tarifs de responsabilité¹.

Il est précisé que ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou de prestations comparables, même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Il s'agit ainsi de prendre pour référence des critères collectifs, relatifs aux produits commercialisés par l'ensemble du secteur, même si l'accord porte sur la seule activité des entreprises parties à l'accord.

- Ce a) modifie enfin l'assiette des remises qui peuvent être décidées dans le cadre des conventions passées avec le Ceps, en prévoyant qu'elles peuvent également porter sur le produit des prestations associées aux dispositifs médicaux.

- Le b) complète l'article L. 165-4 par un nouveau paragraphe visant à définir des conditions d'accès au marché remboursé permettant d'obtenir des remises de l'ensemble des industriels en cas d'augmentation du volume des ventes.

¹ Il s'agit notamment de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Il est ainsi proposé que **le remboursement des dispositifs médicaux par l'assurance maladie soit subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou les distributeurs.**

Ces remises pourront porter sur un produit ou une prestation, ou encore sur un ensemble de produits ou de prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Dans ce dernier cas, il est précisé qu'elles pourront prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes associés.

Deux modalités différentes de fixation de ces remises sont prévues selon les produits en cause :

- pour les dispositifs médicaux et leurs prestations associées inscrites sous forme de marque ou de nom commercial, les remises seront fixées par convention entre le Ceps et chaque fabricant ou distributeur ;

- pour les dispositifs médicaux et les prestations associées inscrits sous description générique, les remises seront fixées de manière collective, par convention passée entre le Ceps et les professionnels, ou, le cas échéant, leurs représentants.

Dans les deux cas, en l'absence de convention, il reviendra au Ceps de se prononcer sur ces remises par le biais d'une décision.

• Le c) précise que le suivi des dépenses relatives aux dispositifs médicaux assuré par le Ceps est étendu aux prestations associées.

D. La représentation des pharmaciens d'officine aux négociations conventionnelles portant sur les dispositifs médicaux

Le 4° modifie l'article L. 165-3-3 du code de la sécurité sociale, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui prévoit les conditions de participation des fabricants et distributeurs aux négociations sur les prix ou tarifs des dispositifs médicaux.

Il s'agit de prévoir les modalités de la participation des pharmaciens d'officine à ces négociations, sous la forme d'une dérogation aux conditions fixées pour les fabricants et les distributeurs. Les distributeurs admis à la négociation doivent en effet notamment être à l'origine d'au moins 10 % du montant remboursé par l'assurance maladie s'agissant des dispositifs médicaux.

Il est prévu que **les pharmaciens d'officine soient quant à eux représentés aux négociations par leurs syndicats représentatifs.** Les pharmaciens d'officine **auront cependant toujours la possibilité de s'opposer à cette modalité de représentation** et de choisir de s'inscrire dans les conditions d'accès à la négociation de droit commun.

L'article définit enfin une méthode de détermination des volumes de ventes affectés à chaque syndicat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale, à l'initiative de son rapporteur général, a adopté sept amendements rédactionnels, de coordination ou de précision.

III - La position de la commission

• Votre rapporteur partage les observations au fondement de cet article : **le dynamisme des dépenses de l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux, dont l'évolution atteint 10 % par an, pose en effet la question de leur soutenabilité.** Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale, trois champs seraient particulièrement concernés : les aides respiratoires (qu'il s'agisse du traitement du sommeil ou encore de l'oxygénothérapie), les appareillages orthopédiques externes (cette catégorie recouvrant les orthèses et les orthoprothèses), ainsi que la prise en charge du diabète (les nouveaux dispositifs de contrôle de la glycémie et les pompes à insuline étant particulièrement concernés).

Votre rapporteur partage cependant les inquiétudes largement exprimées par les professionnels du secteur de l'aide à domicile quant au potentiel impact du dispositif d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs au-delà d'un plafond de dépenses, **dans le contexte d'un développement des prises en charge ambulatoires** appelé à s'accentuer au cours des prochaines années.

D'une manière plus générale, elle relève que **ces mesures de régulation du secteur des dispositifs médicaux 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.

En conséquence de ces observations, elle propose de **supprimer l'un des dispositifs de régulation proposés par cet article**, en soulignant qu'il sera toujours possible aux parties prenantes de convenir d'une solution alternative par la voie conventionnelle (amendement n° 132).

• Votre rapporteur observe par ailleurs que **les dispositions proposées quant au renforcement des moyens du Ceps sont très en-deçà des recommandations émises par la Cour des comptes** dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2017. Celui-ci préconise en effet de « *mettre à niveau des enjeux, par redéploiement, les moyens du CEPS, aujourd'hui très insuffisants, d'examiner les conditions dans lesquelles ses missions pourraient être élargies à la fixation du prix de l'ensemble des médicaments hospitaliers, de mieux asseoir son positionnement institutionnel, et de revenir sur des dispositions conventionnelles déséquilibrées à l'occasion de la négociation du nouvel accord cadre qui doit entrer en vigueur en 2018* ».

Une telle revue des missions, des moyens et du positionnement institutionnel du comité n'aurait sans doute pas, il est vrai, sa place dans cette loi de financement. Votre rapporteur insiste cependant sur **la nécessité de se pencher sur le sujet dans un avenir proche, et de privilégier une réforme d'ensemble au saupoudrage de dispositions éparses à l'occasion des textes financiers successifs.**

- Elle relève enfin que **les dispositions tendant à inciter les professionnels à fournir des informations exactes au Ceps pour lui permettre de mener les négociations des prix et des tarifs de manière éclairée, outre que leur application paraît bien incertaine, semblent tout à fait dérisoires au regard des enjeux associés à la négociation des prix et des tarifs au niveau européen.**

Ainsi que la commission des affaires sociales l'avait souligné dans le cadre de son rapport sur le prix du médicament¹, il importe avant tout de mener une politique de prix coordonnée au niveau européen, afin de donner aux systèmes de santé la possibilité de peser face à des industriels qui tirent aujourd'hui profit du contexte de non coopération entre les États.

- La commission a également adopté un amendement rédactionnel à cet article (amendement n° 133).

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 42

(art. L. 162-4, L. 315-2 et L. 315-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Uniformiser et renforcer le mécanisme de demande d'autorisation préalable

Objet : Cet article prévoit diverses évolutions du mécanisme de demande d'autorisation préalable, pour mieux en contrôler la mise en œuvre, en étendre le champ d'application et permettre aux ministres concernés d'en prendre l'initiative.

I - Le dispositif proposé

Introduit à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, le dispositif de demande d'autorisation préalable (DAP) ou entente préalable consiste à **conditionner la prise en charge par l'assurance maladie d'une prestation à l'accord préalable du service du contrôle médical.**

¹ *Rapport d'information de MM. Gilbert Barbier et Yves Daudigny, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 739 (2015-2016), publié le 29 juin 2016.*

Ce dispositif est mis en place pour 25 catégories de produits et prestations, dont des traitements bucco-dentaires, des séances itératives de masso-kinésithérapie ou encore des médicaments et dispositifs médicaux¹.

Le I du présent article fait évoluer ce dispositif dans l'objectif de renforcer le contrôle de sa mise en œuvre et l'information du patient ainsi que pour en étendre le champ et l'initiative.

Le II comporte une disposition transitoire visant à sécuriser les décisions prises sur le fondement du texte actuellement en vigueur.

A. Des mesures visant à renforcer le contrôle de la procédure et l'information des patients

• En amont de la procédure, le 1^o du I complète l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale pour préciser que **le médecin prescripteur est tenu de signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable des prestations, en l'absence d'accord préalable** à la prise en charge. Cette indication est déjà obligatoire, notamment, en cas de prescription d'actes et prestations non remboursables ou en dehors des indications ou conditions de prise en charge.

Si la demande est en cours d'instruction, le médecin devra par ailleurs indiquer sur l'ordonnance que « *la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service médical* ».

• En aval, le contrôle et l'information des patients sont également renforcés par le **rôle dévolu au pharmacien, prestataire de services ou « tout autre distributeur de matériel auprès du public** ». Le 3^o du I crée un nouvel article L. 315-3 du code de la sécurité sociale, précisant que celui-ci doit :

- informer le patient sur les conditions particulières de prise en charge lorsque celle-ci est subordonnée à la procédure d'accord préalable ;

- vérifier que l'accord du service médical a bien été donné et agir en conséquence, sous peine de recouvrement de l'indu.

• Le b) du 2^o du I inscrit par ailleurs à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale la règle du **silence vaut acceptation**, en cas d'absence de réponse du service médical dans un délai fixé par décret. Le délai au terme duquel l'accord sera réputé avoir été donné pourra être différent selon la nature de la prestation.

¹ D'après les indications transmises par la direction de la sécurité sociale, trois spécialités de médicaments, représentant un montant total remboursé de 491 millions d'euros en 2016 (soit moins de 3 % de la dépense remboursée en ville pour les médicaments) sont concernées (dont une statine comme Crestor® depuis 2014) ; s'agissant des dispositifs médicaux, 223 codes figurant sur la liste des produits et prestations remboursables sont sous DAP, principalement des dispositifs d'oxygénothérapie ou d'apnée du sommeil ou des fauteuils roulants électriques, pour un total de plus de 1,3 milliard d'euros soit environ 15 % de la dépense remboursée de dispositifs médicaux.

A l'heure actuelle, ce délai est fixé par l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale à 15 jours à compter de la réception du formulaire.

B. L'évolution des critères susceptibles de justifier une DAP

Les alinéas *c)* à *f)* du **2° du I** précisent et complètent, à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, les situations dans lesquelles un accord préalable peut être exigé.

Dans la rédaction actuelle, issue de la loi de financement pour 2002, cette procédure peut concerner des prestations dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

Les évolutions proposées ont pour objet :

- de préciser le premier de ces motifs pour expliciter qu'il s'applique « *notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage* » (*c)* ;

- de mentionner, s'agissant du troisième motif, que le caractère particulièrement coûteux de la prestation s'apprécie « *à titre unitaire ou compte tenu de son volume global* » et « *de manière prévisible ou constatée* » (*e*), ce qui permet de fonder la décision sur une anticipation des dépenses susceptibles d'être engagées ;

- d'ajouter un quatrième motif dans lequel l'accord préalable peut être exigé : « *lorsque le recours à une autre prestation est moins coûteux* » (*f*). D'après les indications transmises à votre rapporteur, il s'agit de pouvoir mettre sous DAP des médicaments dès leur inscription au remboursement, dès lors qu'ils présenteront un caractère particulièrement couteux notamment par rapport aux alternatives disponibles.

C. D'une initiative exclusive de l'Uncam à une initiative partagée avec l'État

L'initiative de mettre en place une DAP relève à l'heure actuelle de la seule décision du collège des directeurs l'Uncam.

Le *h)* du **2° du I** étend cette faculté aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres visés pourront ainsi saisir le collège des directeurs de l'Uncam d'une proposition d'application de l'accord préalable.

Ils pourront par ailleurs prendre la décision, par arrêté, d'appliquer l'accord préalable à certaines prestations :

- d'une part, en l'absence de décision du collège sur la proposition soumise, au terme d'un délai fixé par décret ;

- d'autre part, à l'occasion de l'inscription au remboursement de médicaments ou du renouvellement de cette inscription, y compris sur la liste en sus, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation, du régime post-ATU ou d'une recommandation temporaire d'utilisation, selon des conditions qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

La demande d'autorisation préalable constitue un instrument de régulation de la dépense de santé. Toutefois, à l'appui de cet article, le Gouvernement souligne des limites dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Les objectifs d'information du patient et de meilleur contrôle mis en avant sont louables mais on peut toutefois s'interroger sur la portée réelle des moyens mis en œuvre à cette fin, qui reposent *in fine* sur les professionnels de santé. Le caractère encore manuscrit de la plupart des demandes et l'absence de moyens automatisés de suivi constituent à l'heure actuelle des freins plus importants à l'amélioration du contrôle par l'assurance maladie : la dématérialisation de la procédure permettrait d'assurer la traçabilité des demandes et de conditionner la prise en charge de la prestation à la nature des avis donnés.

En outre, le nouveau motif de recours à cette procédure - « le recours à une autre prestation est moins coûteux » - nécessite d'être précisé pour s'assurer que cela ne conduise pas à une perte de chance pour le patient. Votre commission a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un **amendement** en ce sens (amendement n° 134), ainsi qu'un amendement de nature rédactionnelle (amendement n° 135).

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

Article 43

(art. L. 162-1-15 et L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)

**Étendre la mise sous objectifs
et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs**

Objet : Cet article étend les dispositifs de mise sous objectifs et de mise sous accord préalable, jusqu'alors applicables aux seuls médecins, à l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs.

I - Le dispositif proposé

A. Les objectifs et modalités des procédures de mise sous objectif (MSO) et mise sous accord préalable (MSAP)

- Pour les médecins, la mise sous accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale a été introduite par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ce dispositif s'inscrit dans la démarche graduée de l'assurance maladie d'accompagnement des prescripteurs dans l'amélioration de leurs pratiques, dont la première étape repose sur des échanges confraternels avec les médecins-conseils.

La MSAP consiste à subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie, pour une durée déterminée - en l'occurrence six mois maximum -, la prise en charge par l'assurance maladie de certains actes, produits ou prestations ainsi que des frais de transport ou des indemnités journalières, sauf cas d'urgence. Ce dispositif s'applique en cas de non-respect des conditions de prescription ou lorsque le volume de prescription du médecin concerné est significativement supérieur aux données moyennes constatées sur le même ressort territorial.

La décision est prise par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après procédure contradictoire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu pour les médecins un dispositif alternatif à la MSAP, la mise sous objectifs (MSO) : l'assurance maladie peut proposer au médecin de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. Si les objectifs fixés ne sont pas atteints ou en cas de refus du médecin, la procédure de MSAP peut être déclenchée.

- S'agissant des établissements de santé, la mise sous accord préalable a été introduite à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

D'abord applicable aux prestations d'hospitalisation, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 et 2016 l'ont étendue à l'ensemble des actes, prestations ou prescriptions, dans le cadre des plans d'actions régionaux d'amélioration de la pertinence des soins.

La procédure est enclenchée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de l'organisme local d'assurance maladie - qui en avait jusqu'alors l'initiative - et une procédure contradictoire :

- en cas de proportion élevée de prestations d'hospitalisation qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; en 2016, 55 gestes chirurgicaux sont concernés ;

- lorsque des écarts significatifs sont constatés dans le nombre d'actes ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales ou en cas de proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions non conformes aux référentiels de la Haute Autorité de santé.

B. Des procédures étendues à l'ensemble des prescripteurs et dont certaines modalités sont ajustées

• Le 1° du I du présent article modifie l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale afin d'étendre à l'ensemble des professionnels de santé, au-delà des seuls médecins, les mécanismes de mise sous accord préalable et de mise sous objectifs.

Trois professions, dont les dépenses de prescriptions seraient en forte croissance, seraient visées :

- les sages-femmes, qui ont un droit de prescription pour certains dispositifs médicaux, les examens « *strictement nécessaires à l'exercice de leur profession* », des substituts nicotiniques¹ ainsi que pour des arrêts de travail aux femmes enceintes dans certaines conditions² ;

- les infirmiers, pouvant, sous certaines conditions, renouveler des prescriptions de certains contraceptifs oraux, prescrire des dispositifs médicaux ou des substituts nicotiniques³ ;

- les masseurs-kinésithérapeutes, qui peuvent prescrire certains dispositifs médicaux, adapter, lors d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie⁴ ou établir le nombre de séquences de soins requises. D'après les indications transmises à votre rapporteur, leurs prescriptions représenteraient 8 millions d'euros par an.

¹ Article L. 4151-4 du code de la santé publique.

² Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale. Ces arrêts peuvent être délivrés dans la limite de 15 jours calendaires, hors grossesses pathologiques.

³ Article L. 4311-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

- Ces dispositifs s'appliqueraient dans les mêmes conditions que celles prévues jusqu'alors, sous réserve de plusieurs ajustements.

Pour l'appréciation du volume de prescription susceptible de donner lieu à MSO ou MSAP, celui-ci serait comparé aux données moyennes constatées chez les professionnels de santé « exerçant la même profession », par coordination avec l'extension proposée (2° du I).

En outre, les **critères de ciblage** des prescripteurs sont **modifiés** :

- concernant les prescriptions d'arrêts de travail, d'actes, de produits ou prestations (3° du I), leur nombre serait désormais rapporté « *au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé* » et non plus au nombre de consultations ;

- concernant les prescriptions de transports (4° du I), les montants de remboursement occasionnés sont par ailleurs ajoutés au critère de nombre de prescriptions. Il s'agit de pouvoir cibler les prescripteurs à l'origine des plus fortes dépenses de transports, qui ne sont pas toujours ceux réalisant le plus grand nombre de prescriptions ;

- enfin, afin de prendre en compte l'extension de la procédure, notamment aux masseurs-kinésithérapeutes, il est précisé que les actes réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre ne sont pas pris en compte pour la constatation des volumes de prescriptions atypiques (5° du I).

- Le II modifie l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale relatif à la procédure de MSAP applicable aux établissements de santé.

En cas de MSAP, les actes ou prestations que l'établissement délivre en dépit d'une décision de refus de prise en charge ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Le présent paragraphe étend ces dispositions en cas d'*« absence de demande d'accord préalable »* pour combler un vide juridique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article **sans modification**.

III - La position de la commission

La procédure de mise sous objectif ou sous accord préalable constitue un outil de régulation de la dépense de santé, s'agissant notamment des indemnités journalières.

Souvent vécue comme une sanction, elle doit constituer la dernière étape d'une démarche d'accompagnement « graduée ». Il faut à cet égard souligner l'initiative de l'assurance maladie, depuis 2016, d'un entretien préalable systématique de sensibilisation des prescripteurs avant le déclenchement de la procédure : cela s'est traduit par une baisse de 20 % des prescriptions d'arrêts de travail pour plus de la moitié des médecins.

Dans ces conditions, l'extension de la mise sous objectif ou sous accord préalable, au-delà des seuls médecins, à l'ensemble des professionnels de santé qui se sont vus reconnaître un droit de prescription paraît justifiée, même si sa portée sera probablement modeste.

Sous réserve d'un amendement rédactionnel (amendement n° 136), **la commission vous demande d'adopter cet article.**

CHAPITRE 4

Moderniser le financement du système de santé

Article 44

Report de l'application de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire

Objet : Cet article vise à reporter l'entrée en vigueur des dispositions du règlement arbitral dentaire relatives au plafonnement des soins prothétiques et à la revalorisation des soins conservateurs.

I - Le dispositif proposé

• Le présent article est la conséquence des dispositions adoptées, contre l'avis du Sénat, à l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017¹.

Celles-ci visaient à anticiper l'échec probable des négociations conventionnelles alors en cours quant à l'adoption d'un avenant à la convention passée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, reconduite en juin 2016. Alors que, dans son rapport de 2016 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes insistait sur l'impérative nécessité de maîtriser « *la dérive des coûts des soins prothétiques* », et plus généralement de refonder la prise en charge des soins bucco-dentaires, **ces négociations portaient sur le rééquilibrage des soins conservateurs et des soins prothétiques dans la rémunération des professionnels.**

Il s'agissait dès lors de prévoir une procédure subsidiaire permettant de mettre en œuvre cette réforme dans le cas où les négociations n'auraient pas abouti avant le 1^{er} février 2017.

¹ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

A ainsi été adopté dans la loi le principe de **l'intervention d'un arbitre** habilité à arrêter un projet de texte dans un délai d'un mois à compter de sa désignation. La loi déterminait par ailleurs les consultations devant être effectuées par l'arbitre, ainsi que le périmètre du texte qu'il lui revenait d'adopter : il s'agissait de déterminer les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, ainsi que le niveau des dépassements éventuellement autorisés.

Il est à noter que **la procédure arbitrale ainsi autorisée, qui portait sur l'adoption d'un avenant à la convention passée entre les professionnels et l'assurance maladie, se distingue de la procédure arbitrale de droit commun** prévue par l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale en cas de blocage des négociations portant sur l'établissement de la convention elle-même.

- La négociation ayant effectivement échoué sur ces questions sensibles, qui mobilisent fortement la profession, **le règlement arbitral prévu par la loi a été approuvé par un arrêté en date du 29 mars 2017 et est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018.**

Ce règlement, qui prévoit notamment le plafonnement progressif des soins prothétiques au 1^{er} janvier 2018 en contrepartie d'une revalorisation des soins conservateurs, ainsi qu'une revalorisation des soins à destination des publics à risques ou fragiles, **continue cependant de susciter une forte opposition de la profession.**

Le nouveau gouvernement a en conséquence décidé d'engager **de nouvelles négociations conventionnelles**, la ministre de la santé ayant adressé, le 18 juillet dernier, de nouvelles lignes directrices au directeur de l'Uncam.

Dans ce contexte, le présent article vise à **reporter l'entrée en vigueur des dispositions litigieuses figurant dans le règlement arbitral, et dont l'application était prévue à compter du 1^{er} janvier 2018.**

- Il fixe ainsi le **principe général de l'entrée en vigueur des dispositions du règlement arbitral à compter du 1^{er} janvier 2018, assortie de deux exceptions.**

Le 1^o tend tout d'abord à **reporter d'un an** l'application des plafonnements tarifaires des actes prothétiques, des revalorisations tarifaires des soins bucco-dentaires ainsi que de la réévaluation des actes conservateurs. L'entrée en vigueur de ces dispositions étant prévue de manière échelonnée par le règlement arbitral à compter de 2018, elle se retrouvera **décalée au 1^{er} janvier 2019, pour une application complète en 2022.**

Le 2° vise à anticiper les éventuelles conséquences de ce report sur le déclenchement de la clause de sauvegarde, prévue par l'article 3 du règlement, qui définit les montants d'honoraires à partir desquels interviennent un gel des revalorisations ou un durcissement des plafonds tarifaires de certains actes. L'étude d'impact rappelle en effet que ces montants ont été déterminés en tenant compte de l'effet escompté des mesures du règlement arbitral sur le tendanciel des dépenses. Il s'agit donc de **modifier les seuils prévus pour le déclenchement de la clause de sauvegarde pour tenir compte de l'évolution probable des dépenses avant application du règlement arbitral**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Tout en saluant le retour à la voie conventionnelle engagé par le gouvernement, votre rapporteur regrette l'*imbroglio* de mesures auquel a donné lieu le passage par la voie du règlement arbitral, contre l'avis de la profession.

Ainsi qu'elle l'avait déjà relevé l'an passé en proposant la suppression du recours au règlement arbitral dans ce cas précis, votre commission des affaires sociales **souligne le caractère particulièrement inopportun de l'article 75 de la LFSS pour 2017, qui revenait à modifier les règles conventionnelles en cours de négociation**. La procédure arbitrale, telle que prévue par l'article L. 162-14-2, est en effet prévue pour être applicable, en cas de blocage des négociations, à l'élaboration d'une nouvelle convention, et non à la mise en œuvre d'un avenant ponctuel.

Votre commission **rappelle son attachement à la voie conventionnelle**, qui permet seule de mettre en œuvre les réformes relatives à l'exercice professionnel indispensables à l'évolution de notre système de santé, et **souligne le caractère contre-productif des mesures consistant à contourner les professionnels chargés de les mettre en œuvre** -au demeurant parfaitement illustré par le contexte ayant présidé à la conception du présent article.

Afin cependant de ne pas complexifier encore les conditions d'une négociation déjà si difficilement engagée, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification**.

Article 44 bis

(art. L. 162-1-21 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Suppression de la généralisation obligatoire du tiers payant

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, supprime la généralisation obligatoire du tiers payant qui devait entrer en vigueur à compter du 30 novembre 2017 et fixe les modalités selon lesquelles ce dispositif pourrait être généralisable.

I - Le dispositif adopté à l'Assemblée nationale

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement, transcrit les récentes annonces de la ministre en charge de la santé concernant la suppression de l'obligation de pratiquer le tiers payant généralisé à compter du 30 novembre 2017, au vu des conclusions d'un récent rapport de l'Igas, tout en conservant le cap d'un dispositif généralisable.

A. Le cadre en vigueur

L'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a défini les modalités du déploiement du mécanisme de tiers payant, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé exerçant en ville, à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Ce déploiement devait s'opérer en **plusieurs étapes**, selon le calendrier suivant :

- à compter du 1^{er} juillet 2016, à titre facultatif (1[°]), puis à compter du 31 décembre 2016, à titre obligatoire (2[°]), pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) et les femmes enceintes ;

- à compter du 1^{er} janvier 2017, à titre facultatif (4[°]), puis à compter du 30 novembre 2017, à titre obligatoire (5[°]), pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

La dispense d'avance de frais ne porte que sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, la loi « santé » avait initialement envisagé qu'elle porte également sur la part couverte par les organismes d'assurance maladie complémentaire :

- d'une part, en demandant à l'assurance maladie obligatoire et aux organismes complémentaires d'établir, dans un délai d'un mois à compter de sa promulgation, un rapport¹ présentant les solutions techniques permettant de mettre en œuvre le tiers payant « intégral » pour l'ensemble des assurés (3[°] de l'article 83 précité) ;

¹ Ce rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé a été publié le 17 février 2016.

- d'autre part, en prévoyant, sur la base des conclusions de ce rapport, que le déploiement du tiers payant auprès de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, à compter du 1^{er} janvier 2017, porte également sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie complémentaire. Toutefois, ces dispositions ont été déclarées **non conformes à la Constitution** par le Conseil constitutionnel¹ : celui-ci a considéré que le législateur avait méconnu l'étendue de sa compétence en n'encadrant pas de garanties suffisantes l'obligation relative aux modalités de paiement de cette part des dépenses. L'application du tiers payant pour la part complémentaire est donc laissée à l'appréciation des professionnels de santé de ville.

B. Les conclusions du rapport d'évaluation de l'Igas

L'article 83 de la loi « santé » avait prévu un rapport remis avant le 30 novembre 2016 sur l'application du tiers payant aux femmes enceintes et personnes en ALD et un autre établi avant le 30 septembre 2017 par l'assurance maladie et les organismes complémentaires sur les conditions d'application du déploiement du tiers payant à l'ensemble des assurés.

La ministre en charge de la santé a par ailleurs saisi le 5 juillet dernier l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant, « *afin d'expertiser la simplicité, la rapidité et la fiabilité du tiers payant pour les professionnels de santé* »².

Ce rapport, remis le 23 octobre 2017, a dressé les principaux constats suivants :

- la pratique actuelle du tiers payant est très contrastée selon les professions de santé : sur la part obligatoire, il s'échelonne de 10 % chez les chirurgiens-dentistes à 99 % chez les pharmaciens et laboratoires ; les disparités sont encore plus marquées s'agissant du tiers payant intégral ;

Pratique du tiers payant (TP) non obligatoire au régime général par profession au 2^{ème} trimestre 2017

	TP intégral (AMO + AMC)	TP portant au moins sur la part AMO	Hors tiers payant
Dentistes	3,9	10,5	89,5
Généralistes	6,5	20,3	79,7
Spécialistes hors radiologues	17,4	23,9	76,1
Radiologues	40,1	65,2	34,8
Kinés	47,4	65,5	34,5
Infirmiers	75,5	92,4	7,6
Centres de santé	45,1	98,4	1,6
Laboratoires	91,2	98,5	1,5
Pharmacies	93,2	99,3	0,7
Total PS	78,4	87,3	12,7

Source : Cnamts et rapport de l'Igas précité

¹ *Décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 (considérant 48).*

² « *Évaluation de la généralisation du tiers payant* », IGAS, rapport n°2017-111R, octobre 2017.

- la maturité des outils est différente entre la part obligatoire et la part complémentaire : le fonctionnement technique du tiers payant sur la part obligatoire est « globalement considéré comme satisfaisant » mais **les outils techniques développés pour la pratique du tiers payant complémentaire « ne sont pas encore opérationnels »** ;

- le principal frein au développement du tiers payant sur la part obligatoire n'est pas de nature technique mais tient à une « *confiance encore trop fragile des professionnels de santé* ». Pour la mission, cela est « *largement lié à une méconnaissance des outils et des garanties du tiers payant* » et à la « *crainte d'un surcroît de charge administrative en cas de généralisation du tiers payant* ».

Au vu de ces éléments, la mission de l'Igas a considéré que :

- en part obligatoire, la généralisation du tiers payant est un « *objectif techniquement réalisable (...) à brève échéance sous réserve que soit mis en œuvre un accompagnement renforcé des professionnels de santé* » : dans ces conditions, **le maintien dans la loi de l'obligation de pratique du tiers payant pour tous les patients au 30 novembre 2017 est « désormais irréaliste »** ;

- en part complémentaire, « *des freins techniques demeurent à une pratique simple, rapide et fiable du tiers payant* » : la mission considère l'objectif de généralisation atteignable techniquement à compter de 2019 pour certaines professions de santé uniquement.

C. Le dispositif proposé

Le I du présent article insère dans le code de la sécurité sociale, au sein d'un chapitre portant « dispositions générales relatives aux soins », un nouvel article L. 162-1-21 fixant le principe du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des bénéficiaires de l'assurance maternité et des patients atteints d'une affection de longue durée, pour les soins en relation avec l'affection concernée.

Il s'agit d'inscrire dans le droit positif, à l'instar des dispositions relatives aux bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS et des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, cette mesure devenue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017. La pratique du tiers payant pour ces publics est quasi-généralisée : elle concerne 98,6 % des soins pour les patients en ALD et 90,4 % pour les femmes enceintes¹.

Le 1^o du II supprime, en parallèle, trois alinéas de l'article 83 de la loi santé :

- les 1^o et 2^o portant sur la généralisation du tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maternité et aux patients en ALD, par coordination avec sa codification proposée au présent I ;

- le 5^o prévoyant la généralisation obligatoire du tiers payant à l'ensemble des assurés à compter du 30 novembre 2017, tirant ainsi les conséquences du report de cette obligation.

¹ Données de la Cnamts pour le deuxième trimestre 2017 (cf. rapport de l'Igas précédent).

Lors des débats à l’Assemblée nationale, la ministre en charge de la santé a indiqué, à cet égard, son souhait de « *changer de méthode* », en mettant d’abord en place les outils pour faciliter et fiabiliser le tiers payant, aussi bien sur la part obligatoire que complémentaire de l’assurance maladie.

A cette fin, le **2° du II** complète, au II de l’article 83 précité, la liste des rapports sur les modalités d’application du déploiement du tiers payant, aux fins de **rendre le tiers payant intégral « généralisable »** à tous les assurés dans des conditions techniques fiabilisées. Cet objectif cible demeure, comme noté dans l’exposé des motifs de l’amendement, car il permettra de « *lever complètement les freins financiers à l’accès aux soins* ».

Ce **rapport**, établi par le Gouvernement et remis au Parlement **avant le 31 mars 2018**, devra porter sur « *le calendrier de mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre* ».

Le dispositif précise et encadre la concertation préalable sur laquelle devra s’appuyer ce rapport : celle-ci sera menée avec les caisses nationales d’assurance maladie, les organismes complémentaires, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés, les associations d’usagers du système de santé et des représentants des éditeurs de logiciels ; elle devra également identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti au-delà des patients déjà couverts obligatoirement.

