

N° 104

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 novembre 2019

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 **2020**,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,

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

Rapporteurs,

Sénateurs

Tome II : Examen des articles

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 2296, 2314, 2340 et T.A. 345

Sénat : 98 et 103 (2019-2020)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES.....	7
EXAMEN DES ARTICLES	13
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018	13
• <i>Article 1^{er}</i> Approbation des tableaux d'équilibre, de l'Ondam et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la Cades	13
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2018 et du tableau patrimonial (annexe A).....	21
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019.....	25
• <i>Article 3</i> Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours	25
• <i>Article 4</i> Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde médicaments pour 2019	34
• <i>Article 5</i> Rectification des tableaux d'équilibre 2019	36
• <i>Article 6</i> Rectification de l'Ondam et des sous Ondam 2019	39
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020	43
TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....	43
CHAPITRE I^{ER} - FAVORISER LE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET AUX ACTIFS.....	43
• <i>Article 7</i> Reconstitution du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et de cotisations sociales	43
• <i>Article 8</i> Ajustement du calcul des allègements généraux.....	51
• <i>Article 8 bis (nouveau)</i> Clarification des règles d'affiliation à la sécurité sociale de certains salariés du secteur agricole.....	60
• <i>Article 8 ter (nouveau)</i> Dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants exerçant une activité saisonnière	61
• <i>Article 8 quater (nouveau)</i> Inclusion du secteur de la presse dans le régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer	63
• <i>Article 8 quinquies (nouveau)</i> Extension des seuils d'exonération du régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer	66
• <i>Article 9</i> Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique	67
• <i>Article 9 bis (nouveau)</i> Exclusion du dédommagement du proche aidant d'un bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap de l'assiette de l'impôt sur le revenu, de la CSG et de la CRDS.....	71
• <i>Article 9 ter (nouveau)</i> Révision du champ d'application et du barème de la taxe sur les « prémix ».....	73
• <i>Article 9 quater (nouveau)</i> Exclusion de l'assiette de la CSG d'une fraction des rémunérations perçues par les détenus exerçant une activité dans le cadre pénitentiaire	77

- *Article 9 quinquies (nouveau) Exonération de la contribution sur les avantages de préretraite du dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité de la branche des ports et de la manutention portuaire*.....78
- *Article additionnel après l'article 9 quinquies Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie*.....79

CHAPITRE II - SIMPLIFIER ET MODERNISER LES RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION.....81

- *Article 10 Unification du recouvrement dans la sphère sociale*81
- *Article 11 Simplifier les démarches déclaratives et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants*94
- *Article 12 Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne*.....101
- *Article 13 Simplifications pour les cotisants et renforcement de la sécurité juridique*108
- *Article 14 Mesures de lutte contre la fraude*114

CHAPITRE III - RÉGULER LE SECTEUR DES PRODUITS DE SANTÉ.....117

- *Article 15 Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2020*117
- *Article 16 Clause de sauvegarde médicaments pour 2020*122

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....125

- *Article 17 Circuits financiers et transferts de recettes*125
- *Article 18 Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5*136
- *Article 19 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV*.....138
- *Article 20 Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV*.....141
- *Article 21 Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV*.....143
- *Article 22 Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes*.....144
- *Article 23 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*147

QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020.....153

TITRE I^{ER} - POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS.....153

CHAPITRE I^{ER} - RÉFORMER LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.....153

- *Article 24 A Visibilité pluriannuelle sur les ressources des établissements de santé*.....153

• Article 24 Réforme du financement des hôpitaux de proximité	155
• Article 25 Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle-cible de financement des SSR.....	162
• Article 26 Réforme du ticket modérateur à l'hôpital	172
• Article 26 bis (nouveau) Réforme du financement des services d'urgence	177
• Article 26 ter (nouveau) Rapport au Parlement sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation des établissements de santé.....	180
• Article 27 Refonte de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de ville.....	182
• Article 28 Réforme de la prise en charge des dispositifs médicaux	188
• Article 28 bis (nouveau) Accès précoce aux dispositifs médicaux.....	198
• Article 28 ter (nouveau) Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux.....	202
• Article 29 Prise en charge et régulation des prix de certains médicaments particuliers.....	203
• Article 29 bis (nouveau) Expérimentation de l'usage médical du cannabis	213
• Article 30 Accès précoce et soutenabilité financière des ATU.....	216
• Article additionnel après l'article 30 Expérimentation d'une évaluation et d'une prise en charge temporaires de certains médicaments sur la base de leur valeur thérapeutique relative	223
• Article 31 Transfert du financement de l'ANSP et de l'ANSM vers l'Ondam.....	225
CHAPITRE II – AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS.....	229
• Article 32 Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé.....	229
• Article 33 Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures	237
• Article 34 Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments.....	240
• Article 35 Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance.....	253
• Article 35 bis (nouveau) Protocole de coopération nationale pour améliorer la protection maternelle et infantile.....	260
• Article 36 Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins	263
• Article 37 Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités	274
• Article 37 bis (nouveau) Aménagements de l'expérimentation nationale sur la prise en charge du congé maternité des travailleuses indépendantes	277
• Article 38 Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français	279
• Article additionnel après l'article 38 Programmation de places pour les personnes handicapées adultes.....	282
• Article 38 bis (nouveau) Critères d'appréciation de l'activité d'un établissement social ou médico-social.....	283
• Article 38 ter (nouveau) Expérimentation d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap	285
• Article 39 Recentralisation de la lutte contre la tuberculose	289
• Article 39 bis (nouveau) Modalités de prise en charge des vaccins administrés par les centres de vaccination antiamarile	292

CHAPITRE III -RENFORCER LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L’EFFICIENCE DES SOINS.....	294
• <i>Article 40</i> Mise en place d’un forfait pour un parcours global post-traitement aigu du cancer.....	294
• <i>Article 40 bis (nouveau)</i> Expérimentation du financement d’un accompagnement psychologique des patients atteints de sclérose en plaques	298
• <i>Article 41</i> Simplification des certificats médicaux de non contre-indication au sport.....	299
• <i>Article 41 bis (nouveau)</i> Caractère obligatoire de l’entretien prénatal précoce	301
• <i>Article 41 ter (nouveau)</i> Autorisation de délivrance de substituts nicotiques par certains professionnels de santé.....	304
• <i>Article 42</i> Contrat de l’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité.....	305
• <i>Article 43</i> Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments à l’aide de plusieurs outils ciblés.....	311
• <i>Article 44</i> Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l’article 51 de la LFSS pour 2018.....	319
• <i>Article 44 bis (nouveau)</i> Élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée.....	323
TITRE II - PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE.....	324
CHAPITRE I^{ER} - PROTÉGER LES FRANÇAIS CONTRE LES NOUVEAUX RISQUES.....	324
• <i>Article 45</i> Indemnisation du congé proche aidant	324
• <i>Article 45 bis (nouveau)</i> Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale.....	332
• <i>Article 46</i> Création d’un fonds d’indemnisation des victimes de produits pesticides	335
• <i>Article 47</i> Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route : élargissement du FMESPP au secteur médico-social	352
CHAPITRE II - LUTTER CONTRE LA REPRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES.....	355
• <i>Article 48</i> Création du service public de versement des pensions alimentaires.....	355
• <i>Article 49</i> Améliorer l’information sur l’accès aux modes d’accueil des jeunes enfants	366
• <i>Article 49 bis (nouveau)</i> Extension du complément de libre choix du mode de garde aux titulaires d’un contrat de service civique.....	371
• <i>Article 50</i> Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte.....	376
• <i>Article 51</i> Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale	381
• <i>Article 51 bis (nouveau)</i> Mise en place d’un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale.....	384
• <i>Article 51 ter (nouveau)</i> Facilitation du recours aux échanges d’informations entre administrations de l’État et organismes de sécurité sociale	385
• <i>Article 51 quater (nouveau)</i> Inclusion des agences régionales de santé parmi les administrations et organismes habilités à s’échanger des informations de lutte anti-fraude	386
• <i>Article 51 quinquies (nouveau)</i> Rapport au Parlement sur les modalités de gestion et d’utilisation du répertoire national commun de la protection sociale	388