II - La position de la commission

Votre commission s’était exprimée en faveur du tiers payant intégral lorsqu’il a été étendu aux publics fragiles : ce fut le cas des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et, depuis juillet 2015, des bénéficiaires de l’aide à la complémentaire santé (ACS)¹. Pour ces publics, le tiers payant est quasi-généralisé. Mais comme l’a souligné le directeur général de la Cnam lors de son audition, le tiers-payant est une réponse au problème du renoncement aux soins : ce n’est pas la seule.

Lors de l’examen de la loi santé, votre commission s’est **opposée à la généralisation du tiers payant obligatoire**, qui avait contribué à tendre inutilement les débats entre le précédent Gouvernement et les professionnels de santé. Vos rapporteurs relevaient alors : « *L’obligation de pratiquer la dispense d’avance de frais constitue l’établissement d’un lien direct entre les organismes payeurs et les professionnels libéraux, qui revient sur les choix opérés lors de la mise en place de la sécurité sociale de préserver la relation directe entre patients et médecins pour laisser les premiers libres du choix de leur praticien et les seconds libres de choisir les modalités de leur exercice* »².

¹ Article L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale, créé par loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (article 41).

² Rapport n° 653 (2014-2015) sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé, présenté par M. Alain Milon et Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, 22 juillet 2015.

Les rapports d'évaluation établis sur le sujet montrent que la perspective fixée par la loi santé n'était pas raisonnable et qu'une telle évolution ne peut se faire contre les professionnels de santé.

Dans ces conditions, **votre commission salue la décision pragmatique du Gouvernement de renoncer à appliquer cette obligation à marche forcée** dans des délais qualifiés d'irréalistes par l'Igas. Elle rappelle son attachement à ce que le tiers payant demeure non obligatoire pour les professionnels de santé, en dehors des publics les plus fragiles.

Sous réserve d'un amendement de nature rédactionnelle (amendement n° 137), **la commission vous demande d'adopter cet article.**

Article 44 ter

Demande de rapport sur le parcours de soins des personnes handicapées et en situation de précarité

Objet : Cet article, inséré à l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales et de plusieurs groupes politiques de l'Assemblée nationale, propose qu'un rapport du Gouvernement soit remis au Parlement sur le parcours de soins des personnes handicapées et en situation de précarité

I – Le dispositif proposé

Par cet article issu d'amendements identiques de la commission des affaires sociales et de plusieurs groupes politiques, l'Assemblée nationale propose que le Gouvernement lui remette un rapport, dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, sur « l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité ».

L'article 88 de la LFSS pour 2017 comportait une mesure similaire, puisqu'il prévoit que « le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge ».

II – La position de la commission

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

Article 45

(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes

Objet : Cet article prolonge le dispositif dérogatoire à la facturation directe et individuelle des établissements de santé, jusqu'au 1^{er} mars 2019 pour les actes et consultations externes et jusqu'au 1^{er} mars 2022 pour les séjours d'hospitalisation et autres prestations.

I - Le dispositif proposé

• La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) par la loi de financement pour 2004 s'est accompagnée de l'affirmation du principe de facturation individuelle des établissements de santé (projet Fides) à l'assurance maladie.

Toutefois, pour ceux qui relevaient jusqu'alors de la dotation globale (secteurs public et privé à but non lucratif), le **I de l'article 33** de la même loi a prévu, à titre **transitoire**, un **dispositif dérogatoire** de valorisation de l'activité par les agences régionales de santé¹.

Cette procédure de facturation indirecte et globalisée devait dans un premier temps s'appliquer uniquement pour 2005, puis elle a été régulièrement prorogée dans plusieurs lois de financement. La loi de financement pour 2014 a prévu qu'elle **prendrait fin au plus tard le 1^{er} mars 2016 pour les actes et consultations externes et le 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières**, selon des modalités pouvant être différentes et progressives en fonction de la catégorie des établissements.

Parallèlement, face aux lourdeurs administratives, une expérimentation de facturation directe aux caisses d'assurance maladie a été ouverte aux établissements volontaires par l'article 54-II de la loi de financement pour 2009. Effective à compter de 2011 pour les seuls **actes et consultations externes** (projet Fides-ACE), qui représentent les plus gros volumes de facturation, elle a conduit à une **quasi-généralisation** de la facturation individuelle : d'après l'étude d'impact, 94 % des 548 établissements concernés sont passés en production pour ces actes.

¹ Les établissements de santé transmettent leurs données d'activité mensuelles à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Sur la base de ces données, l'ARS procède à la valorisation de l'activité de l'établissement, sur la base des tarifs relatifs aux prestations, et arrête le montant des sommes dues par l'assurance maladie obligatoire à l'établissement.

- **Le présent article adapte en conséquence les dispositions transitoires et dérogatoires et en reporte une nouvelle fois le terme.**

Le I introduit de nouvelles dispositions non codifiées reprenant largement celles de l'actuel paragraphe I de l'article 33 de la loi de financement pour 2004, mais en ne faisant référence qu'aux « *prestations hospitalières* » et « *dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations* », et non plus aux actes et consultations externes.

Est ainsi prévue, de la même manière, la transmission par les établissements de leurs données d'activité et de consommation de produits pharmaceutiques à l'ARS, qui procède à leur contrôle et à leur valorisation.

Le II supprime les dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 à compter du 1^{er} mars 2019, c'est-à-dire à la date à laquelle, selon le Gouvernement, le projet Fides-ACE de généralisation de la facturation individuelle pour les actes et consultations externes aura totalement abouti. Cela permettra notamment aux établissements d'outre-mer ayant pris du retard de basculer vers la facturation directe.

Le III prévoit que les dispositions prévues au I du présent article prendront fin au plus tard le **1^{er} mars 2022** « *selon des modalités calendaires précisées par décret* ». C'est donc à cette date, et non plus au 1^{er} mars 2018 comme prévu jusqu'à présent, que devrait être généralisée la facturation individuelle des séjours hospitaliers par les établissements de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article **sans modification**.

III - La position de la commission

La facturation individuelle des établissements de santé vise à améliorer la transparence des activités hospitalières et donc la connaissance et le suivi des parcours de soins.

Le dossier a souffert de longs retards, révélateurs des enjeux des systèmes d'information à l'hôpital mais aussi du poids que cette évolution fait peser sur le fonctionnement administratif des établissements de santé, si bien que certains acteurs s'interrogent sur son rapport coût - avantage. Un accompagnement serait utile pour donner du sens à ce projet.

Sous réserve d'un amendement de nature rédactionnelle (amendement n° 138), la commission vous demande d'adopter cet article.

Article 46
(art. L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale)
Abrogation de la dégressivité tarifaire

Objet : Cet article met fin au mécanisme de dégressivité tarifaire prévu dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose d'un unique alinéa tendant à la suppression de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci, créé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, prévoit un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation. Sur la base de seuils fixés par l'État, soit en volume, soit en pourcentage d'évolution, les tarifs peuvent être minorés, pour la part de l'activité réalisée au-delà du seuil prévu.

Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, la mise en œuvre de ce dispositif n'aurait pas permis d'atteindre les objectifs qui lui avaient été assignés, à savoir l'incitation des établissements à la maîtrise de leur volume d'activité et l'individualisation par établissement de la régulation des prix et volumes d'actes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

Votre rapporteur souligne que l'impact effectif de ce dispositif est en effet bien loin des résultats attendus. Alors que l'étude d'impact du projet de loi de financement pour 2014 prévoyait une montée en charge progressive du dispositif avec des économies prévisionnelles de 55 millions d'euros en 2014, 110 millions en 2015, 165 millions en 2016 et 220 millions en 2017, le Gouvernement indique que les montants récupérés au titre de ce mécanisme se sont élevés à seulement 8 millions d'euros en 2015.

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

Article 47

(art. 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016)

Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé

Objet : Cet article reporte au 1^{er} octobre 2018 l'entrée en vigueur du principe de prise en charge des transports inter-établissements par les établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

• L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017¹ avait prévu le principe selon lequel les transports inter-établissements sont pris en charge par l'établissement prescripteur (et non plus par l'assurance maladie), comme le sont déjà les transports intra-établissement. Il prévoyait en conséquence l'intégration des sommes correspondantes dans les tarifs hospitaliers ou, selon le cas, dans la dotation annuelle. La date d'entrée en vigueur de la mesure était fixée au 1^{er} mars 2018.

L'objectif de cette réforme était double. Il s'agit en premier lieu de sécuriser le cadre juridique de la prise en charge du transport sanitaire, qui, selon le Gouvernement, est aujourd'hui relativement flou : la détermination de la responsabilité de la prise en charge financière (établissement ou assurance maladie) repose en effet sur des critères parfois difficiles à apprécier². Il s'agit également d'inciter les établissements à gagner en efficience sur ce poste de dépenses à la fois par une prescription plus pertinente de transport sanitaire et par une meilleure organisation de la commande de transport.

• Cependant, selon les informations figurant dans l'étude d'impact et les éléments transmis à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), la mise en œuvre de la réforme - qui repose à la fois sur des travaux techniques visant à définir le périmètre des transports concernés et sur une concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé - a pris du retard.

¹ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

² Selon les informations transmises par la DSS, il s'agit notamment de la durée du transfert et des prestations réalisées à la suite du transport.

La DSS indique que **le principal point d'achoppement résidait dans la définition du périmètre de la réforme**, qui doit permettre de définir l'enveloppe des dépenses qui sera allouée aux établissements. Se posait ainsi la question de l'intégration dans l'enveloppe des transports par avion ou par bateau, qui ne concerne que quelques établissements¹.

Si, selon la DSS, ce problème est aujourd'hui tranché et la publication des textes d'application imminente, l'absence de ces derniers pour le moment n'a pas permis aux établissements de lancer des appels d'offre. Le délai de sept mois supplémentaires proposé pour l'application de la réforme vise à tenir compte des délais liés aux procédures de la commande publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

Votre rapporteur a été alerté sur les conditions de mise en œuvre de cette réforme par l'ensemble des fédérations hospitalières entendues.

Celles-ci ont unanimement pointé **l'absence de consensus autour du chiffrage proposé par la Cnam pour la détermination de l'enveloppe correspondant à la réforme**, qui serait selon elles très largement insuffisante.

Elles ont également souligné le **risque d'incitation au contournement des règles** qui pourrait résulter de l'application d'une réforme insuffisamment concertée. Les établissements pourraient en effet être encouragés à recourir à des sorties plutôt que des transferts en cas de besoin de soins relevant d'un autre établissement, afin de continuer à faire prendre en charge les transports correspondants par l'assurance maladie.

Sans porter de jugement sur le fond de ces arguments, votre commission relève que les conditions ne sont pas réunies pour l'application sereine de cette réforme, dont elle ne remet par ailleurs pas en cause le principe. Elle a en conséquence adopté un amendement de son rapporteur prévoyant **le report de cette réforme au 1^{er} octobre 2019** (amendement n° 139), afin de permettre un approfondissement de la concertation.

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

¹ Selon la DSS, le choix d'une intégration de ces dépenses de transports spécifiques dans les tarifs hospitaliers n'inciterait pas les établissements concernés à gagner en efficience, en plus de leur être financièrement préjudiciable.

Article 48

(art. L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016)

Déploiement de la réforme du financement des activités des SSR

Objet : Cet article prolonge de deux ans le dispositif transitoire prévu en 2017 pour assurer une mise en œuvre progressive des nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

I - Le dispositif proposé

Le I du présent article procède, à droit constant, à la rectification d'une erreur de numérotation de deux articles du code de la sécurité sociale.

Le II reporte les conditions d'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation votée en 2016 et ajuste certaines modalités de sa montée en charge progressive.

A. Les grandes lignes de la réforme du financement des activités de SSR

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a engagé une réforme du financement des activités de SSR afin de corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités.

En distinguant le principe d'une dotation globale pour les établissements publics et privés non lucratifs (dotation annuelle de financement - DAF) et celui d'un prix de journée pour les établissements privés lucratifs relevant de l'objectif quantifié national (OQN), ce mode de financement avait conduit à des inégalités de répartition des ressources.

Le nouveau modèle, commun aux établissements publics comme privés, combine une part fondée sur l'activité - la dotation modulée à l'activité (DMA) composée d'une part fixe assise sur les recettes historiques de l'établissement et d'une part variable prenant en compte son activité - et des financements complémentaires forfaitaires¹.

La loi de financement pour 2016 a rendu ces **dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve d'un déploiement progressif jusqu'au 1^{er} mars 2022** dans le cadre d'un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme. Ce mécanisme repose sur une modulation des fractions déterminant la part fixe et la part variable de la DMA et l'application d'un coefficient de transition déterminé pour chaque établissement par le directeur général de l'ARS.

¹Remboursement de molécules onéreuses et de frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés, dotation Migac et, depuis 2017, dotation Ifaq au titre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La loi de financement pour 2017 (article 82) a apporté plusieurs **ajustements** à la mise en œuvre de cette réforme, avec notamment la mise en place d'une **année de transition jusqu'au 1^{er} mars 2018** combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme.

B. De nouveaux ajustements proposés dans les conditions de mise en œuvre de cette réforme

• Le **II - A** du présent article poursuit les ajustements apportés par la précédente loi de financement, afin de **prolonger jusqu'en janvier 2020 la période transitoire censée atteindre son terme le 28 février 2018 et d'en prévoir quelques assouplissements**.

Ce nouveau report est justifié par des contraintes techniques et notamment la nécessité de disposer d'un délai supplémentaire pour adapter les systèmes d'information au mécanisme de facturation et de liquidation.

Plusieurs modifications du **III de l'article 78** de la loi de financement pour 2016 portant dispositions transitoires sont proposées en ce sens.

- Le **1^o** modifie les A et B afin de reporter au 1^{er} janvier 2020, au lieu du 1^{er} mars 2018, la mise en œuvre du mécanisme de convergence permettant d'amortir, jusqu'en 2022, les effets de la réforme.

- Le **2^o** modifie le C instaurant des modalités spécifiques de **facturation** des prestations jusqu'au 1^{er} mars 2020. Cette période transitoire est prolongée jusqu'au 1^{er} mars 2022, ce qui renvoie aux dispositions de l'article 45 du présent projet de loi.

- Le **3^o** modifie le D introduit par la loi de financement pour 2017 et instituant un **coefficent de majoration** applicable aux tarifs des actes durant la montée en charge du nouveau financement, du 1^{er} mars 2017 au 1^{er} mars 2022, pour tenir compte du niveau de spécialisation de chaque établissement. Il **supprime la précision selon laquelle ce coefficient est progressivement réduit chaque année**, jusqu'en 2022. Cela doit permettre plus de souplesse dans la montée en charge du dispositif, en renvoyant la fixation du niveau de ce coefficient à un arrêté annuel pris « *eu égard à l'avancée réelle des travaux classificatoires* ». D'après les indications transmises à votre rapporteur, la classification en groupes médico-économiques servant de base à la valorisation de l'activité SSR devrait être présentée aux acteurs en fin d'année 2017 en vue d'une publication au premier trimestre 2018.

- Le **4^o** modifie le E également introduit par la loi de financement pour 2017 et instituant, jusqu'au 28 février 2018, un système transitoire dual, combinant anciennes et nouvelles règles de financement.

Le *a*) prévoit plusieurs évolutions :

- par coordination, le terme de cette période est reporté au 31 décembre 2019 ;

- afin de simplifier les modalités de facturation des établissements privés sous OQN, la référence au coefficient minorant les prix de journée est remplacée par une notion plus large, devant laisser plus de souplesse. Les modalités sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat, qu'il conviendra de prendre en concertation avec les acteurs concernés ; le **II - C** prévoit que ces dispositions s'appliqueront à compter de la campagne tarifaire 2018 ;

- le calcul et donc le rythme de déploiement des nouvelles modalités de financement sont modulés afin de **permettre une différenciation par catégorie d'établissements**.

Est également reportée à l'horizon 2020 l'entrée en vigueur des financements complémentaires des molécules onéreuses et plateaux techniques spécialisés (*b*) ainsi que les modalités de détermination de l'objectif de dépenses SSR (*c*).

- Le **5°** procède à une coordination similaire.

- Le **II - B** procède à des coordinations dans les paragraphes V et VI de l'article 78 précité, pour reporter jusqu'à fin 2019 l'application des dispositions transitoires concernant la manière d'identifier la consommation des molécules onéreuses ou le maintien du mode de financement antérieur des maisons d'enfants à caractère sanitaire.

- Une enveloppe de **cinq millions d'euros** est prévue en 2018 au sein de l'Ondam pour accompagner la montée en charge de la réforme du financement des activités de SSR.

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

Votre commission avait relevé, lors de l'examen de la réforme du financement des activités de SSR, que **si son principe faisait consensus, son impact financier sur les établissements était insuffisamment étayé**.

Les ajustements successifs apportés aux modalités de mise en œuvre de cette réforme paraissent confirmer cette analyse.

Dans le cadre de la « *réflexion sur la place et les missions des SSR dans l'offre de soins* » que la direction générale de l'offre de soins devrait prochainement engager, une étude sur le modèle économique et le financement de ces activités, marquées par une très forte hétérogénéité, serait opportune, en concertation avec les acteurs concernés.

Sous réserve d'un amendement de nature rédactionnelle (amendement n° 140), **la commission vous demande d'adopter cet article.**

Article 49
(art. L. 1432-5, L. 1435-9, L. 1435-9-1 [nouveau]
et L. 1435-10 du code de la santé publique)
Assouplissement des règles de gestion du FIR

Objet : Cet article autorise une dérogation au principe de sanctuarisation des crédits médico-sociaux pour le financement d'actions relatives aux parcours de santé complexes, assouplit le périmètre du budget annexe des ARS destiné à la gestion du FIR, simplifie les règles d'adoption de l'arrêté fixant la dotation de l'assurance maladie au FIR et modifie les règles relatives à la gestion des crédits non consommés de ce fonds.

I - Le dispositif proposé

Cet article prévoit plusieurs mesures visant à modifier les règles de gestion du fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) de gérer une enveloppe de crédits correspondant à leurs priorités.

A. Dérogation au principe de sanctuarisation des crédits du médico-social pour le financement d'actions relatives aux parcours de santé complexes

La gestion des crédits du FIR est soumise au **principe de fongibilité asymétrique** prévu par l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. En application de ces dispositions, les crédits destinés au financement de la prévention sanitaire ne peuvent être affectés à celui des soins ou des prises en charge médico-sociales, tandis que les crédits destinés au financement du médico-social ne peuvent être affectés à celui des soins.

Le **paragraphe I** du présent article tend à créer un nouvel article L. 1435-9-1 du code de la santé publique **dérogeant partiellement à ce principe pour le financement de dispositifs de coordination des parcours de santé complexes, y compris en dehors du strict champ médico-social**, à la condition toutefois que ces dispositifs concernent au moins partiellement les personnes âgées ou handicapées.

Cette dérogation s'entend par rapport, d'une part, au principe général de fongibilité asymétrique applicable aux crédits destinés au financement du médico-social, et, d'autre part, à la sanctuarisation des crédits destinés au financement des projets dits « Paerpa »¹.

Les crédits destinés au financement de la méthode d'action « Maia » et au financement des projets « Paerpa » pourront ainsi être affectés par l'ARS « à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées ».

B. Assouplissement du périmètre du budget annexe des ARS destiné à la gestion du FIR

Le **1° du paragraphe II** tend à modifier l'article L. 1423-5 du code de la santé publique, relatif au budget annexe de l'ARS permettant la gestion des crédits du FIR. En l'état actuel du droit, cet article prévoit que ce budget est établi pour la seule gestion des crédits du FIR.

Il est proposé que ce budget permette aussi d'assurer la gestion de l'ensemble des crédits versés à l'ARS et destinés à financer une action entrant dans le cadre des missions reconnues au fonds par la loi.

C. Simplification des règles d'adoption de l'arrêté fixant la dotation de l'assurance maladie au FIR

Le 1° du l'article 1435-9 du code de la santé publique, qui prévoit le principe de l'abondement du FIR par une dotation de l'assurance maladie dont le montant est annuellement fixé par arrêté ministériel, est modifié par le **2° du paragraphe II**.

Celui-ci prévoit que cet arrêté doit être pris par le seul ministre en charge de la sécurité sociale, et non plus par les ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées.

D. Modification des règles relatives à la gestion des crédits non consommés du FIR

Le **3° du paragraphe II** modifie enfin l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, qui encadre les règles du report des crédits non consommés du fonds, afin d'opérer une simplification et une clarification de ces règles dans deux directions :

- il est tout d'abord proposé que les crédits non consommés en année n soient directement déduits des contributions pour l'année suivante de l'assurance maladie et du CNSA au FIR, plutôt que de leur être reversés avant un nouvel abondement ;

¹ Issus de l'article 48 de la LFSS pour 2013, les projets destinés aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) visent à améliorer le parcours de soins des personnes âgées de 75 ans et plus par une meilleure coordination entre les professionnels d'un territoire de santé.

- la rédaction proposée intègre par ailleurs la suppression de la possibilité de reverser les crédits non consommés à l'État, dans la mesure où il n'abonde plus le FIR depuis 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de son rapporteur général visant à adapter les règles de fongibilité du FIR aux situations de conversions d'activité.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article, qui porte principalement des ajustements techniques correspondant déjà, pour certains d'entre eux, à l'état des pratiques, **sans modification**.

*Article 50
(art. L. 313-1, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 314-6
du code de l'action sociale et des familles)*

Régime de contractualisation dans le secteur médico-social

Objet : Cet article apporte plusieurs modifications au régime de la caducité des autorisations accordées aux services et établissements, ainsi qu'à leur régime de contractualisation

I - Le dispositif proposé

A. Le régime de caducité partielle

Aux termes de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), tout établissement ou service médico-social doit se voir attribuer par l'autorité de tarification une **autorisation préalable** à l'exercice de son activité. Le régime de la caducité de cette autorisation connaît depuis deux ans des inflexions notables.

Avant 2017, toute autorisation était caduque **si elle n'avait pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans**, le commencement d'exécution s'entendant comme tout élément de réalisation tendant à rendre l'autorisation effective. Ce régime de caducité présentait l'inconvénient de ne pas frapper les débuts de réalisations restés inaboutis : un établissement entamé mais inapte à recevoir du public parce qu'inachevé ne pouvait se voir opposer la caducité de son autorisation.

L'article 89 de la LFSS pour 2017 a apporté une modification importante et bienvenue à ce régime : désormais, « *toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai* » de trois ans¹. La caducité n'est donc plus conditionnée au commencement d'exécution des travaux mais à l'ouverture de l'établissement au public.

L'article 50 du présent projet de loi entend modifier une nouvelle fois cette disposition, dont les effets paraissent, à rebours du droit antérieur à 2017, excessivement défavorables aux établissements. Il s'agit d'introduire un **régime de caducité partielle**, aux termes duquel toute autorisation serait réputée **totale ou partiellement caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans le délai de trois ans**.

B. Aménagements au régime des Cpom pluriactivités

Le 2^o et le 3^o apportent quelques aménagements au régime juridique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces aménagements participent d'une **réforme ambitieuse de la contractualisation** des établissements médico-sociaux, dont plusieurs aspects sont successivement abordés au gré des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

1. Les Cpom de l'article L. 313-12

Le 2^o vise les Cpom de l'article L. 313-12 du CASF, à savoir ceux dont les Ehpad sont signataires. Le a) concerne les Cpom spécifiques au sein desquels **le gestionnaire unique d'un Ehpad peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services médico-sociaux**, y compris chargés de la prise en charge de personnes handicapées, **sous la double condition d'une identité de gestionnaire et de ressort territorial**. Il s'agit d'un type particulier de contrat que le gestionnaire peut conclure avec l'autorité de tarification et au sein duquel il peut englober l'ensemble des établissements qu'il administre, tous secteurs confondus, si ces derniers relèvent du même échelon territorial. Pour le cas de l'échelon régional, l'accord de l'ensemble des présidents des conseils départementaux concernés doit être recueilli.

Le dispositif proposé introduit, pour ces contrats pluriactivités, **la possibilité d'une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au contrat**. Votre rapporteur relève que cette possibilité de modulation existe déjà, depuis la LFSS pour 2017, pour les contrats de l'article L. 313-12-2 spécifiques au secteur du handicap.

¹ Le délai est précisé par l'article D. 313-7-2 du CASF.

2. Les Cpom de l'article L. 313-12-2

Le 3° de l'article 50 vise particulièrement les Cpom de l'article L. 313-12-2 du CASF, conclus dans le secteur du handicap. La rédaction de cet article n'est pas tout à fait symétrique de celle de l'article L. 313-12. Alors que ce dernier envisage successivement le régime des contrats englobant uniquement des Ehpad (IV *ter A*, alinéas 1 et 2) et celui des contrats pluriactivités (IV *ter A*, alinéa 3), l'article L. 313-12-2 traite des contrats de deux types d'établissements :

- **les établissements et services chargés de la prise en charge du handicap** autres que ceux relevant de la compétence tarifaire unique du conseil départemental (foyers de vie et foyers d'hébergement) ;
- **les services chargés de la prise en charge de personnes âgées** relevant de la compétence tarifaire unique de l'ARS ou conjointe de l'ARS et du conseil départemental (autrement dit, à l'exclusion des services d'aide à la personne).

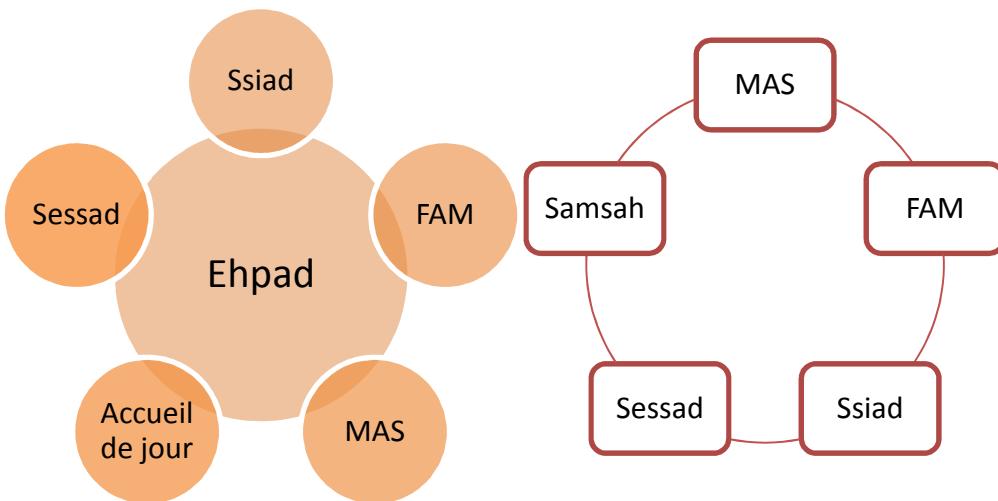
Le a) du 3° apporte une première précision relative à la seconde catégorie visée par l'article L. 313-12-2. Le Cpom se trouve élargi aux « *établissements et services* » chargés de la prise en charge de personnes âgées, à l'exception des Ehpad dont le régime est déjà décrit à l'article L. 313-12.

Le b) du 3° élargit le périmètre des Cpom de l'article L. 313-12-2 : parallèlement aux Cpom pluriactivités de l'article L. 313-12, le dispositif proposé prévoit que, sous la double condition d'une identité de gestionnaire et de ressort territorial, tous les services et établissements concernés pourront faire l'objet du même Cpom. **Est en revanche maintenue l'exclusion des Ehpad du périmètre des Cpom pluriactivités de l'article L. 313-12-2.**

Les deux régimes de Cpom pluriactivités

Article L. 313-12

Article L. 313-12-2



C. Fin de l'opposabilité des conventions collectives pour les établissements privés à but non lucratif signataires d'un Cpom

Inversement aux établissements et services médico-sociaux publics, dont les personnels bénéficient du statut d'agents publics, les personnels des établissements médico-sociaux du secteur privé non lucratif, qui forment la **branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif** (BASS) sont régis par deux principales conventions collectives de travail :

- la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, dite **CCN 51** ;
- la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, dite **CCN 66**.

Ces conventions collectives, négociées entre les organisations d'employeurs et des syndicats de salariés reconnus, comportent des dispositions relatives au droit syndical, au contrat de travail, à la durée et à l'aménagement du temps de travail, aux conditions de travail ainsi qu'à la rémunération des employés de la BASS. En vertu de l'article L. 2251-1 du code du travail, elles peuvent « *comporter des stipulations plus favorables aux salariés que les dispositions légales en vigueur [mais ne] peuvent déroger aux dispositions qui revêtent un caractère d'ordre public* ».

L'article L. 314-6 du CASF dispose que ces conventions collectives « *ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent* » et « *s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification* », à l'exception de celles applicables au personnel des Ehpad signataires d'un Cpom. Concrètement, cela signifie que les négociations relatives aux rémunérations des employés de la BASS conduites au sein de la branche sont **opposables à l'autorité tarifaire (ARS et conseil départemental)** pour le versement aux établissements de leur dotation.

Le 4° de l'article 50 du présent projet de loi introduit deux modifications :

- il **soustrait à l'agrément ministériel** les conventions collectives applicables à des personnels d'établissements ou de services **ayant conclu un Cpom** (articles L. 313-12 et L. 313-12-2 confondus). À terme, d'ici 2021, c'est l'ensemble du secteur privé non lucratif qui devrait se trouver concerné ;
- il **prévoit la fin de l'opposabilité à l'autorité tarifaire** de toute convention collective applicable à des personnels d'établissements **ayant conclu un Cpom** (articles L. 313-12 et L. 313-12-2 confondus).

La mesure tend à mettre fin à l'obligation pour l'autorité tarifaire de tenir compte dans le calcul des dotations versées des revalorisations salariales décidées par les conventions collectives. Votre rapporteur souligne qu'à cet égard chaque PLFSS comprend, au titre des **mesures nouvelles** financées pour l'année à venir, une revalorisation systématique des moyens existants incluant l'augmentation de la masse salariale.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement soutenu par notre collègue députée Nathalie Elimas et plusieurs de ses collègues du groupe Modem. Son dispositif vise à reconnaître aux établissements et services médico-sociaux signataires d'un Cpom pluriactivités de l'article L. 313-12 ou d'un Cpom de l'article L. 313-12-2 la **liberté d'affectation de leurs résultats d'exploitation**.

Cette faculté était déjà attribuée aux gestionnaires d'Ehpad signataires d'un Cpom mono-activité. Elle vient, dans la continuité de la réforme de la contractualisation des établissements médico-sociaux, **compléter le droit des gestionnaires d'établissements chargés de la prise en charge du handicap¹** ou signataires d'un Cpom englobant des établissements de plusieurs secteurs.

¹ Voir le tome I pour une explication du rythme différent de l'application de la liberté d'affectation selon les gestionnaires d'établissements.

III - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement les dispositifs de l'article 50, qui vont dans le sens d'une plus grande responsabilisation des gestionnaires d'établissements médico-sociaux et qui accompagnent favorablement la restructuration nécessaire de l'offre.

A. Préciser le régime de la caducité partielle

Votre commission avait vu d'un assez bon œil la modification du régime de la caducité des autorisations introduite par la LFSS pour 2017 qui, excessivement favorable aux établissements, avait été repensé dans l'intérêt des usagers. C'est pourquoi elle estime un peu périlleuse l'introduction de la notion de « caducité partielle » qui, en l'état du droit proposé, présente le risque d'une caducité totale en cas d'installation seulement partielle des places.