CHAPITRE III - PRENDRE EN COMPTE LES PARCOURS, LES SITUATIONS ET LES TRANSITIONS389

- *Article additionnel avant l'article 52 Recul de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 64 ans à compter du 1^{er} janvier 2025*.....389
- *Article 52 Revalorisation différenciée des prestations sociales*.....391
- *Article 53 Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)*398
- *Article 54 Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP des employeurs*.....403
- *Article 55 Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée*408
- *Article 56 Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières*.417

TITRE III - DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES424

- *Article 57 Dotation de l'assurance maladie au FMESPP, à l'Oniam, de la CNSA aux ARS*.....424
- *Article 57 bis (nouveau) Suppression de l'expertise médicale prévue pour le contentieux général de la sécurité sociale*425
- *Article 58 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*427
- *Article 59 Ondam et sous-Ondam*429
- *Article 60 Dotation au Fiva, au Fcaata et transfert au titre de la compensation de la sous-déclaration des AT-MP*.....438
- *Article additionnel après l'article 60 Élargissement du périmètre des bénéficiaires de l'Acaata aux salariés d'entreprises de sous-traitance*442
- *Article additionnel après l'article 60 Partage de données entre les CPAM et les Carsat afin d'améliorer la déclaration des maladies professionnelles*.....443
- *Article 61 Objectif de dépenses de la branche AT-MP*444
- *Article 62 Objectif de dépenses de la branche vieillesse*447
- *Article 63 Objectif de dépenses de la branche famille*449
- *Article 64 Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)*.....452

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Équilibres financiers généraux

(rapporteur général : M. Jean-Marie Vanlerenberghe)

La commission a **rejeté l'ensemble des nouvelles exceptions au principe de compensation par l'État des mesures de baisses de recettes de la sécurité sociale** proposées par ce PLFSS, considérant que ces entorses répétées ne respectent pas la nature de la sécurité sociale et qu'elles sont, de plus, incompatibles avec l'ambition d'apurer complètement la dette sociale en 2024. **Elle a amendé en conséquence les articles 3, 9 et 17** de ce projet de loi.

La commission a **approuvé la reconduite, en 2020, de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat** que les employeurs ayant mis en œuvre un accord d'intéressement pourront verser aux personnes qu'elles emploient en franchise d'impôt, de cotisations et contributions sociales (article 7). Elle a adopté un amendement permettant aux associations à but non lucratif et aux fondations reconnues d'utilité publique de verser cette prime même en l'absence d'accord d'intéressement.

En revanche, la commission a **supprimé les dispositions de l'article 8 visant à assurer que le « bonus-malus » sur les contributions patronales d'assurance chômage conserve son plein effet quelle que soit la rémunération des employés concernés**, considérant qu'elles ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale au regard des dispositions constitutionnelles et organiques en vigueur.

Souscrivant à l'inclusion des vins aromatisés dans le champ de la **taxe sur les boissons dites « prémix »**, mesure introduite en première lecture par l'Assemblée nationale, la commission a amendé **l'article 9 ter** afin de **faire converger progressivement le montant de cette taxe sur les mélanges à base de vin et celui applicable à tous les autres prémix**, les premiers faisant au moins autant de dégâts auprès des jeunes dans leur comportement vis-à-vis de l'alcool.

Elle a par ailleurs adopté l'article 10 visant à **unifier le recouvrement au sein de la sphère sociale en le confiant principalement au réseau des Urssaf**. Elle a également soutenu les **mesures de simplifications des modalités de déclaration sociale des travailleurs indépendants** (articles 11 et 13), soucieuse depuis 2018 que la suppression du régime social des indépendants s'accompagne d'avancées concrètes pour faciliter la vie des indépendants.

Prenant acte de l'introduction d'une **clause de sauvegarde des dispositifs médicaux**, la commission a souhaité accompagner la mise en œuvre de ce dispositif en prévoyant la possibilité pour les exploitants assujettis de conclure des remises conventionnelles avant de se voir appliquer la contribution.

Assurance maladie

(rapporteur : Mme Catherine Deroche)

Tout en saluant le principe d'une **trajectoire pluriannuelle** des ressources des établissements de santé (**article 24 A**), **la commission a considéré que l'Ondam pour 2020 ne permettait pas de répondre à la crise que traverse l'hôpital** et d'accompagner la nécessaire transformation de notre système de santé. Alors que la ministre a annoncé un « plan de soutien » en faveur des établissements de santé dont les contours et les moyens dédiés ne sont pas encore connus, **elle a décidé, dans l'attente des précisions qui seront apportées par le Gouvernement en séance publique, de surseoir à l'adoption de l'Ondam pour 2020 (article 59).**

La commission a approuvé, cependant, les mesures proposées concernant la réforme du financement des hôpitaux de proximité (**article 24**) ou des services d'urgence (**article 26 bis**). Elle a par ailleurs soutenu, avec quelques ajustements, l'instauration d'un objectif de dépenses spécifique au secteur des soins psychiatriques (**article 25**).

Concernant les mesures relatives aux produits de santé, votre commission s'est montrée attentive à renforcer la **liberté de choix du patient**, en supprimant la procédure de **référencement** des dispositifs médicaux (**article 28**) et en revenant sur l'abrogation du bénéficiaire du **tiers payant** en cas d'égalité entre princeps et générique (**article 29**). Elle a également souhaité garantir **l'accès précoce aux traitements innovants** en précisant notamment le seuil fixé en matière d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives (**article 30**). Enfin, elle a réaffirmé son attachement au principe de la négociation conventionnelle, en supprimant les mesures qui dotaient le pouvoir réglementaire d'une faculté de fixation unilatérale des prix des produits de santé.

La commission a adopté, en outre, un **article additionnel après l'article 30** mettant en place, à titre expérimental, une évaluation de certains médicaments sur la base de leur **valeur thérapeutique relative** et une **prise en charge conditionnée** à la production de données de vie réelle, faisant écho à des travaux de la Mecss sur l'accès précoce aux médicaments innovants.

Soucieuse de garantir l'effectivité des mesures de **lutte contre les pénuries de médicaments** prévues par l'**article 34**, la commission a adopté un amendement tendant à étendre à **l'ensemble des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, qu'ils disposent ou pas d'alternative sur le marché français**, l'obligation pour leurs exploitants d'informer l'ANSM des décisions de suspension ou d'arrêt de commercialisation au moins un an avant la mise en œuvre de ces décisions. Elle a, en outre, étendu aux **titulaires d'autorisation d'importation parallèle** l'obligation de constituer des **stocks de sécurité**.

La commission a marqué son soutien aux **mesures incitatives en faveur de l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-dotées (article 36)**, reprenant notamment, avec cependant moins d'ambition, une proposition votée par le Sénat lors de l'examen en juin dernier du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Elle y a apporté quelques assouplissements.

Elle s'est en revanche **opposée à la suppression des certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique sportive** des enfants (**article 41**), tout en articulant ces consultations avec celles prévues dans le parcours de prévention sanitaire des enfants.

Elle a également tenu à inscrire la démarche contractuelle de **pertinence** des soins à l'hôpital (**article 42**) dans une **approche médicale** et non seulement statistique.

Secteur médico-social

(rapporteur : M. Bernard Bonne)

La commission a adopté l'**article 45**, qui crée une **indemnisation journalière de proche aidant**, même si elle a déploré que le dispositif proposé soit moins ambitieux que ce que le Sénat a pu proposer naguère en matière d'accompagnement des proches aidants.

Elle a également complété l'**article 38**, qui autorise la CNSA à financer des établissements pour adultes handicapés situés à l'étranger, par un **article additionnel** visant à mieux inscrire la programmation de création de places pour adultes handicapés dans le calcul des dotations régionales.

Elle a en outre adopté l'**article 38 bis**, qui précise que le taux d'occupation d'un établissement médico-social ne peut à lui seul servir de critère d'évaluation, et précisé les modalités de l'expérimentation prévue à l'**article 38 ter**, relative au forfait santé dans les établissements pour personnes handicapées.

Enfin, l'amendement adopté à l'**article 47** permettra au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés de financer les établissements médico-sociaux dans la mesure de ses capacités globales, et non grâce au seul surplus de produit des amendes radars tiré de l'abaissement de la vitesse sur les routes à 80 km/h.

Accidents du travail et maladies professionnelles

(rapporteur : M. Gérard Dériot)

Si elle salue la mise en place d'un **fonds d'indemnisation des victimes des pesticides**, la commission regrette l'**absence de toute participation de l'État** à son financement, alors même que l'autorisation de mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques relève de sa responsabilité. En outre, le champ des bénéficiaires de ce fonds reste en retrait par rapport à celui envisagé dans le cadre d'une proposition de loi adoptée par le Sénat en février 2018. La commission a ainsi amendé l'**article 46** afin de rendre éligibles à une indemnisation au titre du fonds non seulement les **agents chargés du désherbage des voies de la SNCF** mais également les **résidents vivant à proximité de champs faisant l'objet d'épandages** ou dans des **zones durablement contaminées** et présentant des **pathologies directement liées** à l'exposition aux pesticides.

Dans le souci de préserver l'**effet incitatif à la prévention** de l'individualisation du taux de cotisation AT-MP, la commission a également, à l'**article 54**, exempté le calcul de ce taux de l'application de la **mesure de gel** prévue par la **loi « Pacte »** destinée à atténuer les effets de franchissement de seuils d'effectif salarié.

Enfin, la commission a souhaité préserver et renforcer les droits des assurés en matière d'indemnisation au titre des AT-MP. À l'**article 54**, elle a ainsi maintenu la majoration des indemnités journalières au bénéfice des familles nombreuses. Elle a, en outre, adopté **deux articles additionnels après l'article 60** destinés à :

- acter dans la loi l'éligibilité à l'**allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** pour les **salariés d'entreprises de sous-traitance** intervenus auprès d'établissements ayant manipulé de l'amiante ;

- autoriser la mise en place de **traitements de données communs entre les CPAM et les Carsat** afin de permettre plus facilement aux personnes en affection de longue durée, dont la pathologie est susceptible d'être d'origine professionnelle, de bénéficier d'une indemnisation au titre de la branche AT-MP.

Assurance vieillesse

(rapporteur : M. René-Paul Savary)

Votre commission a pris acte de la **très forte dégradation de la trajectoire financière de la branche vieillesse** dont le déficit pourrait atteindre 4,6 milliards d'euros en 2020 et 6,6 milliards d'euros en 2023. Cette trajectoire devrait être confirmée à la fin du mois de novembre 2019 par le rapport du Conseil d'orientation des retraites qui établira un diagnostic incontestable de la situation financière de l'ensemble du système de retraite.

Alors que le Gouvernement a indiqué vouloir ramener à l'équilibre le système de retraite lors de l'entrée en vigueur de la réforme systémique au 1^{er} janvier 2025, votre commission a **adopté un amendement visant à reporter l'âge minimum légal de deux ans pour le porter à 64 ans** au 1^{er} janvier 2025 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1963.

Le **rendement** de cette mesure (la réforme des retraites de 2010 a entraîné une économie de près de 20 milliards d'euros) apparaît plus à même de **répondre au défi du financement des retraites** que la mesure revalorisation différenciée des pensions proposée à l'article 52 (600 millions d'euros d'économie en 2020 pour le système de retraite).

En cohérence avec sa position de l'année dernière, **votre commission a d'ailleurs supprimé cette disposition** la considérant injuste, en ce qu'elle fait porter l'effet de la sous-revalorisation principalement sur les retraités n'ayant qu'une pension légèrement supérieure à 2 000 euros, et fragile constitutionnellement, en raison de la rupture d'égalité qu'elle entraîne au regard du principe contributif au fondement même de l'assurance vieillesse.

Famille

(rapporteur : Mme Élisabeth Doineau)

Opposée à la sous-revalorisation de l'ensemble des prestations familiales à 0,3 % pour 2020, qui constituerait une perte de pouvoir d'achat pour les familles, la commission a adopté un amendement supprimant l'article 52, afin que ces prestations soient revalorisées sur la base des prévisions d'inflation.

Elle s'est prononcée en faveur des autres dispositions relatives à la branche famille, saluant notamment les mesures prévues à l'article 48 qui permettront de créer un service d'intermédiation pour le recouvrement et le paiement des pensions alimentaires. Elle a également approuvé les mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte, l'extension du complément de mode de garde aux titulaires d'un contrat de service civique et la possibilité de fractionner le congé de présence parentale.