Votre commission suggère donc d'apporter, par l'amendement n° 141, à l'article L. 313-1 du CASF une rectification de nature à « sanctuariser » les places effectivement installées et à les soustraire clairement du champ de la caducité.

B. Préciser le régime des Cpom de l'article L. 313-12-2

La réforme de la contractualisation du secteur médico-social fait l'objet, depuis la promulgation de la loi portant adaptation de la société au vieillissement (ASV), d'un déploiement progressif auquel le présent projet de loi prend sa part. Très favorable à l'esprit de cette réforme, votre commission déplore tout de même que cette dernière s'effectue par touches ponctuelles et déstructurées, menaçant ainsi sa lisibilité d'ensemble pour le secteur.

Le tableau ci-dessous retrace les évolutions du régime juridique des contrats du secteur médico-social, dont les retouches successives prennent pour appui divers véhicules législatifs depuis décembre 2015.

	Personnes âgées	Personnes handicapées
Loi ASV	Cpom obligatoire pour les Ehpad et Cpom départemental obligatoire si même gestionnaire Possibilité de Cpom pluriactivités Liberté d'affectation des résultats	
LFSS pour 2016		Cpom obligatoire pour chaque établissement
LFSS pour 2017	Possibilité pour l'autorité tarifaire d'imposer un plan de retour à l'équilibre financier	Modulation du tarif en fonction de critères d'activité Possibilité pour l'autorité tarifaire d'imposer un plan de retour à l'équilibre financier
PLFSS pour 2018	Modulation du tarif en fonction de critères d'activité Liberté d'affectation des résultats pour les Cpom pluriactivités	Possibilité de Cpom pluriactivités (sans Ehpad) Liberté d'affectation des résultats

À l'issue du vote du présent projet de loi, les deux secteurs des personnes âgées et personnes handicapées auront entamé un **rapprochement bienvenu de leur régime contractuel**. Ce dernier s'appuie sur deux piliers principaux :

- le **regroupement**, à travers la possibilité pour un gestionnaire d'établissements de signer un Cpom unique pour tous secteurs d'activité, à la condition d'une identité de ressort territorial ;
- la **responsabilisation accrue du gestionnaire**, dont la dotation peut être modulée en fonction de critères d'activité et qui bénéficie dorénavant de la liberté d'affectation de ses résultats d'exploitation.

Subsiste néanmoins une asymétrie dans les régimes contractuels des deux secteurs. L'article L. 313-12 du CASF pose le principe d'une **obligation de signature d'un Cpom commun entre tous les Ehpad gérés par un même gestionnaire sur un même département**. La mesure vise à mutualiser les coûts et à faciliter les économies d'échelle dans les cas où les dotations des établissements présentent une identité de versement et peuvent donc s'effectuer en toute transparence. Aucune disposition de ce genre n'est prévue pour les Cpom du secteur des personnes handicapées, où n'est laissée que la **possibilité** de conclure un Cpom pluriactivités.

L'amendement n° 142 se propose d'introduire un dispositif parallèle pour les Cpom de l'article L. 313-12-2 du CASF. Il s'agit de **rendre obligatoire la signature d'un Cpom commun** à plusieurs établissements chargés de la prise en charge des personnes handicapées **à la triple condition d'une identité de gestionnaire, de ressort territorial et de mode de tarification**. Cette dernière condition vient s'ajouter au modèle déjà prévu pour les Cpom départementaux entre Ehpad, en raison des diversités de tarification possibles entre établissements du secteur handicap.

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

Article 50 bis
(art. L. 233-2 du code de l'action sociale et des familles)
Dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'affecter une partie de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie aux dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs

I – Le dispositif proposé

Aux termes de l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, il est établi dans chaque département une **conférence des financeurs** de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, chargée du diagnostic des besoins repérés et de la définition d'un « *programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention* ». La suite de l'article définit les missions spécifiques de la conférence des financeurs, qui comprennent surtout le **financement d'actions ponctuelles favorisant le maintien à domicile**, la **coordination des services d'aide à domicile** et le **soutien aux proches aidants**.

Ces financements sont assurés par une ventilation départementale de crédits par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ces crédits, retracés dans la première sous-section de la section V de son budget, sont abondés par une **fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa)** et par une **fraction de l'objectif global de dépenses (OGD)** réservé aux personnes âgées.

Sous-section 1 de la section V du budget de la CNSA

(en millions d'euros)

	Charges		Produits	
	2016	2017 (p)	2016	2017 (p)
Conférence des financeurs	130,5	180	Casa	313,5
			Fraction de l'OGD	10
Solde	193	29,9		

Source : Rapport de la CNSA, avril 2016

Ainsi, la consolidation, faite d'après les termes de l'article L. 14-10-5 du CASF, des recettes et des dépenses de la sous-section 1 de la section V montre un **excédent réalisé en 2016 de presque 195 millions d'euros et anticipé en 2017 de presque 30 millions d'euros**.

Ces excédents témoignent d'une **déconnection assez forte des recettes et des dépenses**. Cette dernière peut même être aggravée par une sous-consommation par les départements des crédits consacrés au financement des conférences des financeurs¹. Outre qu'ils contribuent à alimenter le solde des fonds propres de la CNSA, sur lequel règne une opacité certaine, ces excédents fournissent ponctuellement le financement d'appoint de dispositifs dont le lien avec les missions de la Caisse n'est pas nécessairement établi, comme par exemple le **fonds d'appui aux départements en difficulté pour le financement du RSA doté de 50 millions d'euros**².

Le présent projet de loi prévoit deux mesures visant à réduire le déséquilibre budgétaire de cette sous-section :

- la version actuelle de l'article L. 14-10-5 du CASF prévoit que la fraction de la Casa abondant la sous-section 1 de la section V ne peut être inférieure à 28 % ; **l'article 18** propose d'abaisser ce plancher à 23,9 %. Cette disposition aboutirait ainsi à diminuer son excédent structurel ;
- **le présent article 50 bis**, inséré par un amendement du Gouvernement, crée deux charges supplémentaires au budget de la sous-section : le financement des dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs et le financement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

II – La position de la commission

Votre commission salue ces dispositions dont elle espère qu'elles limiteront les excédents structurels des sections du budget de la CNSA, dont les contours sont définis par la loi et qui, en alimentant le montant des fonds propres de la CNSA, ne participent pas d'une gestion financière saine et transparente de la Caisse.

Cependant, votre commission doute que la création de charges nouvelles suffise à rapprocher le niveau des charges de celui des produits. En effet, le dispositif de l'article 50 bis occulte l'important phénomène des **provisionnements des charges non consommées**.

¹ Votre commission des affaires sociales anticipe une sous-consommation de ces crédits d'environ 100 millions d'euros pour 2017. Cette estimation rejoint celle de l'Assemblée des départements de France (ADF).

² Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017, article 89 II.

En 2017, le montant total des crédits relatifs aux conférences des financeurs, mais aussi au financement de l'APA 2, n'a pu être consommé par les départements faute d'une préparation suffisante. Sur les 486 millions d'euros consacrés en 2017 à ces deux postes budgétaires, **seuls 280 millions d'euros ont fait l'objet d'une dépense effective par les départements**.

Par conséquent, l'ajout d'une charge supplémentaire relative aux conférences des financeurs à la sous-section 1 de la section V, sans accompagnement spécifique pour les départements visant à les aider à mettre en place ces structures, risque d'aggraver *in fine* ces provisionnements.

En outre, votre commission souhaite apporter **deux modifications aux dispositifs actuellement en vigueur de l'aide sociale départementale** :

- un premier amendement n° 144 a pour objet de remédier au problème regrettable de la sous-consommation des crédits relatifs à l'APA 2. Regrettable à deux égards : premièrement pour les départements, qui se trouvent dans la situation paradoxale de ne pouvoir dépenser des crédits dont ils ont grandement besoin ; deuxièmement pour les réserves de la CNSA, qui se trouve artificiellement gonflées par ces recettes inemployées ;

- un second amendement n° 145 propose d'introduire l'expérimentation suivante : dans les départements où la conférence des financeurs est installée, l'agence régionale de santé serait incitée à investir les centres locaux d'information et de coordination (Clic), s'ils disposent des moyens humains et structurels nécessaires, des missions habituellement attribuées aux méthodes d'accompagnement et d'intégration pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

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

Article 51

(art. L. 161-37 et L. 161-41 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 14-10-5 et L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles)

Transfert des missions de l'Anesm à la HAS

Objet : Cet article transfère les missions de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) à la Haute Autorité de santé (HAS).

I - Le dispositif proposé

Crée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a vu le jour le 21 avril 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) en vertu de sa convention constitutive.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Les missions de l’Anesm sont définies à l’article L. 312-8 du code de l’action sociale et des familles. Il s’agit principalement :

- de valider ou d’élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la base desquelles les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) réalisent des évaluations de leurs activités, cette évaluation ayant été rendue obligatoire en 2002¹ (alinéa 1) ;
- d’habiliter les organismes extérieurs chargés de procéder à l’évaluation externe des ESSMS (alinéa 3).

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, l’effectif de l’Anesm était de 28 personnes au 20 mars 2017.

Le présent article prévoit le transfert de l’ensemble des missions et des personnels de l’Anesm à la Haute Autorité de santé (HAS) à compter du 1^{er} avril 2018.

La HAS revêt le statut d’autorité publique indépendante à caractère scientifique. Définies à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, ses missions incluent notamment l’évaluation périodique du service attendu des produits, actes, ou prestations de santé et du service qu’ils rendent, la certification des établissements de santé ainsi que l’élaboration de recommandations de bonnes pratiques.

Au-delà de la proximité des missions assumées par la HAS et l’Anesm, des rapprochements sont déjà intervenus entre les deux agences, en particulier, selon les indications du Gouvernement, avec la mutualisation de certaines fonctions support (comptabilité et achat par exemple). L’Anesm est par ailleurs déjà hébergée dans les locaux de la HAS.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, la convention constitutive de l’Anesm a été prorogée par arrêté pour une durée d’un an à compter du 21 avril 2017, dans l’attente des résultats publiés en mai dernier de l’évaluation de politique publique conduite par l’Inspection générale des affaires sociales (Igas) relative au dispositif d’évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Dans ces travaux, l’Igas ne se prononce pas sur l’avenir de l’Anesm. Dans l’étude d’impact annexée au projet de loi, le Gouvernement souligne cependant que « *cette agence n’a pas atteint la taille critique pour exercer ses missions et que sa gouvernance est complexe* » et met en avant un objectif d’efficience et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques qui justifie l’intégration de l’Anesm à la HAS.

Le présent article comporte **quatre paragraphes**.

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale.

Le **paragraphe I** prévoit que l'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Anesm sont transférés de plein droit et à titre gratuit à la HAS. Des dispositions permettent de protéger le statut des personnels transférés :

- il est précisé que le transfert des salariés de droit privé a lieu dans les conditions prévues à l'article 1224-3 du code du travail : en application de cette disposition, ces salariés devront se voir proposer un contrat de droit public reprenant, « *sauf disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contraires* », « *les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération* » ;

- en ce qui concerne les agents contractuels de droit public, ils conservent le bénéfice des clauses de leur contrat.

Le **paragraphe II** modifie les articles L. 14-10-4 et L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles afin de supprimer les alinéas relatifs aux modalités d'organisation et de financement de l'Anesm, de remplacer les références à l'Anesm par les celles de la HAS et de supprimer les mentions rendues inutiles par la disparition de l'Anesm.

En outre, l'article L. 312-8 est complété pour prévoir qu'une commission de la HAS est chargée d'établir et de diffuser les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux ESSMS.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 161-37 précité :

- le 1^o intègre aux missions de la HAS celle de mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues à l'article L. 312-8 précité, c'est-à-dire l'accompagnement de l'activité d'évaluation des ESSMS ;

- le 2^o fait référence à la nouvelle commission créée au sein de la HAS chargée d'assurer les missions jusqu'alors assumées par l'Anesm.

Le **paragraphe IV** prévoit que le transfert de l'Anesm à la HAS sera effectif à **compter du 1^{er} avril 2018**.

Le transfert proposé au présent article a pour conséquence que les dépenses au titre de l'Anesm, qui étaient jusqu'à présent à la charge de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), seront désormais assurées par la branche assurance maladie du régime général.

L'étude d'impact annexée au projet de loi précise ainsi que l'intégralité du financement de la HAS sera assurée par une dotation unique de l'assurance maladie pour l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social de son champ d'action, ce qui implique de supprimer les versements annuels de l'État et de la CNSA et de prévoir un transfert de recettes entre l'État et la CNSA vers la sécurité sociale.

Au total, les financements transférés viendront en déduction de l'actuelle dotation de fonctionnement notifié par l'assurance maladie à la HAS. Au total, en année pleine, le 6^e sous-objectif de l'Ondam se verra affecter un montant supplémentaire correspondant au transfert de la dotation de la CNSA à l'Anesm pour un montant de 1,6 million d'euros et du versement annuel de l'État pour un montant de 900 000 euros. L'étude d'impact indique que le dispositif proposé représente ainsi un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de 2,1 millions d'euros en 2018 et de 2,5 millions d'euros à partir de 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de son rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

Votre commission, qui reconnaît la nécessité de simplifier le paysage des agences sanitaires lorsque cela est possible au regard de la proximité des missions qu'elles exercent, accueille favorablement le dispositif proposé au présent article. Le transfert de l'Anesm au sein de la HAS lui permettra d'intégrer une structure dotée d'un statut juridique pérenne et qui est désormais bien identifiée dans le champ des opérateurs de l'État, sans pour autant devoir craindre pour la prise en compte des spécificités du secteur social et médico-social.

Ainsi que cela a été confirmé à votre rapporteur dans le cadre de ses auditions, la prise en compte du secteur social et médico-social sera assurée au sein de la HAS par la création par la loi d'une commission réglementée. Le Gouvernement indique en outre que le maintien de la dimension participative dans le cadre des travaux de l'agence sera garanti par la création d'une commission consultative.

A l'initiative du rapporteur pour la branche maladie, votre commission a adopté un amendement de coordination (amendement n° 146).

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

*Article 52***Dotations 2018 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes**

Objet : Cet article fixe, pour 2018, la dotation de l'assurance maladie au Fmespp à 448 millions d'euros, la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam à 105 millions d'euros, et la contribution de la CNSA aux ARS à 131,7 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé**A. Participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp**

- Créé sous le nom de fonds de modernisation des établissements de santé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) avait initialement pour mission le financement d'actions visant à améliorer la performance hospitalière et les conditions de travail des personnels, à faciliter l'accompagnement social de la modernisation, ainsi que des opérations d'investissement.

Les missions du Fmespp ont cependant été profondément réaménagées en 2012 puis en 2013 :

- le financement des actions relatives à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et à l'accompagnement social de la modernisation a été transféré au Fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

- l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 lui a confié le financement des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé, et déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (Asip-santé)¹.

¹ Cet élargissement du financement de l'Asip par l'intermédiaire du Fmespp visait à accompagner le projet de modernisation des systèmes d'information et de communication des Samu - centres d'appel 15, piloté par l'Asip et qui se voit ainsi financé par l'assurance maladie via le Fmespp. Selon les informations transmises à votre rapporteur, ce financement devrait prendre de l'ampleur dans les années à venir, avec une phase pilote jusqu'en 2018 et un éventuel déploiement entre 2018 et 2022.

L'action du Fmespp a ainsi été recentrée sur le financement de mesures réalisées au plan national, et en particulier sur les investissements. Depuis 2012, le Fmespp finance ainsi essentiellement les dépenses d'investissement des établissements de santé, qu'il s'agisse d'investissements immobiliers dans le cadre du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo), du développement et de la modernisation des systèmes d'information dans le cadre du programme Hôpital numérique, ou encore de l'acquisition d'équipements innovants. Il finance également les missions d'expertise confiées à l'Atih et à l'Asip au bénéfice des établissements de santé.

L'annexe 8 au présent projet de loi indique que les crédits du Fmespp ont été principalement déployés dans deux directions au titre de l'année 2017 :

- le fonds a tout d'abord contribué à sa mission principale de financement de l'investissement hospitalier en accompagnant financièrement des projets d'investissement immobiliers de grande ampleur validés au niveau national dans le cadre du Copermo, et en soutenant le financement de l'investissement numérique des établissements de santé ;

- les crédits du Fmespp ont également été utilisés à l'appui d'un plan d'accompagnement triennal visant à la sécurisation des établissements de santé.

- Les ressources du fonds, fixées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, proviennent d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, qui a prélevé à ce titre 548 382 euros en 2016.

- Votre commission a chaque année l'occasion de constater **le caractère erratique du niveau de la dotation des régimes d'assurance maladie au Fmespp**, ainsi que les variations de son report à nouveau. Le niveau du report à nouveau du fonds, qui atteint 264 millions d'euros en 2016 pour un montant de capitaux propres atteignant 343 millions, pourrait en effet étonner compte tenu de la situation financière de l'assurance maladie.

Ces évolutions s'expliquent par la nature même des dépenses financées par le fonds. Il s'agit en effet de **dépenses d'investissement programmées de manière pluriannuelle** ; l'abondement du Fmespp peut ainsi être anticipé par rapport au calendrier de mise en œuvre effective des opérations, de manière à lisser les charges sur plusieurs exercices et à éviter les pics de décaissements. Il en résulte un faible taux de consommation des crédits sur les années où les opérations ne sont pas effectivement mises en œuvre, et dès lors un niveau important de report de financement d'une année sur l'autre.

Selon les informations transmises par la DGOS à la commission dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, **un pic de décaissements devrait intervenir en 2017 et 2018**. Les informations transmises par les services ministériels et disponibles dans le cadre budgétaire ne permettent pas cependant encore de constater la traduction financière de cette annonce.

Il est par ailleurs à noter que la procédure de déchéance des crédits mise en place par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a permis de diminuer en partie le niveau de la trésorerie. En application de cette procédure, les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites lorsqu'elles n'ont pas fait l'objet d'une décision d'engagement par les ARS dans un délai d'un an, ou d'une demande de paiement par les établissements dans un délai de trois ans à compter de cette décision. Aux termes de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, « *l'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours* ».

- Le **paragraphe I** du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à **448 millions d'euros** pour l'année 2018, en augmentation de 404 millions par rapport à la dotation initialement prévue pour 2017.

Selon les informations figurant en étude d'impact, ces montants devraient notamment permettre de financer :

- des opérations d'investissement immobilier des établissements de santé validés dans le cadre du Copermo ;
- des actions de modernisation des systèmes d'information en santé, qui porteront notamment sur les systèmes d'information des Samu ;
- la mise en place des plateformes de séquençage génomique sélectionnées dans le cadre de l'appel à projet France médecine génomique ;
- l'accompagnement de mesures de sécurisation des établissements de santé.

B. Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Les recettes de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) sont essentiellement constituées d'une dotation globale versée par l'assurance maladie et destinée à financer l'indemnisation des accidents médicaux et des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV. Elles résultent également d'une dotation de l'Etat pour le financement des accidents vaccinaux, des dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence et ceux résultant de la prise du benfluorex. L'Oniam dispose par ailleurs du produit des recours subrogatoires.

Depuis 2002, le montant de la dotation globale versée par l'assurance maladie a été erratique car, dès les premières années de son fonctionnement, l'Oniam a constitué un fonds de roulement important. Ce montant a cependant semblé se stabiliser au cours des dernières années, de même que celui de la dotation de l'État.

Évolution des dépenses et dotations de l'Oniam

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotation de l'assurance maladie	70	10	55	139	118	83	87,5	107
Dotation de l'Etat	3,93	6,56	1,54	4,76	3,98	5,3	5,2	75,3
Dépenses	78	100,4	139,7	152,5	145,1	141	144	147
Fonds de roulement	126	74	44	74	73	nc	58,1	54,5
Réserves	108	53	16,2	42,2	61	54	31	40,5

Source : Annexe 8 du PLFSS et informations transmises par la DGOS

L'année 2018 devrait être marquée par une augmentation sensible des dépenses de l'Oniam, en raison notamment du début de la mission d'indemnisation des victimes de la Dépakine. Ces dépenses devraient être couvertes par une dotation budgétaire de l'État, prévue à hauteur de 75 millions d'euros. Il est à noter que cette nouvelle mission devrait entraîner une hausse des dépenses de personnel de l'office.

Le **paragraphe III** du présent article propose de fixer à **105 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2016, soit une quasi-stabilité par rapport au montant prévu pour l'année 2016.

Cette dotation a été fixée en tenant compte du montant prévisionnel de dépenses à la charge de l'assurance maladie (137 millions d'euros, dont 114 millions au seul titre des indemnisations) et de la nécessité de maintenir une réserve prudentielle minimale. Selon l'annexe 8 du présent projet de loi, le niveau des réserves prudentielles s'établirait à 36,9 millions d'euros à la fin de l'exercice 2018, soit un niveau supérieur à deux mois d'indemnisation.

C. Contribution de la caisse nationale de solidarité (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS)

En application de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L. 1432-6 3° du code de la santé publique), la première section du budget de la CNSA est déléguée aux ARS au titre de leurs actions concernant la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ces dotations sont notamment destinées au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia) pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ainsi que des groupes d'entraide mutuelle (Gem).

Cet abondement, après **une progression constante depuis 2011, semble aujourd'hui se stabiliser**. Après un montant de 52 millions pour 2011, 64,55 millions pour 2012, 83,65 millions en 2013, 91,37 millions en 2014, 103,17 millions pour 2015, 117,7 millions pour 2016 et 129,6 millions pour 2017, le **paragraphe II** du présent article propose de le fixer à **131,7 millions pour l'année 2018, soit une progression de 1,6 % par rapport à 2017 et de 153 % par rapport à 2011**.

Selon l'évaluation préalable annexée au présent article, la majeure partie de cette contribution (95,9 millions d'euros) devrait permettre de financer les 352 maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (Maia), ainsi que l'actualisation de leur dotation. Près de 36 millions d'euros de crédits seront par ailleurs alloués au financement des groupements d'entraide mutuelle (GEM), et notamment à la création de 35 nouvelles structures, dans le cadre du plan santé mentale en direction des personnes handicapées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas adopté de modification à cet article.

III - La position de la commission

S'agissant des opérations financées par le Fmespp, votre commission salue tout d'abord la mise en place d'un plan d'accompagnement à la sécurisation des établissements de santé, la mission d'information sur l'avenir des services d'urgences¹ ayant établi que de nombreux établissements faisaient face à des problèmes de sécurité, ou à tout le moins à un fort sentiment d'insécurité parmi leurs personnels.

Elle souligne par ailleurs que **l'accent mis au cours des dernières années sur des investissements immobiliers parfois très importants ne doit pas faire oublier que les établissements rencontrent de fortes difficultés quant à des opérations d'investissement « courant », s'agissant notamment du renouvellement de leurs matériels et appareils.**

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.

Elle relève enfin que le rapport d'activité du Fmespp n'est plus disponible en ligne, sur le site internet de la Caisse des dépôts et consignations, depuis 2014.

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

CHAPITRE 5

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53

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 2018 à 211,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 210,6 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. »

• L'objectif de dépenses prévu par le présent article est à distinguer de l'Ondam fixé à l'article 54 suivant. Les deux fournissent des visions différentes des dépenses d'assurance maladie :

- ils 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 ;

¹ Annexe 7 au PLFSS.

- leurs champs ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam recouvre certaines prestations de la branche maladie et de la branche AT-MP sans les prendre toutes en compte : en particulier, les prestations en espèce de maternité et les pensions d'invalidité n'entrent pas dans son champ. Par ailleurs, toutes les dépenses de l'Ondam ne sont pas des prestations. D'une manière générale, l'Ondam couvre environ 80 % des charges de la Cnamts 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 :**

- 211,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (contre 207,3 milliards en 2017) ;

- 210,6 milliards d'euros pour le seul régime général de sécurité sociale (contre 206 milliards en 2017).

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) par la loi de financement pour 2016 conduit à rapprocher le périmètre des dépenses du régime général et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

La commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2017, avait évalué le prévisionnel de dépenses pour le régime général à près de 214 milliards d'euros pour 2018 avant mesures d'économies, en prenant l'hypothèse d'une hausse tendancielle des dépenses de 3,9 %, plus modérée que celle de l'Ondam en raison d'un ralentissement des prestations hors de ce champ.

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, compte tenu des hypothèses retenues par le Gouvernement, à un solde de la branche maladie ramené de - 4,1 milliards d'euros en 2017 à - 0,8 milliard d'euros en 2018, alors que le solde tendanciel était évalué à - 7,9 milliards d'euros. Si cette programmation ambitieuse traduit la volonté d'inscrire l'assurance maladie dans une trajectoire de retour à l'équilibre, elle repose toutefois davantage sur des transferts au profit de la branche qu'à un effort structurel de maîtrise de la dépense.

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

Article 54
Ondam et sous-Ondam

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 195,2 milliards d'euros pour 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. »

- **Un Ondam en progression de 2,3 % par rapport à 2017**

L'Ondam est fixé à **195,2 milliards d'euros** pour 2018, soit une progression de 2,3 % par rapport à 2017 à périmètre constant, légèrement supérieure au taux prévu pour 2017, réévalué à 2,2 %.

Ce taux de progression, qui devrait être uniforme sur la période 2018-2020 d'après le projet de loi de programmation des finances publiques, est le plus élevé depuis 2014 : pour 2018, il représente **4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles**.

Comme chaque année, une **mise en réserve** au moins égale à 0,3 % des crédits de l'Ondam (soit 586 millions d'euros) sera toutefois opérée.

Ondam voté et exécuté depuis 2010

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ondam voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7
Ondam exécuté	161,8	166,3	170	173,7	178,1	181,8	185,2	190,7 (p)
Écart à l'objectif	- 0,6	- 0,8	- 1,1	- 1,7	- 0,2	- 0,1	0	0
Taux de progression voté	+ 3,0 %	+ 2,9 %	+ 2,4 %	+ 2,5 %	+ 1,7 %	+ 2,0 %	+ 1,75 %	+ 2,1 %
Taux de progression exécuté	+ 2,3 %	+ 2,8 %	+ 2,3 %	+ 2,1 %	+ 2,4 %	+ 2,0 %	+ 1,8 %	+ 2,2 % (p)

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, et PLFSS

Hors transferts entre sous-objectifs, plusieurs **mesures de périmètre** impactent l'Ondam 2018 à hauteur d'environ 114 millions d'euros.

Mesures de transferts entre l'État et l'assurance maladie en 2018

Transferts de l'État vers l'Ondam	64 millions d'euros
<i>Remboursement des soins des détenus (auparavant assuré par le ministère de la justice)</i>	<i>32,2 millions d'euros</i>
<i>Financement de l'agence de biomédecine (ABM)</i>	<i>14,4 millions d'euros</i>
<i>Financement de l'école des hautes études en santé publique (EHESP)</i>	<i>8,9 millions d'euros</i>
<i>Réorganisation du dépistage néonatal à compter du 1^{er} mars 2018</i>	<i>6,4 millions d'euros</i>
<i>Financement de l'ANESM</i>	<i>2,1 millions d'euros</i>
Transferts de l'Ondam vers l'État	5 millions d'euros
<i>Financement des postes de conseillers techniques et pédagogiques régionaux en soins infirmiers</i>	<i>2,6 millions d'euros</i>
<i>Financement de 80 postes de chefs de cliniques universitaires en médecine générale dans le cadre du pacte territoire santé</i>	<i>1,9 million d'euros</i>
<i>Mise en place du compte personnel d'activité pour les agents de la fonction publique hospitalière</i>	<i>0,5 million d'euros</i>
Transferts de la sécurité sociale vers l'Ondam	
<i>Variation de la contribution du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique (FFIP) au financement des dépenses au titre des médicaments innovants</i>	55 millions d'euros

Source : Annexe 7 au PLFSS

En outre, tirant les conséquences de dispositions proposées par le présent projet de loi, des mesures de **transferts entre sous-objectifs** de l'Ondam, portant au total sur 70,5 millions d'euros, résultent notamment :

- de l'intégration au sein de l'Ondam hospitalier de dépenses de transport sanitaires inter-établissements auparavant comptabilisées dans l'Ondam soins de ville (37,5 millions d'euros) ;
- de la création d'un fonds pour l'innovation du système de santé, financé au sein des « autres prises en charge » par abondement de l'Ondam soins de ville, de l'Ondam hospitalier et de l'Ondam médico-social (à hauteur de 20 millions d'euros au total).

À périmètre constant, la **répartition en sous-objectif** et l'évolution de chacun par rapport à 2017 est retracée dans le tableau ci-après.

Ondam 2018 : répartition en sous-objectifs et évolution par rapport à 2017
(en milliards d'euros)

	2017*	2018	Évol. 2018/2017	Projection tendancielle
Ondam soins de ville	86,8	88,9	2,4 %	5,1 %
Ondam hospitalier	79,1	80,7	2,0 %	4,0 %
Ondam médico-social	20,0	20,5	2,6 %	3,9 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements services pour personnes âgées</i>	9,0	9,3	3,3 %	-
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements services pour personnes handicapées</i>	10,9	11,2	2,1 %	-
Fonds d'intervention régional	3,3	3,4	3,1 %	3,1 %
Autres prises en charge	1,7	1,8	3,4 %	4,3 %
Ondam total	190,8	195,2	2,3 %	4,5 %

* Corrigé des changements de périmètre

Sources : Annexe 7 au PLFSS et avis du comité d'alerte n° 2017-3 du 10 octobre 2017 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (projection tendancielle)

• **Près de 4,2 milliards d'économies attendues du fait d'une croissance tendancielle des dépenses évaluée à 4,5 %**

Afin d'assurer une progression de l'Ondam à 2,3 % par rapport à une **évolution spontanée des dépenses** estimée à 4,5 % pour 2018, près de **4,17 milliards de mesures d'économies** sont attendues.

Ce niveau d'économies est **supérieur à celui attendu en 2017 (4,05 milliards d'euros)**, qui marquait déjà un pas significatif par rapport aux années précédentes (3,19 puis 3,40 milliards d'euros en 2015 puis 2016), en raison d'une croissance plus forte du tendanciel de dépenses, évaluée à 4,3 % en 2017 contre 3,6 % en 2016 et 3,9 % en 2015.

Cet écart s'explique notamment par l'**évolution tendancielle plus forte pour les dépenses de soins de ville**, qui s'établirait à 5,1 % en 2018 contre 4,7 % en 2017. Cette analyse repose sur plusieurs éléments, notamment : une structure de jours ouvrés en 2018 moins favorable qu'en 2017, un effet plus faible de l'expiration de brevets de médicaments, enfin et surtout les revalorisations et provisions liées aux négociations avec les professionnels de santé, dont près de 0,5 milliard d'euros pour la poursuite de l'application de la convention médicale de 2016.

L'évolution spontanée des dépenses des **établissements de santé** serait, à 4 %, toujours dynamique mais identique à celle attendue en 2017. Elle serait portée notamment par l'arrivée et la montée en charge de nouvelles classes thérapeutiques innovantes ainsi que par la transposition de la convention médicale pour les actes et consultations externes.

Est également prise en compte la hausse du financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)¹ pour participer à la modernisation et au renouvellement des équipements techniques et de l'immobilier hospitalier dans le cadre du « grand plan d'investissement ».

Comme indiqué dans l'annexe 9 au PLFSS, « *cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022 qui s'organise autour de six grandes thématiques* : prévention, structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficience des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude. »

Le tableau suivant présente la ventilation, par thématique, des économies attendues.

Présentation des économies attendues en 2018

(en millions d'euros)

Structuration de l'offre de soins	1465
Structurer des parcours de soins efficents (chirurgie ambulatoire, alternatives l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables...)	250
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	1215
Optimisation des achats et autres dépenses	575
Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation	390
Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam aux dépenses médico-sociales	200
Améliorer la performance interne des établissements médico-sociaux	50
Pertinence et efficience des produits de santé	1490
Baisse de prix des médicaments	480
Promotion et développement des génériques	340
Biosomilaires	40
Baisse des tarifs des dispositifs médicaux	100
Pertinence des prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux	320
Remises	210
Pertinence et qualité des actes	335
Maîtrise médicalisée	110
Actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital	225
Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail et transports	240
Transport	75
Indemnité journalières	165
Contrôle et lutte contre la fraude	90
Autres mesures	545
Actualisation du forfait journalier hospitalier	200
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	100
Pertinence et gestion dynamique du panier de soins	180
Évolution des cotisations des professionnels de santé	65
TOTAL	4 165

Source : Annexe 7 au PLFSS

¹ Disparaîtraient également les financements hors Ondam de ce fonds, par mobilisation des réserves du fonds pour l'emploi hospitalier notamment en 2016 et 2017.

D'après les données du comité d'alerte de l'Ondam, la répartition par sous-objectif de ces économies demeure stable, tout en traduisant une contribution des soins de ville à l'effort pour 2018 un peu plus forte qu'en 2017.

Répartition des économies attendues par sous-objectif de l'Ondam
(en millions d'euros)

	LFSS 2017	en %	PLFSS 2018	en %
Soins de ville	2 190	54,1	2 290	55,0
Établissements de santé	1 630	40,2	1 625	39,0
Médico-social	230	5,7	250	6,0
Total	4 050	100	4 165	100

Source : Avis du comité d'alerte de l'Ondam d'octobre 2016 et octobre 2017

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article **sans modification**.

III - La position de la commission

Le niveau de l'Ondam pour 2018 proposé par le présent article ainsi que sa répartition en sous-objectifs appellent de la part de votre rapporteur les observations suivantes.

• **Comme les années précédentes, certaines mesures présentées comme des « économies » n'en constituent pas réellement :**

- l'**augmentation du forfait journalier hospitalier**, dont l'impact est évalué à 200 millions d'euros, constitue une recette nouvelle pour les établissements de santé et permet de réduire d'autant les crédits de l'Ondam hospitalier. Le montant de ce forfait, non réévalué depuis 2010, passera, au 1^{er} janvier 2018, de 18 à 20 euros pour un séjour en établissement de santé, et de 13,50 à 15 euros pour les séjours en service psychiatrique. Comme l'ont souligné les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire, cette décision pourra se répercuter sur une hausse des cotisations pour les assurés ;

- le **relèvement de 100 millions d'euros de la participation des Ocam** au financement de la convention médicale (cf. article 15) réduit du même montant les crédits de l'Ondam soins de ville ;

- la **mobilisation des réserves de la CNSA** et l'affectation de recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie permettent de réduire de 200 millions d'euros l'Ondam médico-social ;

- d'autres items revenant chaque année, comme les remises sur les produits de santé (210 millions d'euros) ou l'évolution des cotisations des professionnels de santé (65 millions d'euros)¹, présentent un caractère d'« économie » contestable. Les remises versées par les entreprises pharmaceutiques ne constituent pas des mesures nouvelles : celles-ci devraient d'ailleurs venir désormais abonder le fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique créé par la loi de financement pour 2017. S'agissant des cotisations, la moindre dépense se traduit par une moindre recette équivalente.

Après déduction de ces mesures, les efforts d'économies peuvent être évalués à près de 3,4 milliards d'euros pour 2018, ce qui reste un niveau exigeant et supérieur à 2017 à périmètre équivalent (3 milliards).

• Comme le relève le comité d'alerte de l'Ondam², « *indépendamment des économies (...) qui résultent de la mobilisation d'autres sources de financement, les économies à réaliser pour respecter l'Ondam ou éviter une détérioration de la situation des hôpitaux sont importantes et, pour certaines, encore incertaines.* »

On peut à cet égard regretter le caractère peu documenté des mesures d'économies attendues comme l'absence d'évaluation précise des économies effectivement réalisées. Ce suivi n'est assuré que pour les actions de maîtrise médicalisée portées par l'assurance maladie, qui ne représentent qu'un objectif de 700 millions d'euros pour 2017. Cela contribuerait à « *une construction et un pilotage beaucoup plus rigoureux et transparents de l'Ondam* » que la Cour des comptes appelle de ses vœux³.

De surcroît, le changement de présentation du tableau de synthèse des économies présenté en annexe 7 au projet de loi de financement rend complexe la lecture comparée, d'une année sur l'autre, des évolutions poste par poste. Toutefois, on peut saluer un certain effort de clarification et une distinction désormais plus lisible entre les actions portant sur les produits de santé et celles portant sur les actes.

• Au final, votre commission a considéré que tout en s'inscrivant dans une certaine continuité par rapport aux précédents projets de loi de financement, les prévisions de l'Ondam pour 2018 traduisent un effort renforcé en matière de maîtrise médicalisée et, plus largement, de pertinence des soins. Cela constitue un signal plutôt positif, qui devra se confirmer par un changement plus profond de logique dans les prochains projets de loi de financement et s'appuyer sur des évolutions plus structurelles dans l'organisation de notre système de soins.

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

¹ Pour 2018, cette évolution chiffrée à 65 millions d'euros tient à la baisse des cotisations familiales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prises en charge par l'assurance maladie et intégrées à l'Ondam.

² Avis n° 2017-3 du 10 octobre 2017 précité.

³ « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2017.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 55

Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2018

Objet : Cet article fixe les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2018.

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 2018, les dépenses du FSV à 19,3 milliards d'euros, en conformité avec le tableau d'équilibre de l'article 22.

Les dépenses prévisionnelles rectifiées pour l'année 2017, figurant à l'article 5, s'établissent à 19,7 milliards d'euros.

Cette diminution tient essentiellement à 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 FSV en 2018 d'un peu moins de 800 millions d'euros.

Cette baisse des charges liée au Mico est en partie compensée par la revalorisation du minimum vieillesse, prévue à l'article 29 de ce PLFSS, ayant pour conséquence d'augmenter les charges de 115 millions d'euros en 2018 sans affectation de recettes compensatoires.

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 suit de près les évolutions affectant le FSV depuis le rapport de la Mecss du Sénat sur l'avenir du Fonds¹.

Votre rapporteur a longuement abordé la situation financière du Fonds dans son commentaire de l'équilibre de la branche vieillesse et du système des retraites dans son ensemble².

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

¹ *Rapport d'information n° 668 de la Mecss du Sénat sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse, Catherine Génisson et Gérard Roche, juin 2016.*

² *Voir tome 1 de ce rapport sur le PLFSS pour 2018, Cinquième partie – Assurance vieillesse.*

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 56
(art. 723-2-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale)
COG CNBF

Objet : Cet article propose la mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et le régime spécial d'assurance vieillesse des avocats

I – Le dispositif proposé

Le présent article se propose d'inscrire l'action du régime d'assurance vieillesse des avocats français dans un cadre juridique analogue à celui applicable à la plupart des autres régimes spéciaux de retraite : **la signature avec l'État d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)**. Le rapport de notre collègue député Olivier Véran insiste à bon droit sur l'utilité de cet article¹, qui corrige à l'égard du régime des avocats une différenciation qui se justifiait difficilement et qui permettra de régulariser les relations de l'État et de la Caisse nationale des barreaux français (CNBF).

Instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les COG sont conclues entre l'État et les régimes de sécurité sociale. Elles visent à définir des objectifs quantitatifs et qualitatifs assortis de moyens permettant aux caisses de les atteindre. Ces conventions sont ensuite déclinées au niveau local entre la caisse nationale et les caisses locales via des « contrats pluriannuels de gestion ». Leur modèle est décliné à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

Article L. 227-1 du code de la sécurité sociale

Ces conventions [...] précisent :

- 1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;
- 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- 2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;
- 3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

¹ Financement de la sécurité sociale pour 2018, *Rapport n° 316 de M. Olivier VÉRAN, fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, p. 624-625.

4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Le modèle retenu pour la COG entre l'État et la CNBF décline sensiblement les mêmes objectifs, à l'exception, attendue, des objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale – la CNBF était une caisse unique – et, plus notable, **des objectifs de prévention et de lutte contre l'exclusion.**

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III – La position de la commission

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

Article 57

(art. L. 114-17, L. 114-17-1, L. 114-19,

L. 145-2 et L. 256-4 du code de la sécurité sociale)

Diverses mesures relatives à la lutte contre la fraude

Objet : Cet article précise le régime des sanctions applicables à diverses catégories de fraude sociale ainsi qu'au refus opposé au droit de communication

I – Le dispositif proposé

A. La fraude des assurés : une précision du régime de sanction

1. Un durcissement des pénalités

L'article 57 procède à la redéfinition du pouvoir de sanction financière du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse de retraite et de santé au travail. Le plafond de la pénalité financière qu'il est habilité à prononcer en cas de fraude aux prestations sociales délivrées par la caisse, qu'elle soit par omission, information lacunaire ou manœuvre délibérée, passe de 50 % à 70 % des sommes concernées et, à défaut d'un chiffrage déterminé, de deux fois à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)¹.

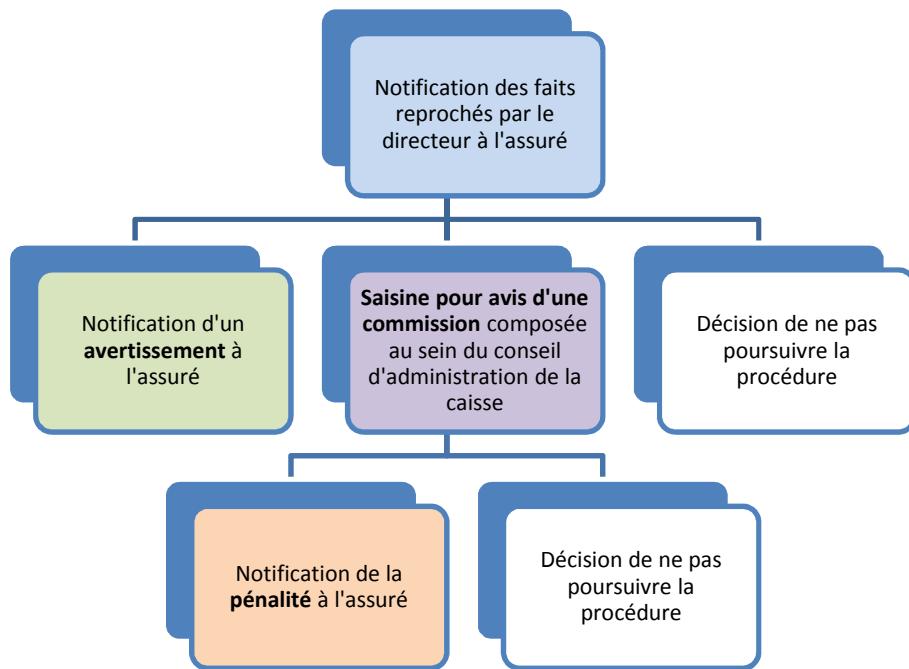
¹ Soit, pour 2017, de 6 538 euros à 13 076 euros.

L'article 57 prévoit un régime de sanction renforcé pour les fraudes issues de **manœuvre délibérée**, où le montant de la pénalité n'est plus défini par plafond mais par plancher (au moins 100 % des sommes concernées), assorti d'une majoration limitée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'article 57 limite les possibilités de modulation ouvertes aux caisses de sécurité sociale, qui peuvent réduire le montant de leurs créances en cas de précarité de leurs débiteurs. Cette faculté leur est désormais retirée pour les cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.

2. Une homogénéisation de la procédure contradictoire

Le présent article, comme pendant à la sévérité accrue des sanctions financières applicables à la fraude aux prestations sociales, prévoit de réduire les dérogations existantes à la procédure contradictoire précontentieuse. Alors que la prononciation par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie pouvait, selon la qualification de la fraude, suivre un cheminement précontentieux plus ou moins long, il prévoit d'appliquer à toute pénalité financière la procédure contradictoire résumée par le schéma ci-après.



L'article 57 prend soin d'étendre partiellement ce schéma aux pénalités prononcées par les directeurs d'organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse : ces derniers doivent désormais précéder la prononciation d'une pénalité financière de la notification d'un avertissement.

B. La fraude des praticiens de santé : une extension du champ des sanctions disciplinaires

L’alinéa 15 de l’article 57 précise les cas dans lesquels les instances disciplinaires de l’ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes peuvent prononcer des **remboursements à l’assuré de trop-perçus**.

Ce type de sanction est, en vertu du droit existant, limité au cas d’honoraires abusifs facturés par le praticien. Cette notion a fait l’objet d’une explicitation jurisprudentielle par le Conseil d’État en 2008, pour lequel « constituent des honoraires abusifs au sens de l’article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu’alors même qu’il a été effectivement pratiqué il équivaut à une absence de soins ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure »¹. Au sens de cet arrêt, le remboursement du trop-perçu ne pouvait donc se prononcer qu’à la condition d’un honoraire facturé **sans proportionnalité ou à l’issue d’un acte fictif, quasi-fictif ou inadapté**.

L’article 57 étend le champ d’application de la sanction de remboursement du trop-perçu aux **actes réalisés en dehors de ceux arrêtés par la convention nationale** passée entre le collège professionnel et l’Union nationale des caisses d’assurance maladie.

C. Le droit de communication : une précision applicable aux demandes relatives à des personnes non identifiées

Le droit de communication dont disposent les agents des organismes de sécurité sociale (OSS) a connu une extension significative depuis la LFSS pour 2016², laquelle a prévu que ce droit pouvait désormais porter sur des informations relatives à des **personnes non identifiées**. Cette extension prévoit concrètement une opposabilité du droit de communication aux **opérateurs des plateformes en ligne** afin que ces derniers transmettent aux OSS les informations détenues sur les personnes réalisant un acte de commerce de manière dématérialisée, dont les prestations sont rarement déclarées aux Urssaf³.

Par ailleurs, le droit de communication, applicable aux personnes identifiées comme aux personnes non identifiées, fait l’objet depuis la LFSS pour 2011⁴ d’un **régime de sanction strictement pénal** : le refus de déférer à une demande de communication émise par un OSS est puni d’une amende de 1 500 euros par cotisant concerné, dont le total est plafonné à 10 000 euros,

¹ Conseil d’État, 24 octobre 2008, n° 288051.

² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 95.

³ Les conditions d’exercice du droit de communication applicable aux personnes non identifiées font l’objet de l’article R. 114-35 du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, article 116.

et peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale. En raison de leur caractère pénal, ces sanctions ne peuvent être prononcées qu'à l'issue du dépôt d'une plainte par l'OSS.

L'article 57 apporte deux modifications majeures à ce régime de sanction. En premier lieu, il procède à sa **dépénalisation**, en substituant le terme « pénalité » au terme « amende » et en supprimant la référence à la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale.

En conséquence, la sanction désormais applicable en cas de refus de déférer du destinataire du droit de communication pourra être directement prononcée par le directeur de l'organisme et pourra faire l'objet d'un recours devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, et non plus devant la juridiction pénale.

En second lieu, l'article prévoit un **régime spécifique au refus de déférer aux demandes relatives aux personnes non identifiées** : en effet, compte tenu des opérateurs de plateforme en ligne implicitement visées par ce dispositif, l'application d'une sanction financière individualisée et plafonnée paraissait doublement inadaptée. Pour ce type de demande, la pénalité financière s'élèvera donc à 5 000 euros par demande, sans plafonnement.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a procédé à deux modifications rédactionnelles.

III – La position de la commission

Votre commission émet un avis mitigé sur les dispositifs de l'article 57 relatifs au renforcement des sanctions contre les fraudes sociales. Bien qu'elle ne soit pas toujours convaincue de leur efficacité lorsqu'elles visent directement les cotisants, elle leur reconnaît un pouvoir potentiellement dissuasif dès qu'elles concernent des acteurs intermédiaires sur lesquels s'exerce le droit de communication des agents.

A. Des doutes sur l'efficacité de l'arsenal répressif

Bien que votre commission n'ait pas de réserves particulières quant aux dispositifs visant à durcir les sanctions contre la fraude aux prestations sociales, elle ne peut que s'interroger sur l'impact réel de ces mesures qui font l'objet de retouches ponctuelles et systématiques au gré des PLFSS. Animé des meilleures intentions, ce « pointillisme » de la sanction sociale paraît néanmoins relever fâcheusement de l'**effet d'annonce**, davantage que du remède véritablement décisif.

Votre commission des affaires sociales ne peut cependant s'empêcher d'exprimer son scepticisme sur le fond de l'article, pour deux raisons principales.

Dans un récent rapport rédigé par nos collègues Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas¹, il est indiqué que le caractère dissuasif des sanctions financières infligées aux comportements frauduleux est, en raison d'un taux de détection encore peu élevé, d'**impact relativement faible**. Les fraudes relatives aux branches maladie, vieillesse et famille ont été récemment dénoncées, dans le rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale pour 2016, comme insuffisamment définies, recensées et maîtrisées.

Par ailleurs, ces mesures d'affichage figurant année après année à chaque PLFSS ne semblent pas tenir compte du **revirement jurisprudentiel** intervenu au gré de deux arrêts de la Cour de cassation rendus le 8 avril 2010². Aux termes de ces arrêts, la Cour a désormais reconnu aux juridictions du contentieux général de la sécurité sociale un **pouvoir d'appréciation** de l'adéquation d'une sanction à caractère punitif prononcée par un organisme de sécurité sociale. Cantonné jusqu'alors à un strict contrôle de légalité, le juge du contentieux social s'est vu investir d'un contrôle de proportionnalité qui, selon les motivations de la partie frauduleuse, l'autorise à moduler le montant des pénalités prononcées par l'organisme de sécurité sociale.

Ainsi, l'augmentation du plafond des pénalités, dont l'effet dissuasif n'était déjà que peu démontré, ne connaîtra sans doute qu'une effectivité limitée sous le contrôle renforcé du juge.

Outre le caractère incertain de leur effectivité, les modifications successives apportées au régime de sanction de la fraude sociale ont produit une **architecture complexe et différenciée des pénalités financières**, dont on ne conçoit pas toujours le bien-fondé. Le tableau ci-après illustre cette diversité des sanctions.

¹ Lutter contre la fraude sociale, un impératif pour le juste droit, *Rapport d'information n° 599 (2016-2017) de Mmes Agnès CANAYER et Anne ÉMERY-DUMAS, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 28 juin 2017.*

² Cour de cassation, 2^e civ., 8 avril 2010, n° 09-11.232 et n° 08-20.906.

	Fraudes aux prestations familiales ou d'assurance vieillesse (art. L. 114-7 CSS)	Fraudes aux prestations d'assurance maladie et indemnités journalières (art. L. 114-7-1 CSS)	
		Droit positif	PLFSS 2018
Fraude non intentionnelle (omission, lacunes)	< 2 PMSS	< 50 % des sommes concernées ou < 2 PMSS	< 70 % des sommes concernées ou < 4 PMSS
Fraude intentionnelle (fausse déclaration, manœuvre)	> 1/30 PMSS < 4 PMSS	> 100 % des sommes concernées + majoration < 4 PMSS	
Fraude commise en bande organisée	> 1/30 PMSS < 8 PMSS	< 300 % des sommes concernées	< 300 % des sommes concernées

Votre commission souhaite également rappeler qu'en vertu du principe de proportionnalité des peines dont le Conseil constitutionnel assure la défense, aucune pénalité ou sanction pénale ne peut être prononcée **sans être légalement limitée par un plafond**. Or ce dernier n'est pas exprimé dans les cas de fraudes aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée. C'est pourquoi elle a adopté un amendement n° 147, qui remédie à ce risque, tout en soulignant que l'absence de question prioritaire de constitutionnalité déposé sur cet article montre bien le caractère peu effectif du contentieux.

B. Droit de communication et procédure contradictoire : des aménagements bienvenus

Votre commission accueille favorablement l'effort fourni pour **harmoniser la procédure contradictoire précontentieuse** entre l'assuré et le directeur de l'organisme local de sécurité sociale : l'article 57 propose de gommer les dérogations dont disposait le directeur dans les cas de fraudes manifestement intentionnelles et trace un schéma unique de l'échange précontentieux, qui contribuera à la lisibilité de la procédure. Votre commission exprime à cet égard sa perplexité devant cet effort bienvenu de clarification, qui tranche avec l'opacité croissante du régime de sanction.

Votre commission se montre particulièrement satisfaite des clarifications apportées au **régime des sanctions applicables au droit de communication**.

Sa dépénalisation et sa conversion en régime de sanctions administratives s'inscrit dans un mouvement que la commission des lois du Sénat a appelé de ses vœux, consistant à « confier aux autorités administratives, sous le contrôle du juge administratif, le soin de réprimer certains comportements »¹.

Par ailleurs, **l'isolement d'une sanction déplafonnée et spécifique aux demandes relatives aux personnes non identifiées**, compte tenu de la dimension et de la solvabilité des opérateurs de plateformes en ligne, s'imposait. Ses modalités et son montant paraissent néanmoins d'un **niveau insuffisamment dissuasif** : la pénalité en question se chiffre à 5 000 euros et s'applique à raison de « chaque demande », étant entendu qu'aux termes de l'article R. 114-35 du code de la sécurité sociale, la demande est strictement encadrée et peut concerner plusieurs personnes. La commission a adopté l'amendement n° 147 proposant en conséquence une **augmentation du montant à 10 000 euros**, somme qui plafonne la pénalité relative au défaut de communication pour une demande concernant une personne identifiée.

Enfin, votre commission propose par l'amendement n° 148 d'étendre aux caisses de sécurité sociale du régime agricole la procédure de saisie conservatoire applicable dans les cas de constat de travail dissimulé.

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

¹ Cinq ans pour sauver la justice ! *Rapport d'information n° 495 (2016-2017) de M. Philippe BAS, Mme Esther BENBASSA, MM. Jacques BIGOT, François-Noël BUFFET, Mme Cécile CUKIERMAN, MM. Jacques MÉZARD et François ZOCCHETTO, fait au nom de la commission des lois*, déposé le 4 avril 2017.

EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION

Réunie le 8 novembre 2017 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 2018 : 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. – *Nous examinons ce matin le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018. Commençons avec le rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Après un déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 7 milliards en 2016, puis de 4,9 milliards en 2017, le présent projet de loi de financement présente une prévision de déficit de 2,2 milliards en 2018, avec une perspective de retour à l'équilibre en 2019. Le solde tendanciel étant estimé par la commission des comptes à 8,6 milliards, on peut mesurer l'ampleur des mesures correctives apportées par ce texte.*

Nous avons examiné les hypothèses macro-économiques qui sous-tendent ce texte et les perspectives pluriannuelles lors de l'examen du rapport pour avis de notre commission sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. Je n'y reviens pas.

Je me bornerai à rappeler, pour l'année 2017, que le retour à l'équilibre annoncé n'a pas eu lieu, que la branche maladie est déficitaire de 4,1 milliards d'euros au lieu des 2,6 milliards d'euros annoncés et que malgré les déclarations rassurantes de l'ancien gouvernement, il est manifeste que les retraites ne sont pas à l'équilibre pour des décennies.

En 2018, les efforts se concentrent sur le solde de l'assurance maladie dont le déficit prévu par la commission des comptes est de 7,9 milliards. La branche bénéficie notamment de recettes nouvelles, tels que les droits tabac, la hausse du taux de cotisations et l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle, et devra réaliser des économies par rapport à l'augmentation tendancielle de ses dépenses.

La branche AT-MP reste en excédent, ce qui permet une baisse de son taux de cotisation. La branche famille consolide son excédent, notamment par la maîtrise de ses dépenses. La branche vieillesse ne doit son léger excédent qu'au décalage de la revalorisation des pensions. Quant au FSV, il reste le mal aimé du PLFSS, avec un alourdissement de ses charges, une diminution de ses produits en 2018 et un déficit de 3,5 milliards.

L'amélioration des résultats ne doit pas faire oublier les déficits passés, qui représenteront 21,3 milliards pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) à la fin de l'année 2018.

Je concentrerai mon propos sur les trois principales mesures portées par la troisième partie de ce texte à l'article 7 qui prévoit l'augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) et la suppression de cotisations salariales, à l'article 8 qui organise, pour 2019, la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction de cotisations et à l'article 11 qui prévoit la suppression du régime social des indépendants (RSI) et la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants par le régime général de sécurité sociale. Ces trois articles mettent en œuvre des annonces faites au cours de sa campagne par le Président de la République.

L'article 7 procède à l'augmentation de la CSG de 1,7 point sur l'ensemble des revenus à l'exception des allocations chômage et des pensions de retraite et d'invalidité relevant de l'exonération et du taux réduit. Le produit de cette augmentation s'élève à 22,5 milliards. Cet article supprime la cotisation salariale maladie de 0,75 % pour un montant de 4,8 milliards et, en deux temps, en janvier et en octobre, la contribution salariale d'assurance chômage de 2,4 %, pour un montant de 9,4 milliards.

Pour les travailleurs indépendants, l'augmentation de la CSG est compensée par une réduction de la cotisation famille de 2,15 points pour tous à laquelle s'ajoute un renforcement de la dégressivité de cette cotisation en fonction des revenus. Le coût de la mesure est de 2,3 milliards.

Un mécanisme de compensation à l'assurance chômage est mis en place via l'Acoss qui se voit confier cette mission nouvelle et affecter un produit de TVA de 9,4 milliards. Si cette ressource devait être insuffisante, l'équilibrage de l'Acoss serait assuré par les branches du régime général. Ce mécanisme est inédit.

L'augmentation de la CSG n'apporte aucune recette supplémentaire à la sécurité sociale qui restitue à l'État la quasi-totalité de la fraction de TVA nette qui lui était affectée. Avec la rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité affecté au FSV depuis 2016, la sécurité sociale restitue même davantage qu'elle ne perçoit.

L'étude d'impact associée à l'article 7 lui assigne plusieurs objectifs : baisse du coût du travail ; diversification des recettes de la sécurité sociale ; gains de pouvoir d'achat et redistribution – c'était le but annoncé.

La CSG s'appliquant sur l'ensemble des revenus, le Gouvernement s'est engagé dans des mesures de compensation diverses, parfois complexes – songeons à ce qui est proposé pour les retraités en établissement – mais forcément incomplètes. À ce jour, les modes de compensation pour des populations aussi diverses que les artistes-auteurs, les fonctionnaires ou encore les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap ne sont pas encore connus, malgré nos demandes réitérées. Nous aurons peut-être des réponses en séance publique.

M. Alain Milon, président. – Je l'espère.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Il est en revanche une population pour laquelle la compensation est partielle, de façon totalement assumée par le Gouvernement : les retraités. Ce ne sont pas 3 milliards de dégrèvement sur la taxe d'habitation en 2018 répartis sur l'ensemble des ménages qui compenseront 4,5 milliards supplémentaires de prélèvements sur les retraités.

À titre personnel, l'idée d'une convergence des taux de CSG applicables à un même niveau de revenu entre actifs et retraités ne me choque pas : il n'existe pas d'exonération, de taux réduit ni de taux normal dérogatoire pour les actifs aux revenus modestes et, depuis plusieurs années, le revenu moyen des retraités, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, est supérieur à celui des actifs.

L'article 7 laisse cependant subsister un différentiel de 0,9 point entre le taux applicable aux actifs et celui applicable aux retraités tandis qu'il augmente l'effet de seuil entre le taux réduit (3,8 %) et le taux normal des retraités (8,3 %). Il ne poursuit donc pas d'objectif de convergence mais se présente de façon un peu stigmatisante pour les retraités, mis seuls à contribution. Je vous proposerai donc la suppression de cette disposition, qui pourrait être compensée par le maintien de l'affectation à la branche maladie d'une partie de la fraction de TVA nette qu'elle restitue à l'État, qui représente 5,9 milliards et dont 1,6 milliard revient à la sécurité sociale pour prendre le relais de compensations non-pérennes et compenser des charges nouvelles. Le retour net de recettes à l'État est donc de 4,3 milliards.

L'article 8 procède à la transformation du CICE créé par la dernière loi de finances rectificative pour 2012 et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en réduction de cotisations sociales. La création du CICE a fait suite au rapport Gallois sur la compétitivité de l'économie française, avec l'objectif d'améliorer les marges des entreprises. Son taux initial de 4 % a été porté à 6 % puis à 7 % pour l'année 2017. Le projet de loi de finances en ramène le taux à 6 % en 2018 ; c'est sur cette base qu'il sera transformé en réduction de cotisations sociales en 2019.

Cette transformation s'opère par une réduction de 6 points du taux de cotisation maladie jusqu'à 2,5 Smic, sur le modèle de la réduction de cotisation famille jusqu'à 3,5 Smic mise en œuvre dans le cadre du pacte de responsabilité. Le coût de cette mesure serait de 21,6 milliards. Elle se traduit également par un approfondissement des allégements généraux de cotisations au voisinage du Smic qui concernerait les contributions patronales d'assurance chômage et les cotisations aux régimes de retraite complémentaire. Au niveau du Smic, les cotisations seraient donc résiduelles, voire nulles. Cet approfondissement des allégements généraux représente 3,3 milliards.

En 2019, les entreprises bénéficieront donc du versement du CICE dû au titre de 2018 et des réductions de cotisations, ce qui représente un effort significatif de 24,8 milliards. Pour les entités bénéficiaires du CITS, le gain est de 800 millions.

Je n'ai pas reçu de contestations à propos de cette mesure et le positionnement des allégements sur les bas salaires a donné lieu à peu de débats, alors que les effets sectoriels de ces choix ne sont pas négligeables : les allégements généraux sur les bas salaires bénéficient prioritairement à des entreprises de petite taille, dans des secteurs peu exposés à la concurrence internationale et faiblement à l'industrie.

Le ministre de l'économie, Bruno Le Maire, s'est exprimé sur la nécessité de réfléchir aux prélèvements sociaux sur les salaires plus élevés mais l'occasion offerte par la transformation du CICE ne se représentera probablement pas avec la même ampleur. Il n'a pas souhaité en dire plus.

J'en viens à l'article 11. Le RSI est un sujet que notre commission connaît bien et sur lequel elle a toujours porté, grâce au rapport présenté, à l'été 2014, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) par nos collègues Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy, un regard pragmatique, dépassionné et surtout actualisé – le RSI d'aujourd'hui n'est pas celui de 2010, ni même de 2014. Le plus fort de la crise, dont ce régime continue à porter les stigmates, est derrière nous. Il est donc temps de passer à une nouvelle étape et le débat porte sur la forme qu'elle doit prendre.

Ce que propose le projet de loi est de tirer entièrement les conséquences du choix fait en 2008 de confier aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants en clarifiant la chaîne hiérarchique et de responsabilité. Il s'inscrit en cela dans le prolongement de la mesure que nous avons votée l'an dernier sur le responsable unique du recouvrement.