Considérant que **l'article 49** apporte **un service utile aux familles**, en prévoyant la publication sur un site internet des places disponibles en crèches et chez les assistants maternels, la commission a souhaité **sécuriser le dispositif et lever les craintes qu'il suscite chez les professionnels**, en adoptant un amendement aux termes duquel le manquement aux obligations de déclaration instituées par cet article ne pourra constituer à lui seul un motif de retrait ou de suspension de l'agrément de l'assistant maternel.

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre, de l'Ondam et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la Cades

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2018, 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° 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° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ; [...] »

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

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

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

Cet article établit également les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), le montant des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites (lesquelles sont nulles), le montant des recettes mises en réserve par le FSV (lesquelles sont également nulles) 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 2018

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

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

« 1. À la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2017 et par rapport aux prévisions 2018) ;

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

« 3. Les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2018 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2018, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables. »

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

Le déficit global des régimes de base est de 1,4 milliard d'euros en 2018, en diminution de 3,4 milliards d'euros par rapport à 2017.

Tableau d'équilibre 2018 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	212,3	213,1	- 0,8
AT-MP	14,1	13,4	0,7
Vieillesse	236,4	236,5	- 0,1
Famille	50,4	49,9	0,5
Total	499,7	499,3	0,3
FSV	17,2	19,0	- 1,8
Total avec FSV	498,4	499,8	- 1,4

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020*

Par rapport à 2017, les charges ont progressé de 2,3 % et les recettes de 3 %.

Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour les années 2016 à 2018

(en milliards d'euros)

	Résultats 2016	Résultats 2017	Résultats 2018
Maladie	- 4,7	- 4,9	- 0,8
Vieillesse	1,6	2,0	- 0,1
Famille	- 1	- 0,2	0,5
AT-MP	0,8	1,2	0,7
Total	- 3,4	- 1,9	- 1,9

Source : *LFSS et PLFSS 2020*

L'évolution de la situation des branches par rapport à 2017 est contrastée :

- la branche maladie, bien que restant dans le rouge, a enregistré une très nette amélioration de son solde en 2018, son déficit s'établissant à 0,8 milliard d'euros (contre 4,9 milliards l'année précédente) ;

- la branche famille a renoué avec les excédents (+ 0,5 milliard d'euros) à 0,2 milliard d'euros, son solde s'est amélioré de 800 millions d'euros ;

- la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre également un excédent, pour la sixième année consécutive, son solde positif étant légèrement en retrait par rapport à 2017 ;

- la branche vieillesse est légèrement retombée dans le rouge, enregistrant un résultat en net retrait par rapport à l'année précédente.

La loi de financement pour 2018 prévoyait un déficit de 2,2 milliards d'euros à l'issue de l'exercice. C'est essentiellement le FSV, dont le déficit s'est élevé à « seulement » 1,8 milliard d'euros (au lieu des 3,5 milliards d'euros initialement prévus) qui explique ce résultat meilleur qu'escompté.

L'ensemble des régimes de base présente en revanche un solde relativement proche de la prévision rectifiée par la LFSS pour 2019, le résultat du FSV étant cependant une nouvelle fois sous-estimé.

Comparaison du solde effectif 2018 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2018

(en milliards d'euros)

	LFSS 2018 Solde prévisionnel 2018	LFSS 2019 Solde prévisionnel 2018	PLFSS 2020 Solde effectif 2018	Écart LFSS/solde effectif
ROBSS	1,3	0,7	0,3	- 1,0
ROBSS + FSV	- 2,2	- 1,4	- 1,4	+ 0,8

Source : LFSS et PLFSS 2020

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2018, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 1,2 milliard d'euros en 2018, en réduction de 3,9 milliards d'euros par rapport à 2017.

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

Tableau d'équilibre 2018 du régime général et du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,8	211,5	- 0,7
AT-MP	12,7	12,0	0,7
Vieillesse	133,8	133,6	0,2
Famille	50,4	49,9	0,5
Total	394,6	394,1	0,5
FSV	17,2	19,0	- 1,8
Total avec FSV	394,6	395,8	- 1,2

Source : PLFSS 2020

**Comparaison du solde effectif 2018 avec le solde prévisionnel
de l'ensemble des branches du régime général pour 2018**

(en milliards d'euros)

	LFSS 2018	LFSS 2019	PLFSS 2020	Écart LFSS/ solde effectif
Maladie	- 0,7	- 0,9	- 0,7	0
AT-MP	0,4	0,8	0,7	0,3
Vieillesse	0,2	0,8	0,2	0
Famille	1,3	0,4	0,5	- 0,8
Total	1,2	1,1	0,5	- 0,7
FSV	- 3,5	- 2,1	- 1,8	1,7
Total avec FSV	- 2,2	- 1,0	- 1,2	- 1,0

Source : LFSS et PLFSS 2020

Par rapport aux prévisions de la loi de financement initiale, le solde s'est amélioré de 1 milliard d'euros. En revanche, il est légèrement dégradé par rapport à la prévision rectifiée.

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2018 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

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

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

(en milliards d'euros)

	Résultat 2015	Résultat 2016	Résultat 2017	Résultat 2018
FSV	- 3,9	- 3,6	- 2,9	- 1,8

Source : LFSS et PLFSS 2020

La loi de financement pour 2018 avait prévu pour le FSV un solde de - 3,5 milliards d'euros en 2018.

Le déficit constaté, - 1,8 milliard d'euros, est meilleur que la prévision initiale ainsi que de la prévision rectifiée par la LFSS pour 2019 (- 2,1 milliards d'euros).

• L'approbation des dépenses constatées en 2018 relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Pour 2018, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base était fixé par la loi de financement initiale à **195,2 milliards d'euros**. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2017, une progression de 2,35 %.

Ce taux de progression a été révisé par la loi de financement pour 2019 à 2,4 %, l'objectif en valeur étant porté à **195,4 milliards d'euros**.

La construction de l'Ondam 2018 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 4,5 %, à laquelle devaient s'appliquer 4,17 milliards d'économies répartis sur l'ensemble des sous-objectifs.

Avec des **dépenses constatées de 195,2 milliards d'euros**, exactement au niveau de l'objectif initial voté par le Parlement (et en sous-exécution de 0,2 milliard d'euros par rapport à la rectification), celui-ci est respecté pour la neuvième année consécutive, tant en volume, qu'en taux d'évolution révisé.

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

Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2012 et 2018

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ondam voté	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7	195,2
Ondam exécuté	170,1	173,7	177,9	181,8	185,2	190,7	195,2
Augmentation des dépenses	+ 3,8	+ 3,7	+ 4,2	+ 3,9	+ 3,4	+ 5,5	+ 4,5

Source : LFSS

L'exécution de l'Ondam 2018 est marquée par une surexécution des dépenses de soins de ville, qui n'a pas empêché un respect global de l'Ondam grâce, essentiellement, à une activité hospitalière inférieure aux prévisions.