Le texte va cependant au-delà du seul recouvrement pour confier à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) la gestion du risque maladie et à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) la gestion du risque vieillesse. Au 1^{er} janvier 2018, cette réforme sera transparente pour les travailleurs indépendants qui resteront gérés par les anciennes caisses du RSI, devenues caisses déléguées. Au 1^{er} janvier 2019, les nouveaux travailleurs indépendants relèveront directement du régime général et au 1^{er} janvier 2020, ce sera le cas pour l'ensemble des travailleurs indépendants.

Au-delà des questions institutionnelles et de gouvernance, ma préoccupation est celle du maintien et du développement de la qualité de service due aux assurés travailleurs indépendants. J'étais assez inquiet au démarrage des travaux, notamment sur le calendrier qui me paraissait risqué, mais ma position a évolué au fil des auditions.

Pour le recouvrement, la réforme est plutôt une clarification des responsabilités. Pour la maladie et la vieillesse, il faut rappeler que les branches du RSI sont intégrées financièrement avec le régime général depuis 2015. Depuis le 1^{er} juillet 2017 et la mise en place de la liquidation unique des régimes alignés (Lura), le régime général sait liquider une pension de travailleur indépendant. Quant aux prestations maladie en nature, les règles sont strictement identiques.

Tous les problèmes, notamment de systèmes d'information, ne seront pas réglés par la seule suppression du RSI. La création d'un groupement d'intérêt économique (GIE) chargé de maintenir les systèmes d'information du RSI le temps qu'il faudra pour leur substituer d'autres solutions informatiques me semble tirer les leçons de la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU).

Certaines modifications du droit ou améliorations de l'offre de services devraient faciliter la transition, comme la coupure du lien entre versements des cotisations et versements des indemnités journalières ou la faculté d'ajuster plus facilement ses acomptes. Une expérimentation est prévue pour tester la faisabilité de l'auto-liquidation. Il peut sembler injuste que le RSI n'ait pas obtenu ces avancées plus tôt mais elles vont indéniablement faciliter les choses.

La décision de supprimer le RSI est prise. Elle sera mise en œuvre, nous ne devons avoir aucun doute à ce sujet. Aucun des interlocuteurs que nous avons rencontrés en audition n'en doute, y compris et peut-être même surtout les syndicats, qui sont déjà dans l'après et voudraient que les choses aillent vite afin que les personnels sachent précisément quelles fonctions ils occuperont demain.

C'est pourquoi je vous propose d'accompagner cette évolution, dans un contexte où les entrepreneurs sont, le plus souvent, d'anciens ou de futurs salariés et de veiller à la mise en place des garanties nécessaires au bon déroulement de la réforme sans exposer les travailleurs indépendants à de nouvelles zones de turbulences. J'ai identifié plusieurs points sur lesquels ces garanties me semblent devoir être renforcées et sur lesquels je vous proposerai des amendements. Pour le reste, il me semble que les acteurs du dossier sont attentifs à ne pas répéter les erreurs du passé et à prendre en compte l'aspect humain de cette réforme, dont les salariés du RSI sont un élément clé.

Telles sont les principales observations que je souhaitais faire sur les articles les plus importants de la troisième partie de ce projet de loi. Sous réserve des amendements qui vous seront présentés par vos rapporteurs, je vous propose d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Mme Catherine Deroche, rapporteure pour l'assurance maladie. – *La branche maladie représente près de 200 milliards, soit plus de 50 % des dépenses du régime général depuis la mise en place de la protection universelle maladie en 2016. Elle supporte également une part désormais prépondérante du déficit des comptes sociaux. Si le solde de la branche s'est amélioré en 2016, il n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant-crise de 2008 : hors produit exceptionnel de CSG, le déficit de l'assurance maladie est de 5,5 milliards, soit un niveau proche de celui de 2015 ou de 2012. L'amélioration devrait se poursuivre en 2017, au prix, pour partie, de la mobilisation de recettes non pérennes : le déficit serait de 4,1 milliards, supérieur à la cible visée l'an passé par le précédent gouvernement ; l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté l'an dernier serait tenu, au moyen d'une régulation malheureusement habituelle sur les crédits des établissements de santé ou médico-sociaux.*

En ce qui concerne l'assurance maladie, nous sommes tous les ans face à une équation complexe : comment contenir la dynamique de la dépense de santé dans un cadre soutenable pour nos finances publiques ? Le PLFSS s'inscrit dans une forme de continuité tout en montrant, il faut le souligner, des signaux positifs. Il laisse nombre d'acteurs du monde de la santé que j'ai pu auditionner assez interrogatifs, tant les attentes sont fortes.

Dans le contexte esquissé, la trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie dans laquelle s'inscrit le PLFSS est un objectif exigeant que nous ne pouvons que soutenir.

Pour 2018, l'Ondam progresse de 2,3 %, soit un taux facialement un peu plus élevé que celui voté les trois années précédentes. Le niveau d'économies attendu est aussi inédit, à près de 4,2 milliards, en raison d'un tendanciel de dépenses évalué à 4,5 %, contre 4,3 % en 2017. La dynamique des soins de ville portée par les récents accords conventionnels en explique une part importante : l'impact de la convention médicale de 2016 est évalué à 460 millions.

Ces données sont à prendre avec un certain recul. D'une part, le tendanciel des dépenses est peu étayé, nous le regrettons chaque année ; d'autre part, les économies attendues sont peu documentées et la notion même d'économies est discutable. Parmi les plus de 4 milliards d'efforts demandés à l'assurance maladie, nous trouvons des biais habituels de présentation : cela inclut par exemple pour 2018 le relèvement du forfait hospitalier, bienvenu pour les hôpitaux mais qui ne constitue en rien une économie structurelle. Déduction faite des mesures de périmètre, l'effort peut être réévalué à 3,4 milliards, contre 3 milliards à même périmètre l'an dernier, ce qui reste exigeant.

Les hypothèses de retour à l'équilibre, avec un déficit cible de 800 millions en 2018 – niveau jamais atteint depuis 1999 – et un excédent dès 2019, reposent sur des transferts de recettes et ne résultent pas seulement d'un effort structurel de maîtrise des dépenses. Néanmoins, dans la durée, un tel effort ne peut reposer exclusivement sur de simples ajustements. Chacun en convient. Or, si le PLFSS esquisse des évolutions qui vont dans le bon sens, il reporte encore des choix stratégiques qui seront inéluctables.

Sans engager des évolutions fortes, le PLFSS met l'accent, de façon positive, sur la prévention, l'innovation et la pertinence des soins. Ces avancées devront encore, sur certains sujets, se confronter à l'épreuve des faits. Après un examen constructif, je ne vous proposerai pas de bouleverser l'économie générale du texte dont le contenu a été peu modifié par l'Assemblée nationale. Je vous ferai toutefois des propositions pour en améliorer l'équilibre.

L'accent porté sur la prévention est un réel motif de satisfaction. L'article 34 étend l'obligation vaccinale pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 de trois à onze vaccins, en y intégrant ceux qui sont aujourd'hui simplement recommandés. À l'heure où nous assistons à la résurgence d'épidémies en raison d'une couverture vaccinale trop faible, cette mesure me paraît nécessaire. Il faut rappeler que la vaccination constitue un atout majeur pour la protection de la santé au plan à la fois individuel et collectif. L'article 34 bis prévoit la prise en charge intégrale par l'assurance maladie d'une consultation de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées de 25 ans. Cela permettra de sensibiliser les jeunes femmes au dépistage précoce.

L'innovation constitue, en affichage, un autre message fort.

L'article 35 crée un cadre général et large d'expérimentations, ayant vocation à englober des initiatives éparses et sans réel pilotage. L'objectif est double : faire émerger des organisations innovantes et inciter à un recours plus pertinent aux produits de santé. Sont notamment envisagés une prise en charge globale des patients pour une séquence de soins, avec un paiement forfaitisé englobant par exemple l'amont et l'aval d'une intervention chirurgicale, ou encore des modes de rémunération ou d'intéressement collectif.

Notre commission a maintes fois étayé le constat de départ, qui est que le fonctionnement en silos de notre système de soins, la prévalence d'une rémunération à l'acte ou à l'activité, n'incitent pas au décloisonnement des acteurs dans une logique de parcours de santé, essentielle pour prendre en charge les pathologies chroniques ou améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Les verrous administratifs sont, nous le voyons sur le terrain, un frein aux initiatives dès qu'elles sortent des cadres classiques. Le directeur général de la Cnam, lors de son audition, nous a invités à faire le pari d'un cadre expérimental large. C'est en effet un pari, celui de la souplesse et de la réactivité, alors que des expérimentations votées il y a plusieurs années ne sont toujours pas opérationnelles ; celui aussi de la confiance aux acteurs de terrain.

Tout en soutenant cette opportunité de faire bouger des lignes, je vous proposerai, par plusieurs amendements, d'en assouplir le champ et d'en préciser les conditions de pilotage, notamment en y associant les acteurs locaux.

Sur le même thème de l'innovation, l'article 36 ouvre la voie, il faut le souhaiter, à un réel déploiement de la télémédecine que l'expérimentation ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 n'a pas favorisé. Les actes de téléconsultation et de téléexpertise pourront être tarifés selon le droit commun ; les modalités seront arrêtées par les partenaires conventionnels. L'expérimentation se poursuivra sur le seul champ de la télésurveillance – on peut le regretter ; toutefois, ce sujet est moins mature et pose des questions complexes de financement de dispositifs médicaux innovants ; sans être encore opérationnelles, les expérimentations ont paradoxalement le plus progressé sur ce champ. Nous ne pouvons que soutenir une évolution demandée par notre commission dans plusieurs rapports, récemment celui de nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny sur les zones sous-dotées. Je souhaite que dans le cadre du grand plan d'investissement, les professionnels de santé bénéficient d'un accompagnement au déploiement de la télémédecine, en termes d'équipement notamment.

L'article 37 s'inscrit dans le même objectif de promouvoir, ou en tous cas de ne pas entraver l'innovation, sur un plan cette fois plus procédural. Il propose une procédure accélérée d'inscription des actes à la nomenclature permettant, au terme d'un délai de onze mois et de manière transitoire, de contourner les commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) au sein desquelles sont représentés les professionnels de santé. Il s'agit ainsi d'éviter les situations de blocage qui conduisent à ce que l'inscription de nouveaux actes à la nomenclature soit indéfiniment retardée. On nous a ainsi cité le cas de la photothérapie dynamique, dont l'inscription a pris sept ans. L'Assemblée nationale a supprimé ce dispositif au motif qu'il ne serait pas respectueux de la compétence des professionnels de santé. Pour ma part, je considère que les modalités proposées permettent de trouver une voie équilibrée entre l'association des professionnels et la garantie d'un accès rapide des patients aux actes nouveaux. Je vous proposerai cependant de prolonger le délai proposé pour la consultation des Chap en cas de difficultés particulières.

Sur la même thématique de l'innovation, si la question des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) n'est pas présente dans le texte, elle a été largement évoquée lors des auditions que j'ai conduites. Du fait des règles de recevabilité financière des amendements, il ne nous est malheureusement pas possible de proposer certaines mesures fortement appelées par les professionnels médicaux, comme par exemple l'adaptation de la procédure d'ATU aux simples extensions d'indication. Je vous proposerai toutefois un autre amendement plus technique sur cette question.

Un autre volet du PLFSS traduit une plus forte promotion de la pertinence des soins dans un enjeu de maîtrise de la dépense.

L'article 39 institue un intérressement à la qualité des soins pour les établissements de santé. On peut cependant regretter en pratique que, dans certaines régions, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (Cajes) sur lesquels repose cette procédure créent plus de contraintes que de simplifications, en imposant parfois le suivi de plus de 150 indicateurs. Je vous ferai une proposition non pour revenir sur le principe de l'intérressement, mais pour permettre à la contractualisation de se dérouler dans des conditions plus sereines pour les établissements.

Le texte porte par ailleurs des mesures particulièrement ambitieuses s'agissant de la régulation du secteur des dispositifs médicaux, jusqu'ici très en deçà de celle existant pour les médicaments. L'article 41 propose ainsi de renforcer considérablement la régulation économique portant à la fois sur les prix, les tarifs et les volumes des dispositifs médicaux, en parallèle d'importantes évolutions portant sur le régime de certification du secteur, portées par l'article 40. Ces dispositions me paraissent cependant trop ambitieuses au regard de la structuration actuelle de ce secteur économique, qui repose principalement sur des petites entreprises réalisant de faibles gains marginaux, et dont les produits sont utilisés par les acteurs de l'aide à domicile. Je vous proposerai donc de les adapter en partie.

Dans le même objectif de régulation des dépenses, des évolutions portent sur les procédures de demande d'accord préalable (article 42), ou celle de mise sous objectif étendue à l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs (article 43). Je proposerai d'entourer de garanties suffisantes les nouvelles justifications de recours à l'accord préalable prévues pour les prestations coûteuses.

L'article 47 propose enfin de reporter de sept mois l'application de la réforme de la prise en charge financière des transports inter-établissements, qui doit être confiée aux établissements eux-mêmes afin de les inciter à une gestion plus efficiente de ce poste de dépenses. Mes auditions m'ayant permis de constater que les conditions ne sont pas réunies pour une application sereine de cette réforme, je vous proposerai de la reporter une nouvelle fois afin de laisser toute sa place à la concertation.

Des mesures plus ponctuelles portent sur la facturation directe des établissements de santé (article 45), toujours en voie de généralisation depuis 2004, sur la suppression de la dégressivité tarifaire dans les établissements de santé (article 46), ou la réforme du financement des SSR (article 48) dont la période transitoire est prolongée pour des raisons techniques.

Sur un tout autre sujet, l'article 44 vise à reporter l'entrée en vigueur des dispositions du règlement arbitral dentaire relatives au plafonnement des soins prothétiques et à la revalorisation des soins conservateurs. Je vous rappelle que nous nous étions opposés, l'année dernière, à la mise en œuvre de ce règlement arbitral, dans la mesure où il portait sur un avenant à la convention, et non sur la convention elle-même : nous avions estimé que cela revenait à modifier les règles de la négociation conventionnelle en cours de partie.

Notre commission a régulièrement l'occasion de rappeler son attachement à la voie conventionnelle ; il apparaît toujours contre-productif de contourner, pour l'adoption d'une réforme, les professionnels qui seront ensuite chargés de sa mise en œuvre. La suite des événements ne nous a pas donné tort : du fait de l'opposition toujours extrêmement forte des professionnels, il est aujourd'hui impossible de faire appliquer immédiatement les mesures tarifaires les plus sensibles prévues par ce règlement. Il me semble cependant qu'il est malheureusement trop tard pour faire marche arrière, dans la mesure où plusieurs des dispositions du règlement arbitral sont d'ores et déjà en application, notamment celles portant sur la prise en charge des soins pour les publics fragiles. Nous devrons cependant rester très attentifs à ce que les engagements pris par la ministre soient tenus dans le cadre de la nouvelle négociation engagée.

Je terminerai en abordant une évolution adoptée à l'Assemblée nationale, qui ne vous a pas échappé car elle traduit les récentes annonces de la ministre de la santé sur le tiers payant (article 44 bis). L'amendement du Gouvernement supprime sa généralisation au 30 novembre 2017, qualifiée d'irréaliste par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et à laquelle notre commission s'était opposée. Un rapport devra nous être présenté d'ici mars 2018 en vue de rendre le tiers payant intégral généralisable, dans des conditions techniques fiabilisées et après concertation. Je salue cette décision pragmatique. Nous resterons toutefois vigilants pour que le dispositif généralisable ne se transforme pas demain en obligation.

Sous réserve des amendements que je vous présenterai, je vous propose d'adopter ce projet de loi de financement en ce qui concerne la branche maladie.

M. Bernard Bonne, rapporteur pour le secteur médico-social. – Avant toute chose, permettez-moi de vous remercier, monsieur le président, de la confiance que vous m'avez accordée en me chargeant, alors que mon premier mandat sénatorial débute à peine, du rapport du secteur médico-social du PLFSS pour 2018. Ce secteur, que ne couvrent à proprement parler que les articles 50 et 50 bis du projet de loi, n'en représente pas moins des enjeux financiers et humains considérables, dont la portée semble en partie échapper aux décideurs publics et sur lesquels il me faut insister.

Si le secteur médico-social se fait en apparence discret, c'est qu'il n'est plus l'objet depuis bientôt deux ans de la réforme systémique dont il a pourtant grandement besoin. De PLFSS en PLFSS, c'est à des retouches successives et impressionnistes que le Gouvernement procède, nous livrant par morceaux la vision d'ensemble qu'il a du secteur et dont nous devinons les traits à grand-peine. La lisibilité de ces réformes en pâtit grandement, et les premières victimes en sont les familles dont un ou plusieurs membres sont pris en charge dans ces établissements ; les gestionnaires d'établissements, dont le rôle est pourtant déterminant dans la restructuration de l'offre ; ainsi que les conseils départementaux qui sont en première ligne de la prise en charge.

De cette absence d'appréhension d'ensemble, je voudrais vous exposer deux preuves principales, qui ont trait pour l'une au modèle financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et pour l'autre à la réforme tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les chiffres, sur le papier, montrent des montants en progression sensible : l'Ondam médico-social, qui désigne la part des crédits de l'assurance-maladie consacrés au financement des établissements médico-sociaux, est annoncé en hausse de 2 % en 2018, à 20,5 milliards, avec près de 515 millions de mesures nouvelles, ventilées en créations de places et en soutien financier aux mutations actuellement en œuvre dans le secteur. Ces chiffres ont le mérite d'afficher des ambitions plus modestes que celles, clairement irréalistes, qui vous avaient été exposées l'an dernier. Néanmoins, quel crédit accorder à ces prévisions, même modérées, quand celles de l'an dernier ont dû subir un rabotage de presque 240 millions ?

Plusieurs mouvements, vertueux, sont pourtant à l'œuvre : les dotations de l'Ondam médico-social sont moins sollicitées au titre de la consolidation de l'Ondam strictement sanitaire, et les réserves de la CNSA ont été moins ponctionnées que prévu. Ce sont là deux bonnes nouvelles ; mais, toute mesure d'économie ayant son revers, ce sont les créations de places, dont de nombreuses familles continuent à nous faire remonter les manques criants, qui en ont subi les conséquences. Le nombre de

personnes handicapées contraintes de quitter le territoire national pour aller trouver en Belgique la prise en charge que l'offre médico-sociale française ne peut leur fournir n'a pas connu la décélération promise par le gouvernement précédent.

À ce problème structurel, le remède ne peut être que structurel. Le modèle financier du principal financeur du secteur médico-social, la CNSA, doit être intégralement repensé. Ses réserves connaissent cette année une nouvelle baisse de presque 220 millions, et atteignent, à moins de 500 millions, un niveau qui s'épuisera rapidement si l'on ne cesse pas définitivement d'y recourir pour financer des actions sans rapport avec leur objet, comme on l'a trop vu par le passé. Je fais notamment référence au fonds d'appui destiné à épauler les départements dans le financement de leurs dépenses de RSA, abondé l'an dernier à hauteur de 50 millions.

Par ailleurs, est-il acceptable que les départements, qui participent aux côtés de la CNSA à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, se trouvent dans l'impossibilité de consommer l'intégralité des crédits qui leur étaient attribués au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 2 ou de la conférence des financeurs, alors que leurs besoins financiers sont pourtant majeurs ? Le secteur médico-social n'est pas seulement menacé par le tarissement progressif de ses sources financières ; il l'est aussi par des cloisonnements excessifs et archaïques qui freinent les dynamiques nécessaires et obèrent les rapprochements et expérimentations possibles à l'échelle régionale.

Outre l'urgence de la réforme systémique de son modèle financier, le présent PLFSS intervient dans un contexte de grand émoi pour les Ehpad, qui ont dû encaisser le choc d'une importante réforme tarifaire depuis la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Si la revalorisation des crédits médicalisés s'est faite sans trop de heurts, la redéfinition de la dotation à l'autonomie par l'introduction d'un point groupe iso-ressources (GIR) départemental n'a pas manqué de soulever, de la part de nos Ehpad publics qui s'en sont estimés les grands perdants, de nombreuses protestations. À ce stade, chers collègues, je dois vous avouer que la lumière n'est toujours pas faite sur cette affaire, contrairement à ce qu'affirment conjointement le ministère et l'administration.

Il n'est pas question de remettre en cause le caractère nécessaire de la réforme tarifaire des Ehpad. Le secteur médico-social devra s'adapter à une évolution comparable à celle que le secteur sanitaire a vécue lors de l'introduction de la tarification à l'activité ; il n'est plus possible de faire reposer le financement d'une prise en charge que de plus en plus de nos concitoyens solliciteront sur la seule logique de la reconduction des dotations historiques. Néanmoins, l'introduction du point GIR départemental pose la question cruciale de l'égalité territoriale de la réponse des pouvoirs publics face à la perte de l'autonomie. Est-il acceptable qu'une personne, à même degré de dépendance, soit presque deux fois mieux couverte en Corse du Sud que dans les Alpes-Maritimes ? L'écart entre Corse du Sud et Haute-Corse varie aussi presque du simple au double. Même si la libre administration des collectivités territoriales est essentielle, de tels écarts sont peu compréhensibles. Nous ne faisons pas là qu'interroger les incidences paramétriques d'une réforme technique, nous nous confrontons à l'un des plus grands défis qui a déjà commencé à se poser à nous, celui de la place et de l'aide que notre société entend réservier aux personnes vieillissantes.

Un autre risque, de plus court terme, est soulevé par cette réforme tarifaire. Inversement à ce que prétendent les Ehpad publics, le ministère et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) affirment que les perdants à la réforme ne représentent qu'un peu moins de 3 % des établissements et qu'ils ne manqueront pas de se voir compenser ce manque à gagner. Il semble pourtant que la méthodologie qui a conduit cette enquête présente quelques faiblesses, jetant ainsi le doute sur la réalité du nombre et du statut des Ehpad pénalisés par le nouveau forfait global dépendance. Nous devons par conséquent rester très vigilants : un Ehpad public dont les financements sont menacés n'aurait pas d'autre recours pour soutenir son budget que de réduire ses places habilitées à l'aide sociale. Si les effets collatéraux de cette réforme ne sont pas rigoureusement objectivés, nous exposons les résidents modestes de ces établissements à une augmentation intolérable de leur reste à charge.

Ainsi, les défis sont de taille. Nous devons veiller aux effets potentiellement néfastes de la réforme tarifaire des Ehpad, nous aurons à nous pencher dans les prochaines années sur la réforme tarifaire des établissements chargés de la prise en charge du handicap, lourde d'enjeux et nous devrons maintenir l'alerte sur le modèle du financement de la perte d'autonomie, dont la viabilité se trouve aujourd'hui menacée.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles. – Depuis son retour à une trajectoire excédentaire en 2013, la branche AT-MP affiche une bonne santé financière que le PLFSS pour 2018 ne dément pas. Malgré de nouvelles dépenses mises à sa charge, les soldes prévisionnels s'élèvent à environ 1 milliard en 2017 et 500 millions en 2018. La dette – près de 2,5 milliards en 2012 – est aujourd'hui intégralement apurée, grâce à un ajustement régulier des taux de cotisation employeur. Ce résultat est en effet d'autant plus remarquable que le financement de la branche repose intégralement sur les entreprises et qu'elle est la seule dont la dette ne fait pas l'objet de reprises par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Il faut à cet égard souligner la qualité du dialogue social au sein de la branche, qui permet de garantir ses spécificités et sa bonne gestion.

Si des marges de progrès existent, c'est indéniable, pour mieux assurer la sécurité au travail de nos concitoyens, les résultats obtenus en la matière sont encourageants.

Avec une moyenne de 33,8 accidents pour 1 000 salariés, le nombre d'accidents du travail se stabilise à un niveau historiquement bas, dix fois moins élevé qu'il y a cinquante ans. Certains secteurs restent cependant plus touchés que d'autres : le secteur du bâtiment et des travaux publics, qui est l'un des plus sinistrés mais aussi celui où la fréquence des accidents du travail est en plus forte baisse. Je pense surtout au secteur de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées où le nombre d'accidents est à l'inverse en hausse, avec une moyenne de près de 95 accidents pour 1 000 salariés.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, la rupture de tendance esquissée en 2012 se confirme : le nombre de maladies nouvellement reconnues a diminué en 2016 pour atteindre moins de 50 000. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont encore en cause dans près de 9 cas sur 10 d'arrêts ou d'incapacité permanente mais leur nombre total diminue, de même que les maladies liées à l'amiante. En revanche, le nombre de pathologies cancéreuses reconnues, hors amiante, est en augmentation.

À côté de ces dépenses de prestations sociales, la branche AT-MP consacre une partie grandissante de ses ressources à des transferts à d'autres branches ou à des fonds. Ils représentent un cinquième du total des dépenses.

Il s'agit tout d'abord de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Après avoir augmenté régulièrement, le nombre de demandes d'indemnisation adressées au fonds est en baisse depuis 2016. Cette inflexion semble se confirmer en 2017, avec une baisse de 5 % des dépenses d'indemnisation au troisième trimestre. Au regard de cette évolution, la dotation de la branche AT-MP au Fiva est ramenée de 400 à 250 millions en 2017 et 270 millions en 2018.

Si elle se confirmait, cette évolution pourrait indiquer le passage d'un cap, vingt ans après le début de l'interdiction de l'usage de l'amiante : compte tenu du délai de latence des maladies liées à l'amiante, qui peut aller jusqu'à quarante ans, les études épidémiologiques prévoient un pic des demandes en 2020. La tendance qui se dessine pourrait indiquer que ce pic est désormais dépassé, avec une légère avance par rapport aux prévisions. Il faudra donc être particulièrement attentif à l'évolution d'activité au cours de l'année prochaine.

De façon générale, les associations que j'ai rencontrées se montrent satisfaites des efforts déployés par le fonds pour améliorer les conditions de traitement des demandes, comme de la concertation approfondie qui a précédé l'élaboration d'un nouveau formulaire pour les ayants droit. Des progrès pourraient néanmoins être réalisées dans le domaine des actions récursoires auprès des employeurs reconnus fautifs, à condition – selon le fonds – de pouvoir y dédier les équipes nécessaires.

S'agissant du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), la réduction de ses dépenses se poursuit en raison de la baisse du nombre d'allocataires. Pour 2018, la contribution de la branche AT-MP au Fcaata est fixée à 613 millions. Ce montant lui permettrait de se maintenir à l'équilibre. La situation financière du fonds n'appelle donc pas de remarques particulières. Je vous proposerai en revanche un amendement visant à renforcer les droits des personnes ayant demandé l'inscription d'un établissement sur la liste des employeurs ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Il s'agit d'une mesure adoptée par le Sénat l'année dernière mais qui avait été supprimée par l'Assemblée nationale malgré l'avis contraire de nos collègues de la commission des affaires sociales. Nous y reviendrons tout à l'heure.

J'en viens au transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP – vous savez que j'interroge souvent l'assurance maladie à ce sujet. Dans son rapport de mai dernier, la dernière commission chargée d'estimer le coût de cette sous-déclaration a conclu à une fourchette extrêmement large, comprise entre 815 millions et 1,530 milliard. Le PLFSS pour 2018 reconduit toutefois la dotation arrêtée depuis 2015, soit 1 milliard, contre 300 millions en 2002.

Nous l'avons déjà souligné plusieurs fois : au regard de la progression continue de ce versement, entièrement supportée par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, il est permis de s'interroger sur la réalité des efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration. De plus, le résultat de l'estimation est particulièrement tributaire de la méthode utilisée. À titre d'exemple, en ce qui concerne les syndromes liés à l'épaule, le nombre de cas retenus en 2017 est beaucoup plus élevé qu'en 2014 car la totalité des affections péri-articulaires liées à l'épaule est désormais intégrée alors que seul le syndrome de l'épaule enraide avait été chiffré

précédemment - pardon de ces précisions, mais il s'agissait d'un exemple frappant. Au cours de son audition, le représentant de la commission a lui-même reconnu que l'exercice d'évaluation instituait un mécanisme par nature inflationniste. Il a par ailleurs souligné les limites de cette évaluation, à commencer par l'impossibilité de savoir quel serait le taux de reconnaissance des pathologies prises en compte si l'ensemble d'entre elles étaient déclarées. Une autre difficulté est liée au fait que la commission reste encore mal équipée pour obtenir de vraies mesures, car elle dépend très essentiellement de la Cnam dont la capacité de production de données demeure, selon elle, insuffisante pour établir des bases de chiffrage solides. Le président de la Cnam, que j'avais interrogé, m'avait déclaré qu'il n'avait pas les moyens d'établir de telles statistiques, ce qui est tout de même curieux.

Enfin, en application d'une ordonnance prise sur le fondement de la loi Travail de septembre dernier, la branche AT-MP supporte depuis le 1^{er} octobre le montant des dépenses supplémentaires engendrées par la réforme du compte pénibilité, jusqu'alors géré par la Cnav, pour un total de 186 millions d'euros en 2018.

Les quatre facteurs de risque dont l'évaluation était la plus complexe ne relèvent plus du compte ; ils font désormais l'objet d'un traitement distinct dans le cadre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité issu de la réforme des retraites de 2010. Les salariés concernés pourront ainsi bénéficier d'un départ anticipé dès lors qu'une visite médicale, en fin de carrière, aura permis de démontrer qu'ils ont contracté une maladie professionnelle conduisant à un taux d'incapacité permanente d'au moins 10 %.

La montée en charge de ce dispositif fait encore l'objet de nombreuses imprécisions. Il semble que la direction des risques professionnels de la Cnam ait pris connaissance assez tardivement du transfert envisagé par le Gouvernement et l'évaluation de l'impact financier de la mesure demeure peu approfondie. Il est probable que la branche soit confrontée à une hausse importante des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles. En outre, si la Cnav avait mis en place un dispositif d'ouverture et de gestion des droits, elle n'avait pas développé l'activité de prévention en entreprise, qui est tout de même primordiale. Tout l'enjeu sera d'y affecter les moyens nécessaires et d'éviter de rester dans une simple logique de réparation.

Je termine en indiquant que le PLFSS pour 2018 comporte deux mesures nouvelles en matière de risque professionnel. Il s'agit certes d'avancées auxquelles nous ne pouvons être que favorables, mais qui demeurent finalement assez timides au regard des marges de manœuvre financières existantes. L'article 31 prévoit que pour les maladies déclarées à compter du 1^{er} juillet 2018, le point de départ du versement des prestations ne soit plus la date du certificat médical établissant un lien possible entre la maladie et le travail mais la date de la première constatation médicale de la pathologie. L'article 32 bis prévoit quant à lui une amélioration des circuits de financement internes des caisses dans le domaine des recours contre tiers.

Au-delà de 2018, le PLFSS prévoit la poursuite de la croissance des excédents de la branche AT-MP qui atteindraient 1,7 milliard en 2021. L'audition de la directrice des risques professionnels de la Cnam a permis de confirmer que cette perspective justifiait l'engagement d'une décroissance des taux de cotisation et la mobilisation de moyens supplémentaires pour définir une politique active de prévention. Il me semble en effet légitime de tirer les conséquences, pour les employeurs, du retour à une

situation financière solide. Il nous faudra cependant être vigilants à la montée en régime de la réforme du compte pénibilité et, plus largement, à l'avenir des dépenses mutualisées afin d'éviter qu'elles ne fragilisent les fondements assurantiels de cette branche auxquels notre commission a toujours été attachée.

En conclusion, je soulignerai que les moyens financiers accordés cette année devront être maintenus. Il faut reconnaître que ces moyens financiers sont établis en concertation, entre les organisations syndicales et patronales. Les résultats de cette concertation ne doivent pas être bouleversés.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour la branche vieillesse. – Pour comprendre tout l'intérêt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en matière de retraite, un retour sur le discours tenu par le précédent gouvernement s'impose. En octobre 2016, la ministre Marisol Touraine affirmait que le « régime des retraites était excédentaire » et qu'il le serait « pour plusieurs décennies ».

Elle appuyait son raisonnement sur les perspectives pluriannuelles 2017-2020 contenues dans le PLFSS pour 2017, au terme desquelles la branche vieillesse, soit le régime de base et le fonds de solidarité vieillesse, devait revenir à l'équilibre en 2020, dégageant même un excédent de 400 millions.

Ce PLFSS pour 2018 confirme les réserves qu'exprimait, l'année dernière, mon prédécesseur au rapport de l'assurance vieillesse, Gérard Roche, que je veux saluer. En révélant le tour de passe-passe comptable opéré par le précédent gouvernement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, il remet en effet les pendules à l'heure, s'agissant des perspectives de court-terme pour la branche vieillesse.

Reprisant sa trajectoire figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le solde de la branche vieillesse recommence à se dégrader en 2017 et devrait afficher un déficit de 2,1 milliards. Ce déficit, contrairement à ce qui figure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, continuera à se creuser jusqu'en 2021 pour atteindre le montant de 4,7 milliards. On est loin du retour à l'équilibre promis l'année dernière pour 2020.

Que s'est-il passé ? La Cour des comptes nous l'a expliqué lors de la présentation de son rapport sur la sécurité sociale : le gouvernement précédent avait l'an dernier intégré dans le solde de la branche vieillesse des transferts financiers destinés aux autres branches de la sécurité sociale. Ce tour de passe-passe comptable de près de 3 milliards a donc fait apparaître sous un jour beaucoup plus favorable la situation financière de la branche vieillesse. La critique de la Cour des comptes, lors de la remise de son audit sur les finances publiques en juin dernier, quant à l'insincérité des textes financiers pour l'année 2017 trouve, avec la branche vieillesse, une illustration concrète.

S'agissant des perspectives à plus long terme, à l'horizon 2040, le Conseil d'orientation des retraites, le COR, a lui aussi remis les pendules à l'heure. Comme notre rapport l'explique en détail, celui-ci a mené cette année un nouvel exercice complet de projections, dont les déterminants n'avaient pas été modifiés depuis 2012. Les évolutions démographiques et le retard pris par l'économie française pour retrouver son sentier de croissance d'avant la crise ont pour conséquence de dégrader les perspectives financières du système de retraites dans son ensemble : régimes de

base, régimes complémentaires et fonds de solidarité vieillesse. Sa conclusion est claire : quel que soit le scénario de productivité du travail et de chômage, l'équilibre financier du système des retraites ne sera pas assuré avant 2040, alors qu'il devait l'être à partir de 2024-2025 selon les dernières prévisions datant de 2016.

Remise des pendules à l'heure également cette année, s'agissant du coût de certains dispositifs, en particulier celui de la retraite anticipée pour carrière longue. Ce dernier, qui permet à toute personne ayant cotisé durant le nombre de trimestres requis pour l'obtention du taux plein de partir à la retraite avant 62 ans, a été élargi en 2012 à toute personne ayant cotisé au moins un trimestre avant l'âge de 20 ans. Notre commission dit depuis trois ans que ce dispositif, créé par la réforme Fillon de 2010, a été élargi de façon déraisonnable. Pour la première fois cette année, la commission des comptes de la sécurité sociale en a présenté le coût, tous régimes de base confondus : il s'élève pour l'année 2017, où il atteindra son pic, à 6,2 milliards avec 300 000 départs anticipés dans le seul régime général sur les 625 000 départs à la retraite enregistrés cette année. Entre 2015 et 2018, il générera une dépense tous régimes confondus de près de 23 milliards.

Alors que s'achève, en 2017, le recul de l'âge minimum légal à 62 ans, prévu dans la réforme de 2010, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a communiqué cette année l'économie globale qui en résulte tous régimes confondus : 10 milliards depuis 2011. Au total, l'effet de cette réforme courageuse a vraisemblablement été près de deux fois compensé par le décret de 2012 sur la retraite anticipée.

Remise à l'heure des pendules enfin par le Comité de suivi des retraites. Pour la première fois depuis sa création, ce comité, réputé pour sa prudence, a formulé une recommandation au Gouvernement. Celui-ci devrait prendre « les mesures nécessaires, afin de ramener le système de retraite sur une trajectoire d'équilibre ». Le Gouvernement est tenu de répondre à cette recommandation, mais force est de constater qu'il n'a pas saisi l'occasion de ce PLFSS pour le faire. En matière de retraite, ce texte apparaît d'ailleurs comme un texte d'attente de la future réforme systémique promise par le Président de la République pendant sa campagne.

Il contient néanmoins certaines inflexions qu'il me paraît important de mettre à jour et qui ne sont pas sans inquiéter quant à la politique du nouveau gouvernement s'agissant des retraites.

Ma première source d'inquiétudes concerne le Fonds de solidarité vieillesse, dont notre commission suit avec attention les évolutions depuis le rapport de Gérard Roche et Catherine Génisson. Son déficit devrait atteindre 3,6 milliards en 2017, soit le même montant qu'en 2016, avant de s'engager en 2018 dans une première baisse qui pourrait le conduire à 800 millions en 2021. Le creusement du déficit de la branche vieillesse, dans le même temps, sera donc le fait des régimes de base et non plus du FSV, ce qui est un retournement de situation par rapport à ce que nous observons depuis 2012.

Cette inversion des courbes tient principalement à la décision prise l'année dernière – issue d'une proposition du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale du Sénat – de ne plus faire financer le minimum contributif par l'intermédiaire du fonds, mais directement par les régimes de base.

Deux décisions contenues dans ce PLFSS montrent toutefois que le nouveau gouvernement, comme son prédécesseur, semble s'accommoder du déficit du FSV.

La suppression, à l'article 18, de l'affectation au Fonds du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital, entraîne une diminution de 2,6 milliards de ses recettes. Dans le même temps, la hausse des taux de CSG sur les revenus du capital entraîne une augmentation des recettes du FSV de 2,1 milliards. Les recettes du FSV connaissent cependant une baisse nette de 500 millions.

En ce qui concerne les dépenses, la revalorisation du minimum vieillesse de 803 aujourd'hui à 903 euros pour une personne seule en 2020 conduira à cette échéance à une augmentation de plus de 500 millions des charges du FSV. Or aucune recette ne lui a été affectée pour compenser cette hausse, qui est donc financée par une augmentation du déficit du Fonds. Je regrette que l'une des principales promesses de campagne du président de la République, portant sur l'augmentation du pouvoir d'achat des retraités les plus modestes, ne soit pas financée.

Avec ces deux dispositions, le Gouvernement s'inscrit donc dans la continuité de son prédécesseur, utilisant le FSV comme agent de trésorerie des régimes de base et non comme outil de clarification des circuits de financement de la solidarité dans la branche vieillesse, ce qui est pourtant son objet. En attendant, la dette du Fonds, portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), depuis qu'elle ne peut plus être reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), se creuse : elle atteindra 11 milliards fin 2018 et plus de 15 milliards en 2021.

Ma seconde source d'inquiétude tient à la situation des personnes retraitées, dont je crains qu'elle ne se dégrade sous ce quinquennat. Je ne reviens pas sur la décision d'augmenter le taux de CSG sur les retraites sans compensation directe, contrairement à tous les autres contribuables. Celle-ci fait peser une charge supplémentaire de 4,5 milliards sur les retraités. L'article 29 du PLFSS propose également de reculer la date de revalorisation des pensions de base du 1^{er} octobre au 1^{er} janvier. Alors qu'elles n'avaient pas été revalorisées en 2016, et très faiblement au 1^{er} octobre dernier, les pensions vont donc connaître en 2018 une nouvelle année blanche, entraînant une diminution de 340 millions du volume de pensions servies par les régimes de base.

L'orientation prise dans ce PLFSS augure-t-elle des choix qui seront faits dans les prochains mois concernant la réforme systémique des retraites ? Pendant la campagne, le Président de la République avait considéré que les retraites ne constituaient plus un problème financier et que la réforme proposée ne visait pas à la couverture de besoins de financement. La révision des perspectives financières à court et moyen terme bouleverse la donne. Que vaudra, dans ce contexte, sa promesse de ne pas modifier l'âge minimum légal de départ à la retraite ? Aucune piste sérieuse d'ajustement n'a pour l'instant été esquissée. La nomination en septembre dernier de notre ancien collègue, Jean-Paul Delevoye, comme haut-commissaire chargé de la réforme des retraites va permettre d'engager désormais rapidement les travaux de concertation avec les partenaires sociaux. Nous le rencontrons d'ailleurs demain après-midi.

Je souhaite que le Sénat prenne toute sa place dans ce processus de réforme et que nous puissions étudier, dans le cadre de la Mecss, les voies de réussite d'une telle réforme systémique que notre commission appelle de ses vœux depuis plus de dix ans. L'année 2018 sera donc importante pour l'avenir de nos retraites. Je me félicite que le contexte de présentation de ce PLFSS pour 2018 permette de rétablir la réalité du défi financier qui est devant nous.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour la branche famille. – Cette année, et pour la première fois depuis dix ans, les comptes de la branche famille retrouvent l'équilibre et connaissent même un léger excédent de 300 millions en 2017.

Comme nous tous, je suis attachée à notre politique familiale, dont certains de nos voisins cherchent aujourd'hui à s'inspirer. Ce retour à l'équilibre est donc, a priori, un motif de satisfaction. Il résulte, d'une part, de l'amélioration de la conjoncture économique et de transferts de charges vers l'État et, d'autre part, des mesures d'économies mises en œuvre depuis 2012 et dont l'impact approcherait en 2017 1,5 milliard.

Ces efforts demandés aux familles ont principalement porté sur les plus aisées d'entre elles, les familles modestes bénéficiant de revalorisations ciblées dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. Néanmoins, les classes moyennes n'ont pas été épargnées par les ajustements de prestations sous condition de ressources.

On constate ainsi une concentration de la politique familiale sur les familles les plus vulnérables, dans une logique de lutte contre la pauvreté, alors que la politique familiale a historiquement été construite dans une logique de compensation des charges que représente l'éducation d'un enfant.

Cette évolution remet en cause l'universalité, qui est un principe fondateur de notre politique familiale. Elle semble davantage résulter d'une série de mesures d'économie que d'une orientation assumée. Alors que s'ouvre un nouveau quinquennat, un certain nombre de questions doivent donc être posées.

Doit-on renoncer à l'objectif de compensation des charges de famille et concentrer les aides sur les seules familles en risque de pauvreté ?

À niveau de revenu équivalent, une famille aisée avec enfants doit-elle être aidée davantage qu'un couple sans enfant ?

Enfin, si la politique familiale doit être réorientée vers la lutte contre la pauvreté, cette logique a-t-elle vocation à être étendue à d'autres domaines, comme l'assurance maladie par exemple ?

Ce questionnement autour de l'avenir de la politique familiale intervient dans un contexte de baisse inquiétante du nombre de naissances depuis plusieurs années.

Ce premier projet de loi de financement du quinquennat contient peu de mesures concernant la branche famille. Il tient compte d'un excédent qui dépasserait 1 milliard en 2018 et progresserait tendanciellement pour atteindre 5 milliards d'euros en 2021.

La majoration du montant de l'aide apportée aux familles monoparentales qui font garder leurs enfants par un assistant maternel ou un salarié à domicile, prévue à l'article 25, est une mesure consensuelle. Il s'agit en effet d'aider spécifiquement un public largement féminin et éloigné de l'emploi, davantage touché par la pauvreté et généralement exclu des aides destinées aux familles nombreuses. Il convient toutefois de ne pas exagérer la portée de cette mesure. En effet, près de la moitié des parents isolés qui perçoivent actuellement le complément de libre choix du mode de garde, ou CMG, ont déjà un reste à charge de 15 % et ne verront donc pas leur aide augmenter. Par ailleurs, les modes de garde financés par le CMG sont les plus coûteux et donc les moins accessibles pour les familles monoparentales modestes. Enfin, le coût des modes de garde n'est pas le seul facteur d'éloignement de l'emploi des mères seules. Au demeurant, le coût de cette mesure est limité à 10 millions l'année prochaine et à 40 millions en année pleine.

À l'inverse, la baisse des plafonds et montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance, qui font partie de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) représente une économie qui atteindrait 500 millions par an au terme de sa montée en charge. Au vu de la situation excédentaire de la branche famille, une telle économie pose question, alors que les justifications avancées par le Gouvernement ne semblent pas pertinentes. Certes, les montants et les plafonds de l'allocation de base et du complément familial sont proches et leur alignement renforcerait la lisibilité du système du point de vue du gestionnaire, pour autant, le choix d'une harmonisation par le bas est particulièrement discutable et toucherait des familles modestes et issues des classes moyennes qui ont déjà eu à subir d'autres ajustements de la PAJE depuis 2012. Cette question se pose au vu de l'excédent de la branche. En outre, l'abaissement du plafond de la prime à la naissance n'est pas justifié. Il aurait pour conséquence collatérale d'abaisser les plafonds du CMG pour toutes les familles, y compris les familles monoparentales, en contradiction avec l'objectif poursuivi par l'article 25.

Une réflexion d'ensemble sur l'architecture des aides aux familles est souhaitable ; elle est annoncée pour 2018. C'est dans ce cadre qu'il conviendra de s'interroger sur la mise en cohérence des différentes prestations et non en opérant des coups de rabot ponctuels.

Je vous proposerai donc de supprimer l'article 26, qui a d'ailleurs à lui seul motivé l'avis défavorable donné au projet de loi de financement de la sécurité sociale par le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

La branche devrait enfin réaliser près de 500 millions d'économie en 2018, au titre, notamment, de la lutte contre la fraude et de la réduction de ses frais de gestion. Ces économies doivent découler de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) dont la négociation n'a pas encore débuté et sont donc relativement incertaines. Le calendrier électoral et des contingences propres à la gouvernance de la Cnaf ont retardé le début de ces négociations, ce qui fait craindre que, comme en 2013, un certain nombre de projets soient décalés dans le temps. Nous pourrions même profiter de cet éventuel décalage pour mener le grand débat sur la famille et sur la nécessaire prospective en matière de soutien à l'éducation des enfants.

Je souhaiterais par ailleurs dire un mot du décalage du versement de la prime à la naissance au second mois suivant la naissance de l'enfant au lieu du septième mois de grossesse. Cette mesure, prise par voie réglementaire par le gouvernement précédent, a permis en 2015 une économie de trésorerie purement artificielle, mais crée des difficultés bien réelles pour les familles qui ont à engager des dépenses avant la naissance de leur enfant. Les avances et les prêts que consentent les caisses d'allocations familiales sont des pis-aller qui nécessitent une démarche supplémentaire pour les allocataires. Le rétablissement de la situation antérieure apparaît donc souhaitable, même s'il requiert une avance de trésorerie importante.

La nouvelle COG devra notamment traiter de la question des solutions d'accueil des jeunes enfants. Des objectifs ambitieux avaient été fixés pour la période 2013-2017 et ont débouché sur des résultats médiocres, voire inquiétants. En effet, moins d'un cinquième des 275 000 places envisagées auront été créées. Le nombre de jeunes enfants scolarisés connaît même un reflux, tout comme l'accueil par des assistants maternels. En outre, la progression de l'accueil collectif est tirée par les ouvertures de micro-crèches financées par le CMG, qui ne sont soumises à aucune régulation de la part de la Cnaf ou des collectivités territoriales et qui ne procèdent donc pas nécessairement d'une analyse des besoins locaux, ainsi que cela a été rappelé lors des auditions.

Au-delà des aides financières, il faut s'interroger sur l'évolution des formes d'action sociale et de soutien à la parentalité afin de répondre à l'évolution des besoins et des attentes des familles. En matière de politique familiale, les chantiers sont immenses et ce PLFSS est certainement trop précoce pour y faire face. Je forme donc le vœu que le débat national qui doit s'ouvrir en 2018 offre l'opportunité de s'interroger sur les objectifs et les moyens que nous souhaitons collectivement lui donner. Il importe de faire la part belle à la famille, qui est à mes yeux le socle fondamental sur lequel repose l'éducation de nos enfants.

M. Alain Milon, président. – *Merci de ces rapports de grande qualité, nous passons maintenant aux questions.*

M. Jean-Noël Cardoux. – *S'agissant du stock de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) tout d'abord, je m'interroge sur la différence entre le chiffre présenté par le rapporteur, 21 milliards, et celui qu'a annoncé le directeur de l'agence, 17 milliards. Nous savons seulement que le plafond de découvert de l'Acoss est fixé à 31 milliards. Une augmentation de 0,25 de la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS) pourrait gommer cette difficulté, mais pour cela, il faut une volonté politique, comme l'a souligné la Cour des comptes.*

Je regrette le choix d'une augmentation de 1,7 % de la CSG plutôt que d'une augmentation sélective des taux intermédiaires de la TVA, préservant les produits de première nécessité, comme l'ont fait d'autres pays, notamment scandinaves, dont les taux sont échelonnés entre 23 et 25 %. Il aurait été plus intelligent de majorer les taux sur les produits d'importation ou sur les produits polluants. La CSG est un impôt subi, alors que les choix de consommation, en dehors des produits essentiels, sont libres. Enfin, l'impact sur les prix d'une telle mesure n'atteint que la moitié de l'augmentation du taux intermédiaire.

Gommer la dette sociale en augmentant la CRDS et renforcer un impôt volontaire, la TVA, pour remplacer la CSG, voilà qui aurait pu constituer de véritables réformes structurelles !

S'agissant de la fin du RSI, un cabinet d'experts-comptables a mené à ma demande une étude comparative des cotisations d'un travailleur indépendant selon qu'il relève du régime général ou du RSI. Il a obtenu les chiffres suivants : pour 24 000 euros de revenus, le passage au régime général représente 6 600 euros de cotisations en moins ; 11 600 euros en moins pour 48 000 euros de revenus et 28 540 euros en moins pour 96 000 euros de revenus.

Il est donc faux de prétendre que les cotisations ne changeront pas à prestations équivalentes si les travailleurs indépendants passent au régime général, comme l'a promis le Gouvernement. En revanche, si tel était le cas, quel serait le bénéfice de ce grand chambardement qu'est le passage d'un interlocuteur unique à trois différents, l'Urssaf, la Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) et la Cpam (Caisse primaire d'assurance maladie) ? Cette réforme du RSI risque de décevoir ceux qui en attendent des miracles.

Je m'interroge toujours, de surcroît, sur la remise à niveau du fameux logiciel SNV2 qui, comme par hasard, deviendrait soudain performant !

Une réforme du RSI est indispensable, nous en avions défini les prémisses avec notre ancien collègue Godefroy, en particulier l'autoliquidation, mais nous allons trop vite. Inclure cette réforme dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, c'est à la limite du cavalier législatif. Les participants au RSI sont résignés, mais le réveil sera douloureux.

Il serait donc sage de supprimer cet article dans le PLFSS, de lancer une concertation, car les syndicats sont dans l'expectative, et d'étudier de nouvelles propositions pour préparer un projet de loi spécifique.

M. Philippe Mouiller. – *Je félicite les différents rapporteurs pour la qualité de leurs travaux.*

Je salue la proposition que fera notre rapporteur général sur la CSG, concernant notamment les retraités. Je voudrais évoquer également la situation des personnes handicapées et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui subissent également une hausse de la CSG sans compensation.

Concernant l'évolution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), je m'interroge sur la situation des établissements non soumis à la TVA, lesquels ne pourront pas profiter d'un allègement des charges sociales. Cela pose un problème d'équité.

S'agissant du budget médico-social, j'ai bien entendu les inquiétudes exprimées sur le manque de réformes structurelles pour les personnes handicapées ou vieillissantes. Quel est l'avenir du fonds d'amorçage ? Vous avez évoqué la problématique des départs en Belgique, et l'initiative du Gouvernement l'année dernière à ce sujet, mais je n'ai pas connaissance d'évolutions tangibles. Je souhaite également vous entendre sur les évolutions relatives aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), que la mise en place des réponses accompagnées pour tous (Rapt) qui leur imposent des missions complémentaires, inquiète beaucoup.

Je partage enfin les inquiétudes exprimées par Mme Doineau quant à la politique familiale, qui manque de visibilité. Cela explique-t-il la baisse du taux de natalité ?

M. Yves Daudigny. – *Je salue la qualité et la précision des rapports, mais je regrette le ton du rapport sur l'assurance vieillesse.*

Le retour à l'équilibre ne s'est pas produit comme il avait été prévu, mais cela n'enlève rien aux efforts du gouvernement précédent pour en fixer la trajectoire. Concernant les comptes de l'assurance maladie, n'oublions pas que ce PLFSS porte deux annulations de recettes qui en détériorent le résultat pour 2017.

Mon groupe s'opposera à l'article 7. Les socialistes ne renient pas la CSG, mais s'opposent à son augmentation pour les retraités sans une compensation claire et complète.

Les membres de notre groupe portent des appréciations diverses sur le CICE, mais nous soutiendrons majoritairement l'article 8 qui le transforme en diminution de cotisations sociales. Il en va de même de la suppression du RSI, à l'article 11, qui était au programme de presque tous les candidats à la présidentielle.

Sur la santé, nous soutenons avec force les quatre mesures de prévention prévues, et nous saluons les articles 35 et 36, qui ouvrent respectivement vers une réorganisation du système de soins pour la médecine de ville et vers l'utilisation de la télémédecine comme outil moderne de consultation, de transmission et d'aide à la lutte contre les déserts médicaux, même si personne ne peut penser que la télémédecine remplacera le contact avec les médecins.

Je partage les inquiétudes exprimées au sujet de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Il faut mettre en liaison les décisions des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et pour 2018 avec celles qui concernent la clause de sauvegarde, appuyée sur les taux Lv et Lh. Nous devons nous assurer que les médicaments innovants sont mis rapidement à disposition des patients.

Enfin, nous nous opposerons à la remise en cause de la généralisation du tiers payant, qui nous semble relever de la justice sociale, et nous interrogerons la ministre sur le calendrier qu'elle choisira après avoir reçu un rapport en mars prochain.

M. Alain Milon, président. – *Je me souviens être intervenu en 2012 pour mon groupe et avoir tenu les mêmes propos au sujet de la trajectoire. On arrive toujours après quelqu'un, qui aura fait de bonnes choses !*

M. Jean-Marie Morisset. – *La situation des Ehpad devient inquiétante dans tous les départements. Nos Ehpad connaissent des difficultés, et l'évolution du point Gir départemental emportera des conséquences non négligeables dans cinq ans pour chacun de vos départements. En outre, ceux-ci connaissent de plus en plus de difficultés concernant le tarif d'hébergement, ce qui cause des soucis supplémentaires aux directeurs d'Ehpad.*

L'augmentation de la CSG ne sera pas compensée pour tout le monde, y compris pour les retraités en Ehpad. Le ministre M. Darmanin nous avait bien fait part de trois scénarios, mais ce n'était pas très clair ; il nous faudra plus d'explications.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait initialement pour objectif le financement de l'Apa, mais ses fonds sont aujourd'hui ponctionnés pour toute autre chose. Il faudra faire encore un point sur ce sujet.

Madame Deroche, s'agissant du règlement arbitral avec les dentistes, la ministre a remis en cause le protocole imposé par Mme Touraine, en annonçant le report d'un an du déclenchement de la clause de sauvegarde, mais cela sera-t-il suffisant pour autre chose qu'un ajustement de circonstance ?

Enfin, en ce qui concerne les personnes handicapées, on évoque une augmentation de l'AAH (allocation adultes handicapés) mais celle-ci s'accompagnera d'une fusion du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome (MVA) et d'un alignement des règles de prise en compte des ressources du couple ; les associations de handicapés s'en inquiètent.

M. Michel Amiel. – *Comme disait Alfred de Musset, « je suis arrivé trop tard dans un monde trop vieux » ! Il n'est pourtant pas trop tard et le monde n'est pas si vieux !*

M. Alain Milon, président. – *Nous sommes plutôt dans un monde de jeunes qui chassent les vieux !*

M. Michel Amiel. – *L'effort de retour à l'équilibre doit être salué.*

S'agissant des moyens, je constate qu'il existe une ligne de partage entre ceux qui auraient préféré une augmentation de la TVA et ceux qui sont satisfaits par celle de la CSG. Nous soutenons le Gouvernement sur ce point, comme sur la transformation du CICE en diminution des charges, dont tout le monde peut apprécier les avantages.

Dans les années 1960, les dépenses de santé représentaient autour de 6 % du PIB, elles s'élèvent aujourd'hui à 12 % en France, et à 17 % aux États-Unis. C'est une évolution naturelle due au développement des technologies, des soins et de la pharmacologie, bref, au progrès médical.

M. Alain Milon, président. – *Ainsi qu'au vieillissement de la population.*

M. Michel Amiel. – *C'est vrai également.*

Mme Deroche déplorait l'absence d'économies structurelles, pourtant, l'OCDE estime que 30 % des actes médicaux sont inutiles. Les évolutions préconisées à ce sujet en matière de prise en charge relèvent bien du structurel ! Nous verrons si les mesures mises en place cette année porteront leur effet. Concernant l'ATU, je rejoins vos commentaires ; il s'agit en effet d'un domaine très confidentiel, mais important, car il concerne l'innovation en matière médicamenteuse. Celle-ci relève également de l'organisationnel, et rejoint donc le structurel.

Nous nous félicitons des mesures relatives au tabac, même si je suis personnellement favorable à fixer tout de suite le prix du paquet à 10 euros car c'est plus efficace sur la modification des comportements. Je comprends qu'il ne faut pas bousculer nos amis buralistes. S'agissant des vaccins, je ne vois pas quel argument on pourrait opposer aux dispositions de ce texte. Enfin, nous ne sommes pas dogmatiques quant au tiers payant généralisé. Je n'étais pas contre le principe, mais j'étais opposé à la manière dont il a été mis en place. Un nouveau calendrier est envisagé.

Sur le médico-social, ce n'est toujours pas le grand soir de la prise en charge de la dépendance, annoncé par Nicolas Sarkozy. Compte tenu de l'évolution démographique, il faudra bien un jour décider d'une politique cohérente et complète du vieillissement.

S'agissant de la question du point Gir départemental, beaucoup connaissent ici les inégalités territoriales considérables d'un département à l'autre, même si des mécanismes de péréquation complexes ont été mis en place.

Sur la famille, il est vrai que l'universalité est remise en cause, même si cela n'est pas dit officiellement. C'était déjà le cas, sous le gouvernement précédent. Nous devrons avoir un vrai débat sur ce sujet, en sortant de cette logique de variables d'ajustement financier, même si l'article 26 entraîne une économie de quelque 500 millions.

S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, monsieur Dériot, celle-ci nous offre l'occasion de rappeler la grande misère de la médecine du travail. Il y a des progrès, mais ce secteur mérite toute notre attention.

Enfin, la vieillesse sera le dénominateur commun des années à venir, même si les équations financières entre régime de base et FSV sont difficiles à trouver.

M. Alain Milon, président. – *La réforme du RSI est incluse dans le PLFSS mais, à part les rapporteurs, qui a lu intégralement les 37 pages et les 404 alinéas concernés ? Cela devrait faire l'objet d'un projet de loi séparé.*

Mme Michelle Meunier. – *Bernard Bonne a bien posé les termes du PLFSS concernant le secteur médico-social. Il ne s'agit que de deux articles, mais ils concernent beaucoup de monde. Il n'a commis qu'un oubli : la suppression de l'opposabilité des conventions collectives du secteur suscite des inquiétudes, en raison du manque de concertation préalable. Il sera intéressant d'entendre la ministre à ce sujet.*

S'agissant des personnes handicapées, il est trop tôt pour évaluer la politique de réponse accompagnée pour tous qui sera généralisée en janvier 2018. Les mesures concernant les enfants relèvent toutefois souvent du service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad). La conciliation entre vie professionnelle et vie familiale des parents d'enfants handicapés reste donc en question.

Les personnes handicapées vieillissantes relèvent d'une problématique spécifique, différente de celle des personnes âgées handicapées. Leurs prises en charge sont différentes et impliquent des professionnels formés différemment.

S'agissant des personnes âgées, la réforme tarifaire interroge. Les acteurs privés à but non lucratif comme les acteurs publics sont très inquiets car cette mesure s'ajoute au mauvais coup de la suppression des emplois aidés, qui les a mis à mal.

Concernant la famille, les parlementaires devraient mettre à profit l'éventuel décalage de la COG de la Cnaf, évoqué par Mme Doineau, pour remettre à plat la question de l'universalité ou de l'accueil de la petite enfance, par exemple.

M. Daniel Chasseing. – *Devons-nous choisir la CSG ou la TVA ? Il faut saluer l'effort de retour à l'équilibre de la sécurité sociale. L'augmentation de la CSG va permettre de supprimer les cotisations salariales pour les assurances maladie et chômage, c'est un plus pour les salariés et les indépendants. Quant à l'évolution du CICE, elle constitue une chance pour l'emploi.*

S'agissant de la branche maladie, je suis favorable à l'abrogation du tiers payant. Celui-ci est déjà imposé pour les patients qui souffrent d'affections de longue durée, pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de l'aide médicale d'État. En outre, avec la télétransmission, le remboursement des soins intervient en une semaine. Le tiers payant pourrait donc être effectué sur demande des patients qui rencontrent des difficultés, cela ne représente presque rien.

Je suis d'accord avec Mme Deroche concernant la vaccination et la télémédecine.

Les transports secondaires entre les hôpitaux périphériques et les CHU posent problème et des efforts sont nécessaires concernant l'ambulatoire. Hôpitaux et cliniques trouvent que la cotation dans ce domaine est trop faible.

Dans la branche médico-sociale, l'augmentation de 2,6 % est importante. L'AAH augmente, le plan pour l'autisme est ciblé vers les jeunes, mais il faudrait aller plus loin pour les adultes dans les cinq ans qui viennent.

Les Ehpad sont confrontés aux difficultés des conseils départementaux, lesquels sont exsangues et peinent à accompagner la dotation de l'État pour créer des postes alors qu'ils soutiennent le budget dépendance à hauteur de 70 %.

Enfin, sur la branche famille, je suis d'accord avec Élisabeth Doineau sur la baisse de certaines prestations. Il faut faire évoluer divers points pour améliorer ce texte.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Il n'y a en effet pas d'unanimité sur la transformation du CICE en baisse des cotisations sociales. Le comité de suivi du CICE lui-même est très critique : cette mesure, qui devait créer un million d'emplois, n'en a finalement créé ou maintenu que 100 000 tout au plus.*

Tous ceux qui ont travaillé sur la compétitivité dans l'industrie ou dans les secteurs exportateurs savent que le niveau de salaire n'y est pas déterminant. D'ailleurs, beaucoup des bénéficiaires du CICE n'appartiennent pas aux branches les plus concernées par la concurrence mondiale.