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

Sous-objectifs (en milliards d'euros)	Objectif LFSS 2018	Rectif. LFSS 2019	Exécution 2018	Variation/2017
Dépenses de soins de ville	88,9	89,5	89,3	2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	80,7	80,5	80,4	2,0 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,3	9,2	9,2	2,0 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées	11,2	11,1	11,1	1,8 %
Fonds d'intervention régional	3,4	3,3	3,3	3,1 %
Autres prises en charge	1,8	1,7	1,8	4,9 %
Total	195,2	195,4	195,2	2,2 %

Les quelques corrections auxquelles la Cour des comptes procède dans son rapport 2019 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale l'amène à estimer que le taux de progression de l'Ondam en 2018 est de 2,3 %, soit une correction peu significative par rapport au montant figurant dans le présent PLFSS.

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

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

Le fonds a pour objet :

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

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

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

Au 31 décembre 2018, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 4,9 milliards d'euros, était de 32,6 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 1 milliard d'euros et le résultat net de 945 millions d'euros.

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

Ce paragraphe propose l'approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2018, soit 15,4 milliards d'euros. Ce montant est légèrement supérieur à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (15,2 milliards d'euros) et égal à l'objectif révisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

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

Les recettes de la caisse se sont élevées à 17,7 milliards d'euros pour l'année 2018.

Nature des ressources	Montant <i>(en milliards d'euros)</i>
CRDS	7,4
CSG	8,2
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

Aucun transfert de dette n'ayant été opéré en 2017, le montant des dettes transférées à la Cades s'élevait à 260,5 milliards d'euros à la fin 2018, tout comme l'année précédente.

La dette amortie s'élevait à 155,1 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 105,3 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

Par définition, le présent article invite le législateur à porter un regard sur l'exercice écoulé. Il s'agit donc avant tout d'un exercice « notarial » consistant à acter des constats.

Pour un regard plus approfondi sur l'exercice 2018, le lecteur pourra se référer au rapport d'information¹ rédigé par le rapporteur général au nom de la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) en juillet dernier.

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

¹ Rapport d'information Sénat n° 661 (2018-2019).

Article 2

**Approbation du rapport annexé sur les excédents
ou déficits de l'exercice 2018 et du tableau patrimonial (annexe A)**

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement retraçant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2018, 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 2018 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

• La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018

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 2018, 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 14,9 milliards d'euros, en amélioration de 2,3 milliards d'euros par rapport à 2017.

Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (respectivement de 15,4 milliards et 1 milliard d'euros). Par ailleurs, le régime général a renoué avec un résultat excédentaire (+ 0,5 milliard d'euros), les autres régimes enregistrant en revanche un léger déficit (- 0,2 milliard d'euros), de même que le FSV (- 1,8 milliard d'euros). L'amélioration de ce résultat d'ensemble traduit donc essentiellement la réduction des déficits. Hors Cades et FRR, le solde des régimes de base et du FSV s'est établi en 2018 à - 1,4 milliard d'euros contre - 4,8 milliards d'euros en 2017.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se réduit de 6,6 milliards d'euros pour s'établir à - **136,9 milliards d'euros**.

Le financement du passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net, différence entre le passif et l'actif financier, s'élevant à 86,8 milliards d'euros au 31 décembre 2018, en nette diminution par rapport à 2017. Sur ce total, l'endettement financier net du régime général s'élevait à 27,9 milliards d'euros, dont 23,1 milliards d'euros portés par l'Acoss.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (31,8 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 2018**

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 2020 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018.

Elle formule néanmoins l'observation suivante :

- les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2018 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains des autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, sous l'effet, notamment des faiblesses des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables.

• La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2018

L'annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2018.

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

À fin 2016, le plafond de transfert de dette étant saturé, les déficits de l'année 2018 restent portés en trésorerie par l'Acoss.

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde	Modalités de couverture
Maladie	- 0,8	Acoss
Famille	0,5	Trésorerie Acoss
Vieillesse	- 0,1	Acoss
FSV	- 1,8	Acoss
AT-MP	+ 0,7	Trésorerie Acoss

L'annexe A précise que le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros à fin 2018. 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 Cnam en 2016.

L'annexe A indique que le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.

L'annexe A indique que la branche retraite du régime des exploitants agricoles a enregistré un résultat positif de 0,01 milliard d'euros en 2018, mais a toujours un déficit cumulé de 3,7 milliards d'euros dont l'Acoss assure le financement en trésorerie.

L'annexe A souligne enfin que l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) ; ceux de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) sont restés globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3

Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours

Objet : Cet article propose de corriger des affectations de recettes entre branches et avec le FSV pour l'année 2019, ainsi que de ne pas compenser à la sécurité sociale diverses diminutions de recettes adoptées depuis un an. Il permet enfin la prise en charge par les organismes de sécurité sociale de la rémunération des personnels des juridictions compétentes pour connaître le contentieux de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

A. Des réaffectations de CSG destinées à corriger des erreurs matérielles

Le présent article propose tout d'abord plusieurs corrections des affectations de CSG effectuées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il s'agit d'assurer le respect concret des montants de recettes figurant dans les tableaux d'équilibre alors adoptés.

1. La majoration de la fraction de CSG affectée au FSV

L'affectation de CSG en faveur du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) opérée en LFSS 2019 devait compenser la perte de recettes de 5,1 milliards d'euros résultant pour le fonds du transfert à l'État des prélèvements sociaux sur les revenus du capital¹.

Or les dispositions adoptées l'année dernière ne permettent pas d'atteindre le niveau de recettes souhaité :

- d'une part, en raison d'une erreur de calcul. Le FSV ne perçoit en effet qu'une fraction de la CSG applicable aux pensions de retraite et d'invalidité imposés au taux « de droit commun », soit 8,3 %. Mais l'assiette utilisée par les services pour déterminer la part revenant au FSV (soit la part correspondant à un taux de 1,72 %) comprenait également la CSG des pensions imposées au taux réduit de 3,8 %, perçues par les retraités appartenant à certains ménages modestes². Il en résulte une perte de recettes de 0,7 milliard d'euros par le FSV ;

¹ Cf. article 26 de la LFSS pour 2019, et plus précisément rapport Sénat n° 111, Tome II, commentaire de l'article 19 du projet de loi.

² Aux termes du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, ce taux réduit concerne les pensions perçues par les personnes d'une part, dont le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière

- **d'autre part, en raison de la création**, dans le cadre de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES), **d'une nouvelle « tranche intermédiaire » de CSG au taux de 6,6 % pour certains titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité**¹. Cette mesure a notamment eu pour effet mécanique de réduire l'assiette de la CSG à partir de laquelle était calculée la part revenant au FSV, ce qui a porté à 1,5 milliard d'euros la perte de recettes pour le fonds par rapport au solde voté en LFSS pour 2019.

Pour répondre à cette situation, le 3° du I du présent article propose **d'étendre aux pensions imposées à 6,6 % le principe de l'octroi d'une quote-part d'une fraction de CSG au FSV**. Il propose également de **porter à 1,98 %**, au lieu de 1,72 %, le taux de CSG auquel correspond la fraction de contribution attribuée au FSV - aussi bien pour la contribution au taux normal de 8,3 % que pour la contribution au taux intermédiaire de 6,6 %.