Cet outil, ni calibré, ni conditionné, ni ciblé, est extrêmement coûteux et le comité de suivi doute de son impact sur la compétitivité, contrairement à ce que tout le monde répète. Il devrait, à mon sens, être remplacé par des aides ciblées sur les secteurs qui affrontent la compétition internationale. Sa généralisation a été un gaspillage d'argent public.

Sa transformation en allègement de cotisations empêche en outre de conditionner cette aide, contrairement à un crédit d'impôt. C'est une application de la thèse selon laquelle la baisse du coût du travail renforce la compétitivité, qui n'a pourtant jamais été vérifiée ! En Allemagne, par exemple, ce ne sont pas les réformes Schröder qui ont été déterminantes, mais plutôt l'investissement industriel et les choix d'orientation des filières.

Pour ces raisons, je ne voterai pas cet article.

J'aborderai maintenant un sujet plus complexe, le basculement du financement des cotisations vers la CSG, avec les conséquences qui en découlent pour les retraités. À l'origine, la CSG visait à élargir le champ des cotisants, notamment grâce aux revenus du capital. En réalité, la part de ces revenus est assez faible dans les recettes de la CSG et de plus, ils vont bénéficier en 2018 d'allègements considérables. Certes, les retraités doivent être solidaires des plus jeunes, mais il conviendrait aussi de réfléchir à une solidarité du capital envers le reste des cotisants.

Nous sommes devant une évolution majeure : que devient notre protection sociale issue du Conseil national de la Résistance (CNR) ? Soit on s'oriente vers une universalité de la santé, comme c'est le cas actuellement, et il n'est alors pas illégitime que le système de financement de la sécurité sociale soit adossé à un prélèvement d'impôts plutôt qu'à des cotisations. Le seul problème est que la CSG n'est pas un impôt progressif. C'est pourquoi nous pourrions imaginer la progressivité de la CSG, en toute constitutionnalité. En l'état, le système n'est pas juste.

Au demeurant, pour le chômage et la retraite, il convient de rester adosser à la cotisation des entreprises, l'un des fondamentaux du projet du CNR, à savoir la mutualisation des risques et l'assurance collective. En tuant ce principe, on transformera peu à peu l'aide aux chômeurs en une aide aux personnes, ce qui implique un changement de projet sociétal. Personnellement, je n'y suis pas favorable. Et si l'on conserve l'assurance collective mutualisée, comment faire pour éviter que les entreprises à forte main-d'œuvre soient très perturbées ? On pourrait instaurer une cotisation sur la valeur ajoutée créée dans l'entreprise, ce que d'aucuns appelleront taxer les robots. Néanmoins, cette contribution doit être juste, car nous devons moderniser nos outils de production.

S'agissant des retraites, le rapport de notre collègue est assez partial. N'ayant pas été une inconditionnelle de la politique du précédent gouvernement...

M. René-Paul Savary, rapporteur. – *C'est le moins que l'on puisse dire !*

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *... je garde un esprit critique. Mais quand vous nous dites que le régime des retraites va être en déficit jusqu'en 2040, vous omettez que le COR a évoqué un retour à l'équilibre en 2020. Et de vous expliquer que les prévisions de croissance seront, non pas de 1,9 %, mais de 1,7 %, alors qu'elles sont de 1,8 % dès cette année. En définitive, les retraites sont très fortement indexées à l'ampleur de la croissance. Il est facile de jouer sur la peur, avec un objectif bien connu, l'allongement de la durée de cotisation et in fine, la réduction des retraites, avant de se plaindre qu'il manque de l'argent pour l'Apas, les Ehpad, etc. Je ne peux pas approuver une vision aussi caricaturale du déficit à venir des retraites.*

Je terminerai sur la qualité des services publics. L'état de l'hôpital public en France n'est pas acceptable et va continuer à se dégrader avec ce budget. Des évolutions structurelles doivent être engagées, car la situation n'est pas tenable pour les personnels, notamment dans les Ehpad. Il faut trouver des moyens, des recettes et des modes de gestion qui soient de nature à restaurer la qualité de ce service public pour nos aînés et ceux qui les accompagnent.

Pour ces raisons, je ne voterai pas les articles correspondant aux dépenses de santé.

M. Alain Milon, président. – *Madame Lienemann, vous avez signalé l'absence d'unanimité. Permettez-moi cette citation, dont la paternité pourrait revenir à Edgar Faure : « Lorsque trois Français se réunissent autour d'une table, il y a au moins deux partis politiques »...*

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Ils sont de plus en plus nombreux, cela ne vous a pas échappé.*

M. Michel Forissier. – *Je voudrais féliciter non seulement les rapporteurs, mais aussi tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ces documents de qualité, qui reflètent bien la situation actuelle des comptes publics.*

Le contexte est très particulier, puisqu'il s'agit du premier projet de loi de financement du nouveau Gouvernement. L'exercice imaginé peut donner des espoirs à certains et des éléments de contestations à d'autres.

Globalement, se pose dans notre pays le problème majeur de la réforme de la fiscalité. De belles théories nous rassemblent tous, mais je suis personnellement très attaché à la philosophie de notre système de protection sociale, issu de périodes historiques marquantes. Cela ne signifie pas qu'il ne faille pas remettre en question certains éléments. Je pense au tiers payant qui suscite des réactions opposées de part et d'autre, parfois quelque peu dogmatiques.

Ce projet de loi peut difficilement résoudre tous les problèmes en une fois. J'attends avec impatience les comptes qui nous seront présentés dans un an, au moment du prochain budget. Nous y verrons plus clair sur leur évolution, dans un contexte où tout le monde émet des doutes sur la sincérité des comptes précédents. Je tiens à présent à vous alerter avec force sur le danger important que représentent les provisions à long terme, à l'horizon 2040. Compte tenu des incertitudes et des impondérables, il serait préférable de s'en tenir aujourd'hui à la décennie. Je ne suis pas Nostradamus. C'est de la prévision astronomique, et non de l'action politique ! Il faut raison garder ; or ce qui nous a été présenté n'est pas à la hauteur de nos espérances pour résoudre les

grands problèmes de notre société, notamment la pauvreté. Comme l'a bien exposé Mme la rapporteure Elisabeth Doineau, on se sert de la politique familiale pour lutter contre ce phénomène, faute d'afficher les budgets nécessaires. La compensation provient des collectivités locales, qui courent le risque d'une perte d'autonomie.

Mme Laurence Cohen. – *Ce PLFSS risque d'avoir de graves répercussions sur notre système de protection sociale, car il va plus loin que les choix déjà négatifs opérés lors du précédent quinquennat. Alors que la ministre de la santé nous parle de nécessité, d'innovation, d'excellence, le Gouvernement reprend les mêmes vieilles recettes qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.*

Il faut évidemment faire attention à l'argent public, mais alors que des économies drastiques sont imposées par le PLFSS à notre système de santé, particulièrement à l'hôpital, la vigilance s'impose à nous sur les budgets que nous votons. Les conséquences sur nos territoires sont importantes, avec des fermetures de services et la dégradation des soins aux personnes. Nous en sommes tous témoins. Le Gouvernement est moins économe lorsqu'il dilapide 3,2 milliards d'euros en supprimant l'impôt sur les grandes fortunes. D'autres moyens existent pour trouver les financements justes et nécessaires aux besoins de santé.

La CSG est une mesure particulièrement injuste, car elle va impacter les salaires et les pensions. Les exonérations de cotisations sociales ont fait la preuve de leur inefficacité. Quant à la transformation du CICE, cela ne va pas améliorer les choses ! Les gouvernements successifs ne tirent jamais les conséquences des mesures qui sont prises. En effet, le CICE représente des milliards d'euros pour 100 000 emplois, sans aucune contrepartie demandée aux entreprises. J'attire votre attention sur ce point en vue d'orienter votre futur vote.

Quant aux mesures prétendument positives, si le complément de garde pour les familles monoparentales augmente, la Paje diminue pour tout le monde. Cette rupture de l'universalité des allocations familiales continue d'être assumée. Ajoutons à cela la suppression du RSI, du tiers payant généralisé et le passage de trois à onze vaccins obligatoires. Cette dernière mesure serait très efficace, alors que les laboratoires refusent de sortir les trois vaccins : ils coûtaient environ 20 euros en 2008 ; les onze vaccins sont facturés 300 euros en 2017. Si la mesure est obligatoire, elle doit être totalement gratuite et prise en charge par la sécurité sociale.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Vous avez tout à fait raison !*

Mme Laurence Cohen. – *Il faut aller au bout de cette logique !*

Je souhaiterais aussi évoquer la fraude patronale, qui coûte la bagatelle de 20 milliards. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est la Cour des comptes. Que fait-on ? Les inégalités salariales entre les femmes et les hommes coûtent aussi des milliards d'euros à l'économie, et plus particulièrement à la protection sociale. Quant à la suppression de la taxe sur les salaires à l'hôpital s'élève à 4 milliards. Les financements innovants existent, mais il manque la volonté politique pour les porter.

Pour toutes ces raisons, nous ne voterons pas ce PLFSS pour 2018. Ce n'est pas un scoop !

Mme Jocelyne Guidez. – *Ma question porte sur les maisons d'accueil de jour Alzheimer. Dans un contexte de modernisation, il a pourtant été décidé de fermer la maison d'accueil qui était implantée dans ma commune, en vue de placer les personnes concernées dans une maison de retraite. Cela me semble regrettable. Quelle évolution peut-on attendre pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ? Des constructions de maisons de jour sont-elles prévues pour eux ?*

M. Jean-Louis Tourenne. – *Quelle que soit l'indulgence que l'on nourrisse à l'égard de ce PLFSS, il porte en lui des difficultés susceptibles de pénaliser nombre de nos concitoyens et d'institutions.*

La CSG va pénaliser un certain nombre de nos retraités, sans aucune compensation. De plus, la Paje va diminuer de 11 %, avec la diminution du plafond de ressources pour y être éligible de 30 000 euros à 26 000 euros annuels. Or cette mesure ne concernait pas des familles extrêmement aisées. Les patients subiront, eux, l'augmentation du forfait hospitalier à hauteur de 11 % également.

Pour les handicapés, le coefficient multiplicateur sera transformé : lorsque deux personnes handicapées au sein d'un ménage bénéficient de l'AAH, l'allocation est multipliée par deux aujourd'hui. Elle le sera par 1,9 demain, par 1,8 après-demain, etc. Cela démontre une volonté manifeste de diminuer les dotations aux personnes handicapées.

Nous avons déjà évoqué les départements, les bénéficiaires de l'Apa, et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La part des ressources de CNSA affectée à l'Apa va passer de 70,5 % à 61,4 %. Or on sait que la seconde sert de variable d'ajustement dans les départements, contrairement à sa vocation, lorsque la partie médicalisée n'est pas suffisamment financée et que la participation familiale est insuffisante. De ce fait, la contribution des départements risque d'augmenter.

La logique retenue pour les prestations à domicile est surprenante. Ces prestations regroupent l'appareillage pour perfusion, l'assistance respiratoire, l'insulinothérapie, les dialyses, autant de soins qui peuvent être réalisés à domicile. Des associations et des entreprises se sont spécialisées dans ce domaine. Or, le PLFSS prévoit de plafonner les interventions, selon le volume qui aura été précédemment décidé. Au-delà, les prestations ne seront remboursées qu'en partie, ce qui implique l'arrêt de la prise en charge de certains patients par les associations, faute de moyens suffisants.

Je rappelle que la hausse de 1,7 point de la CSG rapportera 22,5 milliards, quand la baisse des cotisations s'établira à environ 13 milliards, soit une ressource supplémentaire qui sera reversée à l'État par la sécurité sociale. En réalité, il s'agit d'une augmentation des prélèvements obligatoires. Alors qu'on va demander aux collectivités de réaliser 13 milliards d'économies justement pour diminuer les prélèvements obligatoires, l'État lui-même ne se prive pas de les augmenter...

Je noterai dans ce PLFSS un certain nombre d'artifices et de bombes à retardement. Par exemple, la CSG sera payée au 1^{er} janvier, alors que les diminutions des cotisations sociales n'auront lieu qu'en partie à cette date, le reste, notamment la moitié de la cotisation chômage, n'étant dû qu'au 1^{er} novembre. Il en sera de même du minimum vieillesse, mesure dont on fait grand bruit, alors qu'il ne s'agira que de 30 euros par mois.

En conséquence, le pouvoir d'achat baîssera la première partie de l'année. En outre, il faudra payer en année pleine en 2018 ; à cela s'ajouteront des augmentations concernant les obligations de l'État qui se répercuteront sur l'année 2019. À cette date, il faudra payer le CICE, mais aussi subir la baisse des charges sociales des entreprises.

Toutes ces données m'incitent à penser que le PLFSS pour 2018 n'est pas aussi sincère qu'on veut bien le dire et que ses conséquences risquent d'être extrêmement graves. C'est pourquoi il est difficile d'accepter une telle proposition.

Mme Corinne Féret. – Je souhaiterais évoquer la branche AT-MP. Alors que les accidents sont encore importants, mais en forte baisse, dans le secteur du BTP, le nombre de personnes touchées par des accidents du travail dans le secteur de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées est en nette augmentation. Il faudra être particulièrement vigilant dans les années à venir, car ces métiers occupés essentiellement par des femmes nécessitent en amont des actions de formation et d'accompagnement.

La réforme du compte pénibilité aura des conséquences dès l'an prochain, avec quatre facteurs de risques qui ont été supprimés. Comme indiqué dans le rapport, une montée en charge du dispositif est prévue sans que les moyens soient bien définis et anticipés. Force est de constater que nous sommes en l'espèce dans une logique non plus de prévention, mais de réparation, ce qui peut aller à l'encontre de l'accompagnement des salariés.

Mme Laurence Rossignol. – Je souhaite interroger M. le rapporteur Bernard Bonne car, selon lui, les départements se trouvent dans l'impossibilité de consommer l'intégralité des crédits qui leur ont été attribués au titre de l'Apa 2. Est-ce à dire qu'ils ne peuvent assurer le complément à ces crédits ?

M. Jean-Marie Vanlerenbergh, rapporteur général. – Je répondrai en premier lieu à M. Cardoux qui a évoqué la dette de l'Acoss. Les chiffres peuvent effectivement varier selon l'année à laquelle on se réfère et selon le périmètre retenu. Nette des excédents, notamment de la branche AT-MP, qui n'est pas concernée par les transferts de dette, la dette logée à l'Acoss serait de 21,3 milliards d'euros en 2018. Sans prendre en compte ces excédents, si l'on devait considérer une dette à transférer à la Cades, elle serait de 22,9 milliards. Enfin, on peut aussi entendre cette dette avec celle du régime vieillesse des exploitants agricoles et du régime des mines, ce qui la porte à plus de 25 milliards d'euros à la fin 2018. Cela explique que les estimations oscillent entre 19 et 25 milliards selon le périmètre retenu. Le plafond autorisé pour le découvert de l'Acoss est de 38 milliards, ce qui ne correspond pas au montant des déficits cumulés mais au besoin maximum de trésorerie en cours d'année.

Le RSI est un point important. Je comprends vos réticences, monsieur Cardoux, qui étaient miennes au départ. Mais après les auditions, nombre de nos inquiétudes ont été levées. Cela n'empêche pas la vigilance : je suis notamment revenu sur ma position au sujet du calendrier qui me semblait trop ambitieux. Sur l'informatique, par exemple, l'intégration dans le projet pour le RSI a été échelonnée après 2020. De la même façon, des améliorations ont été apportées au système d'information. L'Acoss a également précisé que la moitié de ses moyens seraient consacrés aux travailleurs indépendants, ce qui n'est pas négligeable.

Certains d'entre vous se sont demandé si le PLFSS était le bon véhicule législatif pour porter cette réforme. À mon sens, la loi organique le permet. La suppression du RSI emporte des conséquences sur les transferts financiers entre les régimes. Quoi qu'il en soit, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui avait fusionné les deux régimes de retraite des artisans et des commerçants, n'a pas été censuré par le Conseil constitutionnel.

Il serait intéressant que vous nous fassiez part de vos données monsieur Cardoux sur l'évolution des cotisations, afin que nous en discutions ensemble.

Je proposerai un amendement sur le dispositif d'expérimentation de l'autoliquidation. Le Gouvernement doit s'engager dans ce domaine, notamment pour étudier les pistes de simplification du calcul de l'assiette des cotisations.

M. Mouiller peut être rassuré, les allègements de cotisations pour les établissements qui ne paient pas de TVA seront bien réels. Par rapport au dispositif du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), supprimé, qui représentait 600 millions d'euros, l'approfondissement des allègements généraux représente 1,4 milliard. Ces établissements seront gagnants.

Je remercie M. Daudigny de son propos, même si je n'en partage pas toutes les conclusions. Nous sommes dans un cadre contraint qui ne permet pas au Gouvernement de proposer en si peu de temps toutes les réformes structurelles auxquelles nous aspirons tous. Mais nous avons fait diverses propositions, notamment en ce qui concerne la pertinence des actes. L'OCDE s'était penchée sur la question, mais un rapport de 2012 de MM. Milon et Le Menn avait soulevé le premier les 28 % d'actes redondants. Nous avons publié cette année un rapport au nom de la commission, qui estime ce taux entre 20 % et 30 %. La ministre auditionnée récemment a abondé en ce sens. Si des excédents sont dégagés grâce aux dépenses inutiles, il faut les utiliser ailleurs, notamment en faveur de la dépendance, des personnes âgées ou de l'hôpital.

Pour ce qui est du CICE, qui a été inventé par le Gouvernement précédent, cet outil de restauration des marges des entreprises a également bénéficié à leurs salariés.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – Tout cela est inexact !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cela montre les incidences des choix qui ont été opérés par la France depuis un certain nombre d'années. L'abandon de l'industrie ne date pas d'hier.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – C'est bien le problème !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Sur l'assurance chômage, les modifications proposées se traduisent effectivement par un changement de modèle. Si l'impôt se substitue aux contributions, il ne faudrait pas passer pour autant d'un système assurantiel à un filet de sécurité de lutte contre la pauvreté. Nous devons être vigilants à ce sujet.

Concernant la CSG, je considère pour ma part que c'est le revenu qui doit être pris en compte, et non le statut : les revenus des retraités sont aujourd'hui légèrement supérieurs à ceux des actifs. C'est une réalité.

Mme Laurence Rossignol. – Et si les revenus des riches sont supérieurs à ceux des pauvres, qu'en déduisez-vous ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Pour ce qui est du règlement arbitral M. Morisset en a évoqué un report trop rapide. Les discussions avec le Gouvernement s'éternisent, mais il va falloir que la ministre prenne devant la représentation nationale des engagements très clairs. Les dentistes soulèvent en effet la nécessaire adaptation des soins dentaires, leur remboursement, la prévention et l'usage de thérapies innovantes. Nous serons très vigilants en la matière.

Sur le tiers payant, en dépit des propos optimistes de Marisol Touraine, la mise en place du dispositif ne pouvant qu'alourdir la charge administrative des médecins. Pour notre part, nous sommes hostiles à un tiers payant obligatoire, à l'exception des publics fragiles comme cela a été prévu par l'assurance complémentaire ou la CMU-C.

Concernant les réformes structurelles, une ébauche a vu le jour avec la prévention, l'innovation et de nouveaux cadres d'expérimentation, notamment dans l'organisation des soins de ville. Il faudra se pencher sur la situation des hôpitaux qui sont soumis à des restrictions drastiques depuis des années. C'est un sujet que la Fédération hospitalière de France nous a déjà exposé.

Sur la prévention du tabagisme, le débat est éternel. Lors du premier Plan cancer sous la présidence de Jacques Chirac, une augmentation brutale du prix du tabac avait entraîné une forte baisse de la consommation. En l'espèce, l'action sur le prix nous semble suffisante, d'autant qu'elle correspond au rapport que Yves Daudigny et moi-même avions rédigé sur la fiscalité comportementale.

J'en viens aux vaccins. Nous estimons qu'une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour tous les vaccins désormais obligatoires entraîne un surcoût pour l'assurance maladie de 8 millions en 2018, et 12 millions par an à partir de 2019. Néanmoins, ce coût reste modéré par rapport aux bénéfices escomptés ; c'est pourquoi nous soutenons totalement cette mesure. À ce propos, il convient de poursuivre la réflexion sur la recherche autour de la sécurité sanitaire des futurs vaccins et la vaccination contre le papillomavirus.

Nous sommes revenus sur les dispositifs médicaux pour répondre aux inquiétudes suscitées par les soins et l'aide à domicile. L'ambulatoire et les dialyses à domicile doivent être développés. Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) soulèvent aussi des difficultés. Nous proposerons un amendement en la matière, afin de pouvoir débattre de cette question en séance publique, et nous mènerons une réflexion spécifique dans le cadre du groupe d'études sur le cancer. L'Institut national du cancer (INCA) a également formulé des propositions à la ministre, qui a elle-même présidé l'Institut. L'objectif est de trouver d'en finir avec les procédures trop longues, néfastes aux patients et favorisant la fuite des laboratoires à l'étranger.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – M. Mouiller a évoqué les MDPH. Il faudra que les dotations de la CNSA prennent en compte la participation des départements pour les fonctionnaires détachés et non remplacés.

Le fonds d'amorçage pour les personnes handicapées qui partent en Belgique s'élève à 15 millions. Or, la totalité des dépenses correspondant à ces personnes représente près de 400 millions. Nous sommes donc loin de répondre au problème. Il faudra impliquer les départements et régions frontaliers.

M. Morisset a parlé des 3 % d'Ehpad qui, selon les services ministériels, verraient leurs dotations diminuer suite à la réforme de la tarification. Ce taux ne prend en compte que les établissements pour lesquels l'augmentation des crédits en faveur de la médicalisation ne compense pas la diminution de la dotation pour l'autonomie. Il s'agit d'un nombre d'établissements, sans considération du nombre de personnes accueillies. Nous estimons en réalité le nombre d'établissements en difficulté à 25 %.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Amiel sur la disparité des Gir selon les départements. Nous pourrions faire des propositions, dans le cadre de l'Assemblée des départements de France, sur une harmonisation au moins régionale de ces groupes.

Mme Meunier est intervenue sur la fin de l'opposabilité des conventions collectives qui participe d'une responsabilité accrue des établissements, notamment par la libre affectation de l'excédent qui était jusqu'ici reconnue aux établissements accueillant des personnes âgées mais pas à tous ceux qui accueillent des personnes handicapées. L'amendement que nous souhaitions déposer pour y remédier a déjà été adopté à l'Assemblée nationale. La revalorisation de la masse salariale est, en tout état de cause, intégrée dans l'évolution annuelle des crédits.

S'agissant des personnes handicapées vieillissantes, une plus grande souplesse s'imposerait pour leur accueil dans les Ehpad.

La question des maisons d'accueil de jour ne dépend pas directement du PLFSS. Elle doit être résolue au niveau de chaque département, mais aucune directive ne prévoit la suppression de ces accueils de jour.

Sur la question de la non-consommation des crédits de l'Apa-2 affectés aux départements, soulevée par Mme Rossignol, l'utilisation de ces crédits n'était possible qu'une fois tous les plans d'aide réévalués. Une telle restriction a fortement pénalisé les départements, qui ont dû rendre les sommes à la CNSA. Je proposerai donc au travers d'un amendement la fongibilité entre l'Apa-1 et l'Apa-2 pour favoriser une certaine souplesse.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – *Je partage totalement l'avis de M. Amiel sur la médecine du travail, qui doit exister et être de qualité. Mais peu de médecins s'y consacrent, à l'instar de la médecine scolaire. Nous devrons être très incitatifs pour que des postes soient ouverts, et pourvus.*

M. René-Paul Savary, rapporteur. – *Le ton de mon rapport était peut-être un peu provocateur, afin que chacun ait conscience de la difficulté rencontrée. Néanmoins, contrairement à la position de Mme Lienemann, les propositions du COR ne peuvent être remises en question.*

La productivité prévue à plus de 1 % doit être relativisée car elle était inférieure les années précédentes. D'autres critères ont un effet sur la dégradation des comptes, notamment en ce qui concerne les retraites. Par exemple, le solde migratoire est moins important qu'auparavant, et l'espérance de vie s'est allongée pour les hommes de plus 1,7 an. Je citerai aussi le critère de la masse salariale de la fonction publique.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Vous réduisez les postes !*

M. René-Paul Savary, rapporteur. – *L'indice étant gelé et le nombre de fonctionnaires en diminution, les cotisations seront plus faibles et le régime de plus en plus déficitaire.*

Incontestablement et contrairement à l'échéance de 2020 annoncée l'an passé, le retour à l'équilibre ne pourra pas avoir lieu avant 2040. Nous devrons y travailler avec M. Delevoye pour avancer sur le dossier des retraites.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – *Je remercie l'ensemble de nos collègues qui sont intervenus sur la branche famille. Leurs appréciations ont été plutôt consensuelles et positives, même s'ils partagent des inquiétudes. Personnellement, j'ai beaucoup d'espérance car cette branche connaît son premier excédent depuis dix ans.*

Ces réflexions participeront à la refondation de la politique familiale dont la réflexion débutera l'année prochaine. Comment établir le partage entre politique de solidarité et politique familiale ? Comment prendre en compte la situation des enfants handicapés ? Cela passe par des réponses en termes de formation et de rémunération. Qu'entend-on par universalité ? Les familles avec un enfant unique n'ont pas accès aux allocations familiales. Or, elles sont monoparentales à 59 % et souvent confrontées à de grandes difficultés résultant de la séparation des parents.

Nous devons chercher des réponses avec toutes les associations et institutions concernées. J'espère que le débat sera très ouvert pour que nous construisions une politique familiale en rapport avec la situation actuelle et qui marque la prospective de la famille de demain, quel que soit son modèle.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 3

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 31 précise l'assiette du prélèvement de 150 millions sur les recettes de taxe de solidarité additionnelle du fonds CMU-C en 2017. Il s'agit des recettes perçues au titre des contrats de complémentaire santé responsables.*

M. Dominique Watrin. – *Cet amendement concerne l'année 2017. N'ayant pas voté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, nous voterons contre cet amendement.*

L'amendement n° 31 est adopté.

Article 7

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 32 supprime l'augmentation de 1,7 point du taux de la CSG applicable aux pensions de retraite et d'invalidité.*

M. Dominique Watrin. – *Nous sommes opposés à la grande bascule du financement de la sécurité sociale par l'impôt et donc la CSG. Nous voterons en faveur de cet amendement de repli mais nous déposerons un amendement de suppression de l'article 7, plus conforme à nos convictions.*

Mme Élisabeth Doineau. – *Ne se réunissant que cet après-midi pour échanger sur cet article, les élus centristes ne prendront pas part au vote.*

M. Michel Amiel. – *Cet amendement altère la notion de solidarité intergénérationnelle : nous voterons contre.*

M. Daniel Chasseing. – *Je m'abstiens sur cet amendement.*

L'amendement n° 32 est adopté.

Les amendements rédactionnels n°s 33, 34, 35, 36 et 38 sont adoptés.

Article 8

Les amendements rédactionnels n°s 37, 39, 40, 41, 42 et 43 sont adoptés.

Article 8 bis

Les amendements de coordination n°s 44, 45 et 46 sont adoptés.

Article 8 quater

Les amendements rédactionnels n°s 47 et 48 sont adoptés.

Article 9

Les amendements rédactionnels n°s 49, 50, 51, 52 et 53 sont adoptés.

Article 10

Les amendements rédactionnels n°s 54, 55 et 56 sont adoptés.

Article 11

L'amendement rédactionnel n° 57 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 58 acte la modification du nom de la Caisse nationale d'assurance vieillesse qui n'apparaît pas formellement dans le projet de loi.*

L'amendement n° 58 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 59 inclut les caisses primaires d'assurance maladie dans le périmètre du schéma stratégique d'organisation du service rendu aux travailleurs indépendants.*

L'amendement n° 59 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 60 précise la mission d'organisation des organismes du régime général en matière d'accueil et d'accompagnement dédiés prenant en compte les spécificités des travailleurs indépendants. Les pouvoirs publics se doivent de répondre à l'une des inquiétudes des travailleurs indépendants.*

L'amendement n° 60 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 61 permet d'uniformiser l'usage du terme « travailleur indépendant » en le faisant figurer dans le titre du Livre 6 du code de la sécurité sociale.*

L'amendement n° 61 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'action sanitaire et sociale est une spécificité très forte du régime social des indépendants. Elle trouve désormais son fondement législatif à l'article L. 612-5. L'amendement n° 62 fait le lien entre la compétence du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants en matière d'action sanitaire et sociale et les dotations prévues à l'article L. 612-5 qui en sont le « bras armé ».*

L'amendement n° 62 est adopté.

Les amendements rédactionnels n°s 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88 et 89 sont adoptés.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 90 renforce le pilotage politique de la réforme proposée. Il prévoit que le comité de surveillance sera placé directement auprès des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Le suivi de la réforme sera donc de leur responsabilité directe et ils doivent être en mesure, à l'invitation du président du comité de surveillance qu'ils nomment, de trancher directement les éventuels désaccords entre les caisses nationales du régime général pendant la période de transition.*

Il faut à tout prix éviter les erreurs du passé : les faiblesses du pilotage se sont manifestées par la suppression du RSI.

M. Dominique Watrin. – *Cette réforme ne règlera pas les problèmes des travailleurs indépendants et elle soulève beaucoup d'inquiétudes, comme en témoignent les auditions auxquelles nous avons procédé. Nous nous abstenons sur cet amendement et nous nous expliquerons en séance.*

L'amendement n° 90 est adopté.

Les amendements rédactionnels n°s 91, 92, 93 et 94 sont adoptés.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 95 sécurise la procédure de négociation des accords d'accompagnement entre l'Ucanss et les organisations syndicales des personnels du RSI, en précisant que l'une des organisations syndicales, représentée au conseil de discipline de l'entreprise mais non considérée comme représentative, peut assister aux négociations de ces accords en raison de son audience parmi les agents de directions et les agents comptables du RSI.*

L'amendement n° 95 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 96 déplace, dans le VIII du présent article relatif à l'expérimentation sur l'auto-liquidation, une disposition introduite à l'Assemblée nationale qui concerne les modalités de prélèvement des cotisations sociales. Ce déplacement permet d'avoir une vision consolidée des initiatives qui seront prises entre 2018 et 2019 en matière de simplification du prélèvement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.*

La disposition déplacée concerne la suspension, pour les revenus 2018 et 2019 uniquement, de la sanction prévue dans le cadre de la procédure de recouvrement des cotisations sur la base d'une déclaration du travailleur indépendant lorsqu'il existe un écart de plus 30 % entre le revenu déclaré et le revenu réellement perçu.

C'est une mesure de souplesse durant la période de transition.

M. Dominique Watrin. – *Abstention.*

L'amendement n° 96 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 97 complète l'expérimentation de l'auto-liquidation des cotisations et contributions sociales prévue en 2018 et 2019. Il demande à l'Acoss de profiter de cette expérimentation pour formuler des pistes d'amélioration concrètes en matière de recouvrement des cotisations.*

Par ailleurs, il invite le Gouvernement à prendre position sur les pistes de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants dans le cadre du rapport d'évaluation qu'il remettra au Parlement.