De ce fait, le Fonds de solidarité vieillesse percevrait le montant de CSG prévu par la LFSS pour 2019.

2. La minoration de la fraction de CSG affectée à la branche famille

Dans le sens inverse, la LFSS pour 2019 a attribué par erreur à la branche famille une fraction correspondant à 0,95 point de la totalité de la CSG sur les pensions alors même que le montant de recettes de cette branche adopté dans les tableaux d'équilibre de la même loi correspondait à une part de 0,95 point sur la seule CSG au taux « normal » de 8,3 % (assiette subdivisée depuis par la loi MUES en une CSG au taux normal et une CSG au taux intermédiaire).

Le 1° du I du présent article propose donc d'exclure la CSG sur les pensions au taux réduit de 3,8 % de l'assiette des contributions versées à la Caisse nationale des allocations familiales.

3. Les modifications de conséquence des parts de CSG attribuées à la branche maladie

La branche maladie subirait en miroir les effets des corrections techniques décrites précédemment.

année excède 11 128 euros pour la première part de quotient familial, majoré de 2 971 euros pour chaque demi-part supplémentaire, d'autre part, dont le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière ou l'antépénultième année est inférieur à 14 548 euros pour la première part de quotient familial, majorés de 3 884 euros pour chaque demi-part supplémentaire. Des seuils spécifiques sont prévus pour les outre-mer.

¹ Codifié au III bis de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, ce dispositif concerne les personnes dont le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière année, d'une part, excède 14 548 euros pour la première part de quotient familial, majoré de 3 884 euros pour chaque demi-part supplémentaire, d'autre part, est inférieur à 22 580 euros pour la première part de quotient familial, majoré de 6 028 euros pour chaque demi-part supplémentaire. Là aussi, des seuils spécifiques sont prévus pour les outre-mer.

Ainsi, elle percevrait des fractions correspondant aux taux suivants pour la CSG sur les pensions :

- 4,77 % pour la CSG au taux normal de 8,3 %, au lieu de 5,03 % actuellement, afin de tenir compte de l'augmentation, de 1,72 % à 1,98 %, de la quote-part du FSV ;

- 3,07 % pour la CSG au taux intermédiaire de 6,6 %, au lieu de 5,05 % actuellement, afin de permettre l'attribution d'une quote-part de 1,98 % de cette contribution au FSV ;

- et 3,2 % pour la CSG au taux réduit de 3,8 %, au lieu de 2,25 % actuellement, du fait de la récupération de la quote-part de 0,95 % attribuée jusqu'alors à la branche famille.

Il est à noter que **le choix de diminuer, au profit du FSV, la quote-part de la branche maladie sur la « CSG pensions » au taux intermédiaire de 6,6 % revient à faire porter par cette seule branche le coût de l'absence de compensation à la sécurité sociale de la création de cette CSG dans le cadre de la loi MUES (voir ci-après).**

Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces mouvements.

Modifications des attributions de CSG aux différentes branches et organismes proposées par le présent article

(en points de CSG)

	Branche famille		Branche maladie		FSV	
	Taux en vigueur	Taux proposé	Taux en vigueur	Taux proposé	Taux en vigueur	Taux proposé
CSG pensions à 8,3 %	0,95	0,95	5,03	4,77	1,72	1,98
CSG pensions à 6,6 %	0,95	0,95	5,05	3,07	0	1,98
CSG pensions à 3,8 %	0,95	0	2,25	3,2	0	0

Source : PLFSS pour 2020

4. Une coordination pour adapter la répartition des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux modifications survenues dans son financement

Par ailleurs, la rédaction actuelle de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, qui établit les sections de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que leurs ressources et leurs charges, n'a pas été adaptée pour tenir compte de la modification de sa structure de financement.

En effet, la CNSA percevait notamment une contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du capital et les produits de placement, dite contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Or la LFSS pour 2019 a transformé le prélèvement social lui-même et la CASA en un impôt désormais perçu par l'État¹.

Cependant, le dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, précise que l'ensemble des ressources de la caisse destinées aux personnes handicapées doivent être au moins égales à un seuil déterminé notamment par référence au produit de la CASA - plus précisément 40 % du produit de la contribution solidarité autonomie (CSA) acquittée par les entreprises et de la CASA.

Par coordination, le **II** du présent article propose donc de modifier ce seuil pour tenir compte de la nouvelle structure de financement de la caisse : **désormais, la CNSA devrait consacrer à ces dépenses au moins 24 % du produit de la CSA et de la CSG affectée à la caisse.**

Ce nouveau seuil vise à maintenir inchangé le niveau des dépenses de la CNSA à destination des personnes handicapées, soit environ 1 milliard d'euros. La modification proposée n'aurait donc pas d'incidence financière.

B. L'absence de compensation de trois dispositifs qui diminuent les recettes de la sécurité sociale

Le **III** du présent article propose plusieurs dérogations au principe de compensation défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Les dispositifs concernés ont été adoptés :

- soit en LFSS pour 2019 sans que cette dérogation ait alors été prévue ;

- soit dans la loi MUES qui n'a pas le caractère d'une loi de financement de la sécurité sociale et ne peut donc créer de mesure diminuant les recettes de la sécurité sociale sans compensation en vertu du IV de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Dans tous les cas, en l'état du droit, le coût total de ces mesures doit être compensé par l'État à la sécurité sociale.

1. La diminution du taux de CSG applicables à certaines pensions

Le **1° du III** du présent article propose ainsi de ne pas compenser :

- d'une part, l'assouplissement des conditions d'éligibilité au taux réduit de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et sur les allocations de chômage résultant de l'article 14 de la LFSS pour 2019, dont le coût est évalué à **350 millions d'euros** ;

¹ Cette modification visait notamment à tenir compte de la jurisprudence communautaire dite « De Ruyter » - cf. rapport Sénat n° 111 (2018-2019), commentaire de l'article 19 du PLFSS pour 2019.

- d'autre part, la création, à l'article 3 de la loi MUES, d'une tranche intermédiaire de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité au taux de 6,6 %. Le coût de cette mesure est estimé à **1,5 milliard d'euros** pour l'année 2019.

Dans l'un et l'autre cas, après les corrections effectuées par le présent article, **c'est la branche maladie qui supporterait seule le coût de l'un et l'autre dispositifs.**

2. La limitation du forfait social dans les petites et moyennes entreprises

Le 2° du III propose de ne pas compenser les limitations du forfait social dans les entreprises de moins de 250 salariés auxquels a procédé l'article 16 de la LFSS pour 2019.

Le coût de cette mesure, estimé à **600 millions d'euros**, serait supporté par la **branche vieillesse**, à qui est attribué le produit du forfait social.

3. L'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

Le 3° du III propose de ne pas compenser **l'anticipation au 1^{er} janvier 2019** de l'exonération de cotisations salariales des rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires ou complémentaires.