Des rapports récents de l'IGF et de l'Igas et du Haut conseil du financement de la protection sociale ont formulé des propositions intéressantes. Il est temps d'examiner leur caractère opérationnel. Une solution originale est également portée, dans le cadre du secrétariat général à la modernisation de l'action publique, par une startup d'État appelée « Prélèvement à la source des travailleurs indépendants ». Le Gouvernement doit dire si cette solution est envisageable et en expliciter les conséquences sur le calcul de l'assiette des cotisations.

La suppression du RSI doit s'accompagner d'une simplification de l'assiette des cotisations mais aussi des modalités de leur recouvrement. Sinon les inquiétudes de M. Cardoux seraient justifiées.

L'amendement n° 97 est adopté.

Article 13 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Dans un objectif de santé publique, l'article 13 bis modifie la contribution sur les boissons sucrées afin de la rendre moins incitative : il définit un barème progressif en fonction de la quantité de sucres ajoutés par hectolitre. Par cohérence, il abaisse le niveau de taxation des boissons contenant des édulcorants de synthèse au niveau du tarif de la première tranche de la taxe sur les boissons sucrées. Lorsque les boissons contiennent à la fois du sucre et des édulcorants, le dispositif proposé prévoit en outre le cumul des deux taxes, l'objectif étant de limiter les effets de substitution des édulcorants de synthèse aux sucres ajoutés.*

Afin de compléter cet article qui vise à encourager les consommateurs à se tourner davantage vers les boissons non sucrées, l'amendement n° 68 supprime le droit spécifique applicable aux eaux de boissons dont le montant est de 0,54 euro par hectolitre.

M. Yves Daudigny. – *Nous sommes favorable à cet amendement. J'ai rencontré les représentants du groupe Orangina qui sont favorable à la modification du barème prévu par cet article. Ce groupe diminue régulièrement la teneur en sucre de ses boissons sans le remplacer par des édulcorants. Contrairement à ce qui avait été dit lors de l'instauration de cette nouvelle taxe, le rendement n'est pas constant mais représente une augmentation de 70 % de la taxe perçue. Cet amendement répond-il à ce problème ?*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Les douanes évaluent de 100 à 200 millions les recettes supplémentaires générées par la modification du barème de la taxe sur les boissons sucrées.*

M. Guillaume Arnell. – *Outre-mer, la teneur en sucre des boissons est plus élevée qu'en métropole. Savez-vous comment cette taxe va y être appliquée ? En outre, le décret d'application a tardé à être publié.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Nous répondrons à ces questions en séance.*

M. René-Paul Savary. – Je dénonce ce type de mesures fiscales menées au nom de la santé publique, d'autant que les calculs sont d'une complexité extraordinaire. Une véritable politique sanitaire mériterait d'être menée en la matière. Je ne voterai pas cet amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je précise que mon amendement vise la taxe sur l'eau et propose de la supprimer. La modification du barème de la taxe sur les boissons sucrées a été introduite par l'Assemblée nationale. Elle vise un objectif de santé publique comme pour le tabac.

L'amendement n° 98 est adopté.

Article 14

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 150 vise à exclure le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments biosimilaires de l'assiette prise en compte pour la détermination de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde. Il s'agit ainsi d'étendre aux biosimilaires l'exclusion existant déjà pour les médicaments génériques, afin de ne pas pénaliser la diffusion de ces produits par une taxation désincitative.

M. Alain Milon, président. – C'est un bon amendement.

M. Yves Daudigny. – Nous sommes très favorables à cet amendement.

L'amendement n° 150 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 151 aménage le mécanisme de la clause de sauvegarde afin de rendre comparables les assiettes prises en compte d'une année sur l'autre pour le calcul de la contribution due en application du taux Lv ou Lh, à savoir les médicaments délivrés en ville et ceux délivrés à l'hôpital.

Le calcul de la contribution a été contesté par les syndicats représentant les laboratoires car il ne tient pas compte de leurs efforts.

L'an dernier, nous avions déposé cet amendement qui a été repoussé par la ministre car il entraîne une perte de recettes pour l'État.

M. Alain Milon, président. – Avant l'année dernière, il n'y avait qu'un seul taux L. Pour avoir des recettes supplémentaires, le Gouvernement a instauré deux taux en 2017 en taxant plus les médicaments vendus en ville. Pourquoi ne pas en revenir à un taux unique ?

M. Michel Amiel. – Quelles sont les recettes ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le produit global de Lv et Lh se monte à 200 millions.

M. Yves Daudigny. – La création de ces deux taux avait pour objectif de séparer les médicaments innovants, distribués à l'hôpital, des autres. Le taux de progression était plus élevé pour les premiers afin de favoriser l'innovation. Mais les effets sont complexes à évaluer : lorsque la clause de sauvegarde concernait tous les laboratoires, environ 200 d'entre eux contribuaient au dépassement du chiffre d'affaires. Avec les médicaments innovants, seuls une quinzaine de laboratoires remboursent. Leur contribution est donc plus élevée. Les conséquences de cette mesure sont donc peut-être contraires au but recherché initialement.

M. Alain Milon, président. – *N'oublions pas que les médicaments prescrits à l'hôpital peuvent ensuite l'être en ville par les médecins traitants.*

M. Bruno Gilles. – *Ne pourrait-on prévoir de retrancher les remises conventionnelles ?*

M. Alain Milon, président. – *Il faudra déposer un amendement de séance.*

L'amendement n° 151 est adopté.

Article 16

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'Assemblée nationale a complété cet article pour prévoir la présence des organismes de gestion collective chargés de la gestion des droits d'auteurs au sein des commissions professionnelles qui se prononcent sur les affiliations. Le consensus ne semble pas réuni sur la présence des organismes de gestion collective au sein des commissions professionnelles.*

La composition de ces commissions relevant en tout état de cause du domaine réglementaire, l'amendement n° 99 supprime cet ajout afin de laisser les discussions se poursuivre avec les artistes auteurs et leurs représentants.

L'amendement n° 99 est adopté.

Article 16 bis

L'amendement rédactionnel n° 100 est adopté.

Article 16 quater

L'amendement rédactionnel n° 154 est adopté.

Article 18

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 101 est identique à l'amendement que nous avons adopté à l'article 3 au titre de l'exercice 2017 mais celui-ci concerne l'année 2018.*

L'amendement n° 101 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 102 supprime la possibilité, prévue par l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, de faire prendre en charge par le Fonds de solidarité vieillesse « le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes lorsque les dispositions les instituant le prévoient ».*

Nous avions déposé cet amendement plusieurs fois et il a toujours été refusé. Nous voulons maintenir la compétence du Parlement et ne pas laisser le ministre décider seul de l'utilisation de certaines ressources du FSV. C'est la négation même de l'existence du Parlement et du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 102 est adopté.

Les amendements rédactionnels n°s 103 et 104 sont adoptés.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 105 affecte au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires qui s'élève à 70 millions d'euros pour 2018 et qui est actuellement affecté à la branche vieillesse des non-salariés*

agricoles. Il supprime la taxe portant sur les quantités de farine, semoules et gruaux de blé tendre livrées ou mises en œuvre en vue de la consommation humaine dont la Cour des comptes a souligné dans un rapport de 2014 sur les taxes recouvrées par les douanes, le coût de recouvrement, hors de proportion par rapport au produit. Plusieurs rapports ont depuis mis en relief le caractère obsolète et inapproprié sur le plan économique de cette taxe dont la suppression a été votée par le Sénat en novembre 2015.

L'amendement n° 105 est adopté.

Article 18 bis

L'amendement rédactionnel n° 106 est adopté.

Article 25

L'amendement rédactionnel n° 107 est adopté.

Article 26

Mme Élisabeth Doineau. – *Lors de la discussion générale, j'ai dit ce qu'il en était sur cet amendement n° 108 qui vise à supprimer l'article 26 et la réduction des montants et plafonds de la prestation d'accueil du jeune enfant qu'il prévoit.*

L'amendement n° 108 est adopté.

Article additionnel après l'article 26 bis

Mme Élisabeth Doineau. – *Cette question a été abordée lors du débat sur la protection de l'enfance. L'amendement n° 152 ne remet pas en question l'instauration d'un pécule pour les jeunes qui sortent du service de l'aide sociale à l'enfance. Mais il n'est pas possible d'utiliser l'allocation de rentrée scolaire (ARS) pour constituer ce pécule. Le Défenseur des droits nous a alertés sur cette question, notamment en ce qui concerne les pupilles de l'État et les enfants placés dans une famille d'accueil.*

M. René-Paul Savary. – *J'avais déposé une proposition de loi prévoyant que l'allocation rentrée scolaire serait versée sous forme de bon d'achat dédié. Je déposerai un amendement en ce sens afin que ces aides profitent réellement aux enfants.*

Mme Laurence Rossignol. – *Les enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance en sortent entre 18 et 20 ans selon les départements, sans un centime pour faire face aux difficultés de la vie. Parmi les jeunes SDF, 40 % viennent de l'aide sociale à l'enfance. La loi de mars 2016 a prévu de verser l'ARS sur un compte géré par la Caisse des dépôts et consignation et auquel les jeunes ont accès à leur majorité.*

Aujourd'hui, le juge pour enfant décide d'attribuer les allocations familiales à la famille de l'enfant ou au département. L'ARS, quant à elle, est toujours attribuée à la famille. Avec la loi de protection de l'enfance, nous avions un peu détourné cette ARS pour constituer un pécule. Vous nous proposez aujourd'hui de permettre au juge de se prononcer sur l'attribution de l'ARS aux familles ou au département, comme pour les allocations familiales. Le jeune est le grand perdant de votre amendement. Vous revenez donc sur cette grande innovation avec la constitution d'un pécule. Vous allez provoquer l'indignation des associations.

Mme Élisabeth Doineau. – *Le Défenseur des droits nous a alertés. Comment accepter que le pécule soit différent en fonction du temps passé par le jeune à l'ASE ? Les associations nous ont également dit que la rentrée scolaire permettait de faire le point avec les familles ou les familles d'accueil sur l'utilisation de l'ARS.*

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Beaucoup de jeunes sortis de l'ASE deviennent SDF : c'est très préoccupant. Avec cet amendement, le pécule disparaît, même si sa constitution n'était pas des plus satisfaisante. Entre deux inconvénients, choisissons le moindre ! La suppression pure et simple de ce pécule est un retour en arrière dangereux.*

Mme Michelle Meunier. – *Je suis défavorable à cet amendement qui a néanmoins le mérite de poser le problème : nous pourrons en débattre avec la ministre en séance.*

L'amendement n° 152 est adopté.

Article 32 bis

L'amendement rédactionnel n° 109 est adopté.

Article additionnel après l'article 32 bis

M. Gérard Dériot. – *L'amendement n° 110 a déjà été déposé l'an passé. Les salariés qui ont été exposés à l'amiante peuvent bénéficier d'une allocation de cessation anticipée d'activité (ACAATA) sous certaines conditions parmi lesquelles figure celle d'avoir travaillé dans l'un des établissements figurant sur une liste établie par arrêté.*

Il convient de préciser que cette inscription ou modification ne peut également intervenir qu'après information du demandeur de l'inscription, l'enjeu pour les salariés étant le bénéfice de l'ACAATA.

L'amendement n° 110 est adopté.

Article 34

L'amendement rédactionnel n° 111 est adopté.

Article 35

Mme Catherine Deroche. – *L'Assemblée nationale a étendu les dispositions sur le développement des modes d'exercice participant à la structuration des soins primaires à l'ensemble des soins ambulatoires. Estimant nécessaire de ne pas limiter le champ des expérimentations aux seules structures d'exercice regroupé que sont notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé, l'amendement n° 112 propose de prendre également en compte les modes d'exercice coordonné des professionnels de santé sur les territoires.*

M. Bernard Jomier. – *Les professionnels peuvent être regroupés sans être en maison ou en centre de santé. Cet amendement me semble redondant avec ce qui est dit deux alinéas plus haut.*

Mme Catherine Deroche. – *Les professionnels de santé s'inquiétaient du terme « regrouper » qui peut porter à confusion. On peut être coordonné sans être regroupé.*

L'amendement n° 112 est adopté.

Les amendements rédactionnels n° 113 et 114 sont adoptés.

Mme Catherine Deroche. – *L'amendement n° 115 vise à associer les acteurs locaux représentés au sein de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de santé et de l'autonomie au suivi des expérimentations conduites sur le territoire régional.*

L'amendement n° 115 est adopté.

Mme Catherine Deroche. – *Concernant l'expérimentation, l'Assemblée nationale a rétabli le comité stratégique. L'amendement n° 116 permet de le consulter sur les conditions de généralisation éventuelle des expérimentations menées, l'objectif étant que les expérimentations débouchent sur une généralisation.*

L'amendement n° 116 est adopté.

Mme Catherine Deroche. – *L'amendement n° 117 renvoie au décret prévu pour l'application du présent article le soin de préciser la composition et les missions du comité stratégique introduit par l'Assemblée nationale. Si la composition de ce comité n'a pas vocation à figurer dans la loi, il est essentiel qu'y soient représentés les professionnels de santé, les fédérations hospitalières, les usagers du système de santé mais également les organismes d'assurance maladie complémentaire ou encore les représentants des produits de santé.*

M. Bernard Jomier. – *Je partage votre analyse mais la composition du comité stratégique est renvoyée à un décret en Conseil d'État, ce qui est fâcheux.*

Mme Catherine Deroche. – *La loi ne peut énumérer tous les représentants mais nous voulons attirer l'attention du Gouvernement sur cette composition.*

Mme Laurence Cohen. – *Qui sont les représentants des produits de santé ?*

Mme Catherine Deroche. – *Il est souhaitable que tous les professionnels de santé soient concernés. Les expérimentations peuvent concerner l'organisation des soins mais aussi certains dispositifs de santé.*

L'amendement n° 117 est adopté.

Mme Catherine Deroche. – *La finalité des expérimentations et de leur évaluation doit bien être leur éventuelle généralisation par leur transcription dans le droit commun. L'amendement n° 118 l'explique dans les dispositions relatives au suivi effectué par le Parlement.*

M. Dominique Watrin. – *Par définition, une expérimentation doit être évaluée. On ne peut préjuger de son résultat.*

Mme Catherine Deroche. – *On a vu des expérimentations durer des années sans évaluation ni suivi. L'objectif est bien de généraliser les expérimentations positives.*

L'amendement n° 118 est adopté.

Article 35 bis

Mme Catherine Deroche. – *L'amendement n° 119 supprime une demande de rapport présentée par l'Assemblée nationale.*

L'amendement n° 119 est adopté.

Article 36

Les amendements rédactionnels n°s 120, 121 et 122 sont adoptés.

Article 37

Mme Catherine Deroche. – *L’Assemblée nationale a supprimé la procédure d’inscription accélérée des actes à la nomenclature. Nous souhaitons revenir au dispositif initial pour améliorer l’accès des patients aux innovations thérapeutiques, d’où l’amendement n° 123. Pour répondre aux inquiétudes de professionnels de santé qui appartiennent aux Chap, nous prolongeons le délai à 11 mois lorsqu’il y a des difficultés techniques ou scientifiques particulières afin de procéder à l’évaluation de l’acte en cause.*

L’amendement n° 123 est adopté.

L’amendement de coordination n° 124 est adopté.

Article 38

L’amendement rédactionnel n° 153 est adopté.

Article additionnel après l’article 38

Mme Catherine Deroche – *L’amendement n° 125 prévoit que les remises rétroactives versées au titre des médicaments bénéficiant d’une ATU soient établies non pas sur la base des prévisions de ventes mais sur les ventes effectivement réalisées. Nous interrogerons Mme la ministre sur les difficultés de l’ATU.*

M. Yves Daudigny. – *Cet amendement répond à mes préoccupations.*

L’amendement n° 125 est adopté.

Article 39

Les amendements rédactionnels n°s 127 et 128 sont adoptés.

Mme Catherine Deroche. – *L’article 39 traite des contrats d’amélioration de la qualité et de l’efficience des soins (Cajes) qui devaient entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Certains établissements ont conclu des Cajes mais d’autres non.*

L’amendement n° 126 propose de différer l’application de la sanction afin de laisser la campagne de contractualisation se déployer de façon satisfaisante.

M. Jean Sol. – *Je suis favorable à cet amendement mais il faut aussi accélérer le processus d’intéressement pour les établissements vertueux.*

Mme Catherine Deroche. – *C’est pour cela que nous avons dissocié les sanctions de la signature de ces contrats.*

Mme Laurence Cohen. – *Pourquoi ne pas favoriser les établissements qui seraient vertueux ? N’ajoutons pas aux difficultés d’un certain nombre d’établissements de santé avec d’éventuelles sanctions. Nous ne voterons pas cet amendement.*

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – *Je ne suis pas favorable à l’intéressement des établissements car le critère pris en compte n’est que financier ; aucune évaluation qualitative n’est prévue. La pertinence des prescriptions n’est pas que financière.*

M. Daniel Chasseing. – *Je voterai cet amendement. Dans les soins ambulatoires privés et publics, certains actes sont sous-cotés. Une révision s’impose pour améliorer la qualité.*

M. Michel Amiel. – Ces sanctions sont prononcées en cas de refus de signer le contrat d'amélioration. On peut toujours trouver de bonnes raisons de ne pas signer ce type de contrat, comme le font certaines communes pour les contrats de mixité sociale qu'elles refusent de parapher. Je suis opposé à cet amendement.

L'amendement n° 126 est adopté.

Article 40

Les amendements rédactionnels n°s 129 et 196 sont adoptés.

Mme Catherine Deroche. – L'amendement n° 130 limite l'encadrement des activités de publicité en faveur des dispositifs médicaux à la seule activité de promotion de ces produits.

La présentation et l'information adaptées des dispositifs médicaux par leurs fabricants constituent une obligation déjà prévue et réglementée dans le cadre européen mais également par la norme ISO EN NF 14971 gestion des risques. Le risque serait dès lors de créer une double obligation de certification au contenu identique.

M. Bernard Jomier. – Il n'y a pas d'un côté des personnes chargées de la promotion et, de l'autre, des personnes chargées de l'information et de la présentation. Or les visiteurs médicaux et les commerciaux sont tenus par une charte. Voulez-vous créer deux catégories d'employés ?

Mme Catherine Deroche. – D'après les syndicats des industries des dispositifs médicaux, il ne s'agit pas nécessairement des mêmes personnes.

L'amendement n° 130 est adopté.

Mme Catherine Deroche. – L'amendement n° 131 vise à étendre les mesures prévues à cet article s'agissant de l'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé au sein des établissements de santé à l'ensemble de ces établissements, y compris ceux relevant du secteur privé ou du secteur privé non lucratif. La rédaction ne visait que les seuls établissements publics de santé.

L'amendement n° 131 est adopté.

Article 41

Mme Catherine Deroche. – L'amendement n° 132 vise à supprimer le dispositif d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs des dispositifs médicaux et des prestations associées au-delà d'un plafond de dépenses.

Les entreprises qui produisent en petite série des dispositifs médicaux mais aussi ceux qui utilisent des dispositifs médicaux dans le cas des prises en charge ambulatoires s'inquiétant de cet article, je vous propose de supprimer la régulation par les prix en conservant les autres mécanismes d'ajustement. Il sera toujours possible aux parties prenantes de convenir d'une mesure de régulation équivalente par la voie conventionnelle.

M. René-Paul Savary. – Cette inquiétude est légitime lorsqu'on voit que par décret, le ministre décide de qui a droit ou pas aux coquilles en fonction de l'âge des intéressés.

L'amendement n° 132 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 133 est adopté.

Article 42

Mme Catherine Deroche. – *Cet article ajoute un cas de recours à la procédure de demande d'accord préalable : lorsque « le recours à une autre prestation est moins coûteux ». L'amendement n° 134 encadre cette disposition afin qu'elle ne conduise pas à une perte de chance pour les patients.*

L'amendement n° 134 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 135 est adopté.

Article 43

L'amendement rédactionnel n° 136 est adopté.

Article 44 bis

L'amendement rédactionnel n° 137 est adopté.

Article 45

L'amendement rédactionnel n° 138 est adopté.

Article 47

Mme Catherine Deroche. – *L'amendement n° 139 vise à reporter au 1^{er} octobre 2019 la date d'entrée en vigueur de la réforme de la prise en charge des transports sanitaires. Les fédérations hospitalières ont dénoncé l'absence de consensus autour du dispositif proposé par la Cnam. Les négociations doivent se poursuivre.*

L'amendement n° 139 est adopté.

Article 48

L'amendement rédactionnel n° 140 est adopté.

Article 50

M. Bernard Bonne. – *La rédaction de cet article présente le risque d'une caducité totale de l'autorisation en cas d'une installation seulement partielle de places. L'amendement n° 141 sécurise le dispositif pour les places effectivement ouvertes par les établissements qui ne pourront se voir menacer de caducité.*

L'amendement n° 141 est adopté.

M. Bernard Bonne. – *L'amendement n° 1142 propose de reproduire dans le champ du handicap l'obligation de Cpom déjà prévue aux Ehpad gérés par le même gestionnaire dans le même département. Les établissements et services chargés de la prise en charge du handicap auraient l'obligation de contracter un Cpom unique à la triple condition d'une identité de gestionnaire, de ressort territorial et de mode de tarification.*

L'amendement n° 142 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 143 est adopté.

Article 50 bis

M. Bernard Bonne. – *L'amendement n° 144 prévoit la fongibilité entre l'APA-1 et l'APA-2 pour que les départements puissent dépenser la totalité des crédits alloués pour les personnes âgées.*

M. Dominique Watrin. – *Je ne suis pas favorable à cet amendement car la transparence et la traçabilité sont indispensables.*

M. Bernard Bonne. – *Les départements pourraient utiliser le reste de leur enveloppe APA-2 dans l'intérêt des personnes âgées. Nous introduisons un peu plus de souplesse.*

L'amendement n° 144 est adopté.

M. Bernard Bonne. – *L'amendement n° 145 permet à titre expérimental de faire en sorte que les moyens affectés aux CLIC et aux MIA soient identiques : l'idée est d'encourager le rapprochement des structures d'accompagnement des personnes âgées dans un double objectif de mutualisation des coûts et de lisibilité des services pour les publics concernés.*

L'amendement n° 145 est adopté.

Article 51

L'amendement de coordination n° 146 est adopté.

Article 57

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Outre quelques modifications rédactionnelles, l'amendement n° 147 prévoit un plafond de la pénalité financière en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée, conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. En outre, il élève la pénalité financière dont doivent s'acquitter les destinataires du droit de communication n'ayant pas satisfait aux demandes de l'organisme regardant des personnes non identifiées. Cet amendement entre dans le cadre de la lutte contre la fraude.*

L'amendement n° 147 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 148 permet aux caisses de sécurité sociale du régime agricole de mettre en œuvre, dans les mêmes conditions que les organismes du recouvrement du régime général, la procédure de saisie conservatoire prévue à l'article L. 133-1 du code de la sécurité sociale. Il précise que cette procédure peut s'appliquer non seulement lorsque les constats de travail dissimulé sont dressés par les Urssaf et les autres corps de contrôle mais également dans le cas où ces constats sont réalisés par les agents de contrôle de la MSA.*

L'amendement n° 148 est adopté.

L'amendement de coordination n° 149 est adopté.

La commission propose au Sénat d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sous réserve de l'adoption de ses amendements.

TABLEAU DES AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Auteur	N°	Objet
Article 3		
Ajustement des dotations de l'assurance maladie et du FEH au FMESPP ; rectification des contributions de la branche AT-MP à la branche vieillesse et au Fiva ; prélèvement sur les recettes du fonds CMU-C au profit de la branche maladie		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	31	Assiette du prélèvement de TSA au profit de la Cnam
Article 7		
Hausse de la CSG et suppression de cotisations sociales		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	32	Suppression de l'augmentation de la CSG sur les pensions retraite et d'invalidité
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	33	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	34	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	35	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	36	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	38	Amendement de coordination
Article 8		
Réduction de cotisation maladie et renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE et du CITS		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	37	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	39	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	40	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	41	Amendement de précision
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	42	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	43	Amendement de coordination d'une référence
Article 8 bis		
Fusion de la C3S et de la C3S additionnelle		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	44	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	45	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	46	Amendement de coordination

Auteur	N°	Objet
Article 8 quater		
Assujettissement au forfait social des avantages versés au titre des congés de fin d'activité du transport routier		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	47	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	48	Amendement rédactionnel
Article 9		
Réforme de l'Accre et encouragement des petites activités		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	49	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	50	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	51	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	52	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	53	Amendement de coordination
Article 10		
Allégement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	54	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	55	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	56	Amendement rédactionnel
Article 11		
Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CIPAV		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	57	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	58	Modification du nom de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en Caisse nationale d'assurance vieillesse
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	59	Élargissement périmètre du schéma stratégique d'organisation service rendu aux travailleurs indépendants
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	60	Précision sur la mission d'organisation des organismes du régime général en matière d'accueil et d'accompagnement dédiés aux travailleurs indépendants
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	61	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	62	Amendement de précision rédactionnelle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	63	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	64	Correction d'une erreur matérielle

Auteur	N°	Objet
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	65	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	66	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	67	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	68	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	69	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	70	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	71	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	72	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	73	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	74	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	75	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	76	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	77	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	78	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	79	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	80	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	81	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	82	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	83	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	84	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	85	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	86	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	87	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	88	Correction d'une erreur matérielle

Auteur	N°	Objet
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	89	Correction d'une erreur matérielle
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	90	Renforcement du pilotage politique de la réforme
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	91	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	92	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	93	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	94	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	95	Sécurisation de la procédure de négociation des accords d'accompagnement pour le transfert des personnels du RSI
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	96	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	97	Renforcement de l'expérimentation sur les cotisations contributions sociales des travailleurs indépendants

Article 13 bis**Modification des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	98	Suppression de la contribution spécifique sur les eaux
--	----	--

Article 14**Fixation des taux Lv et Lh pour 2018 -Aménagements technique de la clause de sauvegarde**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	150	Exclusion des biosimilaires de l'assiette de la clause de sauvegarde
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	151	Suppression du principe de déduction des remises et contributions versées au titre de la contribution L pour la détermination de l'assiette de la contribution

Article 16**Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	99	Suppression de la référence à la présence des organismes de gestion collective dans les commissions professionnelles
--	----	--

Article 16 bis**Changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	100	Amendement de coordination
--	-----	----------------------------

Article 16 quater**Affiliation des gens de mer à un régime d'assurance vieillesse**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	154	Amendement rédactionnel
--	-----	-------------------------

Article 18**Transferts entre l'État et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale**

M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	101	Assiette du prélèvement de TSA au profit de la Cnam
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	102	Suppression de la possibilité de créer une charge nouvelle pour la FSV par voie réglementaire

Auteur	N°	Objet
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	103	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	104	Amendement de coordination
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	105	Affectation du produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles et suppression de la taxe sur les farines
Article 18 bis Reversement à la CNRACL des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	106	Amendement de coordination
Article 25 Majoration du CMG pour les familles monoparentales		
Mme DOINEAU	107	Amendement rédactionnel
Article 26 Harmonisation du barème et des plafonds de la Paje et du complément familial		
Mme DOINEAU	108	Suppression de l'article
Article additionnel après l'article 26 bis		
Mme DOINEAU	152	Versement de l'allocation de rentrée scolaire due au titre des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance
Article 32 bis Cession de créances au titre des recours contre tiers et service des prestations jusqu'à alors versées par le FCAT		
M. DÉRIOT	109	Amendement de coordination
Article additionnel après l'article 32 bis		
M. DÉRIOT	110	Information des demandeurs de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'ACAATA
Article 34 Extension de l'obligation de couverture vaccinale des enfants		
Mme DEROCHE	111	Amendement de coordination
Article 35 Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé		
Mme DEROCHE	112	Élargissement des expérimentations au mode d'exercice coordonné des professionnels de santé
Mme DEROCHE	113	Précision rédactionnelle
Mme DEROCHE	114	Amendement rédactionnel
Mme DEROCHE	115	Information de la conférence régionale de santé et de l'autonomie
Mme DEROCHE	116	Précisions sur les missions du comité stratégique
Mme DEROCHE	117	Renvoi au décret de la composition du comité stratégique
Mme DEROCHE	118	Information du Parlement sur l'évaluation des expérimentations vue de leur éventuelle généralisation

Auteur	N°	Objet
Article 35 bis Rapport au Parlement sur les indemnités journalières maladie		
Mme DEROCHE		
	119	Suppression de l'article
Article 36 Prise en charge de la télémédecine		
Mme DEROCHE	120	Amendement rédactionnel
Mme DEROCHE	121	Précision portant sur le champ d'application des expérimentations
Mme DEROCHE	122	Amendement rédactionnel
Article 37 Aménagements des procédures d'inscription des actes à la nomenclature et de la procédure de validation des protocoles de coopération		
Mme DEROCHE	123	Rétablissement de la procédure d'inscription accélérée des actes à la nomenclature
Mme DEROCHE	124	Amendement de coordination
Article 38 Prise en charge des produits de santé hospitaliers		
Mme DEROCHE	153	Amendement rédactionnel
Article additionnel après l'article 38		
Mme DEROCHE	125	Ajustement du mode de calcul des remises au titre des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation
Article 39 Renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions hospitalières		
Mme DEROCHE	126	Report de l'application de la sanction en cas de non signature des contrats par les établissements de santé
Mme DEROCHE	127	Amendement rédactionnel
Mme DEROCHE	128	Précision rédactionnelle
Article 40 Dispositions diverses relatives à la qualité, à la promotion et la pertinence de l'utilisation des produits de santé		
Mme DEROCHE	129 rec	Amendement rédactionnel
Mme DEROCHE	196	Amendement rédactionnel
Mme DEROCHE	130	Restriction de l'encadrement des activités à la seule promotion des produits
Mme DEROCHE	131	Extension des mesures à l'ensemble des établissements de santé
Article 41 Régulation du secteur des dispositifs médicaux		
Mme DEROCHE	132	Suppression du dispositif de régulation des prix et tarifs
Mme DEROCHE	133	Amendement rédactionnel
Article 42 Uniformiser et renforcer le mécanisme de demande d'autorisation préalable		
Mme DEROCHE	134	Encadrement du motif de recours à la procédure d'accord préalable
Mme DEROCHE	135	Amendement rédactionnel
Article 43 Étendre la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs		
Mme DEROCHE	136	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Article 44 bis		
Suppression de la généralisation obligatoire du tiers payant		
Mme DEROCHE	137	Amendement rédactionnel
Article 45		
Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes		
Mme DEROCHE	138	Amendement rédactionnel
Article 47		
Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé		
Mme DEROCHE	139	Report d'une année supplémentaire de l'entrée en vigueur de la réforme
Article 48		
Déploiement de la réforme du financement des activités des SSR		
Mme DEROCHE	140	Amendement rédactionnel
Article 50		
Régime de contractualisation dans le secteur médico-social		
M. BONNE	141	Mutualisation obligatoire des Cpm
M. BONNE	142	Caducité partielle
M. BONNE	143	Amendement rédactionnel
Article 50 bis		
Dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs		
M. BONNE	144	Fongibilité des APA
M. BONNE	145	Fusion des Clic et MIA
Article 51		
Transfert des missions de l'Anesm à la HAS		
Mme DEROCHE	146	Amendement de coordination
Article 57		
Diverses mesures relatives à la lutte contre la fraude		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	147	Plafond de la pénalité financière en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commises en bande organisée
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	148	Application par le régime agricole de la procédure de saisi conservatoire
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	149	Amendement de coordination