Pour mémoire, **la LFSS pour 2019**, dont l'article 7 avait instauré cette exonération alors censée s'appliquer à partir du 1^{er} septembre 2019, **avait également prévu la non-compensation par l'État du coût de cette mesure aux organismes concernés.**

Le coût de cette anticipation de huit mois, qui n'aura évidemment **un effet qu'en 2019**, est estimé à :

- **1,2 milliard d'euros** pour la **branche vieillesse** du régime général ;
- **39 millions d'euros** pour la **CNRACL**.

Il est à noter que plusieurs mesures (assouplissement des critères de franchissement de seuil de CSG et diminution du forfait social) avait été adoptées en LFSS pour 2019. Le Gouvernement avait alors annoncé qu'elles n'avaient pas vocation à être compensées à la sécurité sociale sans pour autant inscrire dans le texte adéquat le principe de cette non-compensation. Outre le fait que la pratique est discutable en soi – il serait en effet de bonne gestion et conforme à l'esprit des textes que lorsqu'une mesure est portée par le Gouvernement en PLFSS, la proposition de non-compensation soit faite concomitamment et pas un an plus tard – elle a probablement conduit le Gouvernement à tenir pour acquise la non-compensation sollicitée par le présent article. En tout cas, le coût de ces mesures n'est pas intégré dans l'étude d'impact annexée à ce PLFSS, qui ne donne donc qu'une vision partielle du coût total pour la sécurité sociale des dérogations proposées.

Le tableau suivant récapitule le coût par organisme de ces mesures pour les années 2019 à 2023, en conservant par convention sur l'ensemble de la période un coût constant de 600 millions d'euros pour le forfait social et de 350 millions d'euros pour l'assouplissement des conditions de franchissement de seuil de CSG pensions.

**Impact financier des non-compensations proposées
par organisme de sécurité sociale pour les années 2019 à 2023**

(en millions d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023
CNAV	- 1 847	- 600	- 600	- 600	- 600
CNRACL	- 39				
CNAM	- 1 855	- 1 905	- 1 957	- 2 014	- 2 072
Total	- 3 741	- 2 505	- 2 557	- 2 614	- 2 672

Source : Commission des affaires sociales, d'après étude d'impact annexée au PLFSS

C. La sécurisation financière de la période de transition pour les anciennes juridictions sociales spécialisées

L'article 12 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, a transféré les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et les commissions départementales d'aide sociale (CDAS) vers des tribunaux de grande instance dédiés.

Jusqu'à cette date, en vertu de l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale¹, les organismes de sécurité sociale prenaient à leur charge l'ensemble des rémunérations des personnels affectés aux TASS, TCI et CDAS, à l'exception des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

¹ Cet article a été abrogé le 1^{er} janvier 2019.

Par la suite, une ordonnance en date du 16 mai 2018¹ a prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 2019, les salariés de droit privé des organismes de sécurité sociale mis à disposition auprès des TASS et des TCI soient mis à disposition auprès du ministère de la justice².

En outre, la même ordonnance dispose que jusqu'au 31 décembre 2020, par dérogation à l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État³, cette mise à disposition ne donne pas lieu à remboursement.

Par la suite, toujours aux termes de ladite ordonnance, les modalités de la mise à disposition et de son remboursement à compter du 1^{er} janvier 2021 doivent être définies par une convention-cadre conclue entre le ministère de la justice et la caisse nationale ou centrale de l'organisme employeur.

Le IV du présent article propose, par sécurité juridique, de confirmer ces dispositions transitoires et de préciser que la prise en charge concernerait, comme dans le dispositif en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018, les rémunérations :

- des fonctionnaires de l'État affectés au sein des TASS et des TCI à la date du 31 décembre 2018 et mis à disposition du ministère de la justice ;
- des agents contractuels de l'État affectés au sein des TASS et des TCI à la date du 31 décembre 2018 et transférés sous l'autorité du ministre de la justice à la même date ;
- et des salariés de droit privé des organismes de sécurité sociale mis à disposition auprès des TASS et des TCI et mis à disposition auprès du ministère de la justice.

Ces rémunérations représentaient, en 2018, un montant de 36 millions d'euros.

¹ Ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice. Cette ordonnance a été ratifiée à l'article 100 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

² Pendant une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2020, ces salariés pourront demander leur recrutement par le ministère de la justice. Les fonctionnaires affectés au sein des TASS, des TCI ou des CDAS bénéficient, quant à eux, d'un droit d'option entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 juin 2020 pour un détachement dans un corps des services judiciaires ou un corps commun du ministère de la justice, pour une intégration directe dans un de ces corps ou pour une réaffectation dans un emploi de leur corps.

³ En effet, en vertu de cet article, « 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. »

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 n'a pas d'observations particulières au sujet des mesures correctives proposées par le présent article pour la répartition de la CSG entre différentes branches et le FSV.

De même, elle prend acte des modalités financières transitoires relatives au transfert des juridictions sociales spécialisées au sein des tribunaux de grande instance qui, pour l'essentiel, confirment des dispositions figurant dans une ordonnance déjà ratifiée.

En revanche, elle exprime sa claire opposition aux mesures de non-compensation proposées par le présent article.

En effet, **elle ne partage pas du tout les conclusions du rapport que le Gouvernement a remis au Parlement l'année dernière sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.** En particulier, la doctrine dite du « chacun chez soi » selon laquelle chaque sphère des finances publiques aurait à assumer « ses » baisses de recettes relève du « faux bon sens ». De fait, **cette logique fait fi de ce qu'est vraiment la sécurité sociale, à savoir une protection accordée face aux possibles difficultés de la vie au moyen de recettes dédiées à des dépenses dédiées. Ce système de redistribution, qui nécessite d'ailleurs l'équilibre de ses comptes sur un cycle économique, doit fonctionner en adaptant les recettes à l'évolution des besoins.**

Tel n'est pas le de la plupart des mesures de baisses des recettes de la sécurité sociale, décidées par l'État sur le fondement d'autres besoins. Les mesures prises dans le cadre de la loi MUES en réponse à la crise des « gilets jaunes » l'illustrent d'ailleurs très bien. Il s'agissait expressément de mesures de pouvoir d'achat et l'adéquation de la perte de recettes au niveau des assurances fournies par la sécurité sociale n'a jamais fait partie de la réflexion. De même, s'agissant d'une question émergeant au sein du Gouvernement, une éventuelle suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) obéirait à une logique de compétitivité des entreprises n'ayant rien à voir avec l'évolution des besoins de financement de la branche vieillesse, qui perçoit son produit et qui n'aurait aucune raison d'adapter le niveau des pensions en fonction de l'issue de ce débat.

C'est pourquoi le principe de compensation :

- d'une part, est une condition indispensable au respect du nécessaire équilibre des comptes de la sécurité sociale ;

- d'autre part, est un facteur-clé de responsabilisation financière de l'État qui, sinon, serait aisément tenté de faire porter à la sécurité sociale le poids financier de ses propres arbitrages (cf. de manière encore plus typique le commentaire de l'article 17 du présent PLFSS).

Ce principe doit donc être préservé, ce qui ne signifie pas que des entorses ponctuelles ne puissent lui être faites dans une logique de solidarité entre administrations publiques et lorsque cela est possible. La commission l'a d'ailleurs illustré l'année dernière en acceptant certaines non-compensations dans un contexte financier qui semblait alors favorable à la sécurité sociale.

Or, comme cela est largement détaillé dans le tome I du présent rapport, **la situation financière de la sécurité sociale s'est très nettement dégradée par rapport aux prévisions de l'année dernière**. En particulier, la trajectoire pour les années 2020 à 2023 que décrit l'annexe B du présent de loi (cf. commentaire de l'article 23) n'est clairement pas compatible avec l'extinction de la dette de la sécurité sociale en 2024, alors même que **la commission considère comme particulièrement important le respect de cette échéance**, annoncée par les gouvernements successifs aux Français depuis le début de la décennie. Il serait sans nul doute dangereux pour la confiance que nos concitoyens ont dans la pérennité de notre système social de prolonger indéfiniment l'existence du « trou de la sécurité sociale »,

Certes, la compensation de ces « niches sociales » par l'État ne permettrait pas, à elle seule, le rétablissement des comptes sociaux et ne saurait signifier le relâchement des nécessaires efforts budgétaires. **Elle permettrait néanmoins d'éviter la constitution d'environ 16 milliards d'euros de nouvelles dettes, de surcroît sous forme de découverts portés par l'Aocoss, à la merci d'un retournement des marchés de taux.**

C'est pourquoi la commission a adopté un amendement (amendement n° 168) visant à maintenir l'application du principe de compensation par l'État du coût :

- de l'assouplissement des conditions d'éligibilité au taux réduit de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et sur les allocations de chômage ;
- de la création d'une tranche intermédiaire de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité au taux de 6,6 % ;
- des limitations du forfait social dans les entreprises de moins de 250 salariés adoptées en LFSS pour 2019 ;
- et de l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations salariales des rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires ou complémentaires.

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

Article 4
**Modification du seuil de déclenchement
de la clause de sauvegarde médicaments pour 2019**

Objet : Cet article modifie le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments pour l'exercice 2019.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 138-10 du code de la sécurité (CSS) prévoit qu'une **contribution est mise à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques**, dès lors que ces dernières bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont inscrites sur les listes autorisant leur prise en charge financière par les régimes obligatoires de sécurité sociale, ou bénéficient d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Cette contribution est communément désignée comme « **clause de sauvegarde médicaments** » ou clause de sauvegarde de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), son objectif étant de contribuer à la maîtrise du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie lié à la prise en charge des médicaments.

Le fait générateur de l'assujettissement à cette contribution est le **dépassement** par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par **l'ensemble** des entreprises concernées, **minoré des remises conventionnelles** pratiquées par le secteur, **d'un montant M fixé par la loi**.

Les remises conventionnelles

Pour le calcul de la contribution du secteur pharmaceutique à la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie, les remises conventionnelles désignent les montants de chiffre d'affaires faisant l'objet d'une **restitution par les laboratoires exploitants aux organismes de sécurité sociale**. Ces remises constituent la différence entre le prix facial des médicaments et le prix effectivement acquitté par l'assurance maladie. Elles regroupent :

- pour les entreprises dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros et pour des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et un montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités au titre de ces médicaments (dites « **remises ATU ou post-ATU** ») ;

- les montants équivalents à la perte anticipée de chiffre d'affaires qui résulterait d'une baisse du prix ou de tarif de responsabilité décidée par le comité économique des produits de santé (CEPS) pour n'importe quelle spécialité inscrite sur la liste des produits remboursables ou sur la liste en sus ;

- toute remise collective ou individuelle stipulée par une convention entre une entreprise pharmaceutique et le CEPS (dites « **remises produits** »).

Il convient également de tenir compte des remises spécifiques mentionnées à l'article L. 138-13 du CSS, qui désignent les montants dont peuvent s'acquitter les entreprises en vue de s'exonérer totalement de la contribution. Ces remises doivent pour ce faire représenter au moins 80 % du total des montants dont l'entreprise serait redevable au titre de la contribution (il s'agit en fait d'un abattement de 20 % appliqué à tout redevable privilégiant le versement de remises au versement de la contribution).

Le montant total de ces remises est agrégé entre mars et avril de l'exercice n+1 au titre de l'exercice n. D'après le rapport d'activité du CEPS pour l'exercice 2017, le montant des remises s'élèverait à **1 435 millions d'euros**. Le détail de ces remises figure au tableau ci-dessous.

Remises conventionnelles dues en 2018 au titre de l'exercice 2017
(en millions d'euros)

Remises produits	1 365
Remises ATU/post ATU	158
Remises exonératoires	61
Avoirs sur remises	149
Total des remises nettes	1 435

Source : Rapport d'activité du CEPS

Le dépassement du montant M rend l'entreprise pharmaceutique redevable de la contribution selon un **barème progressif** décrit à l'article L. 138-12 du CSS. Il varie selon l'ampleur du dépassement, de 50 à 70 % de la part du chiffre d'affaires supérieur au seuil de déclenchement.

Le montant M, que l'article 21 de la LFSS pour 2019 a substitué aux modalités précédentes de calcul de la contribution, a été défini pour l'année 2019 comme le **produit du chiffre d'affaires hors taxes¹ réalisé au cours de l'exercice 2018 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, diminué du montant des remises conventionnelles, et d'un coefficient de 1,005.**

L'article 4 du présent projet de loi **substitue au coefficient « 1,005 » le coefficient « 1,01 »**. Cette augmentation du seuil de déclenchement est une mesure de correction visant à tenir compte du niveau de chiffre d'affaires hors taxes global pour 2018, plus faible qu'anticipé.

¹ Il est à ce stade fondamental de bien distinguer le chiffre d'affaires en ce qu'il participe à la définition du montant M du chiffre d'affaires en ce qu'il constitue la base imposable de la contribution.

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 approuve cette mesure exceptionnelle de revalorisation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde, qui tient compte du moindre dynamisme des ventes observé en 2018 et assure un rythme d'augmentation du chiffre d'affaires global de 1 % exempté de contribution.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 5

Rectification des tableaux d'équilibre 2019

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2019, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

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

Le présent article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de

la sécurité sociale, que le rapporteur général traitera avec les deux premiers. Il rectifie également l'objectif d'amortissement de la Cades.

S'agissant de la révision proposée pour les tableaux d'équilibre, elle est particulièrement spectaculaire.

Ainsi, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu un solde des régimes de base et du FSV très légèrement déficitaire, de - 0,2 milliard d'euros, le présent article révisé ce solde à - 5,5 milliards d'euros.

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2019			Rectification PLFSS 2020		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	217,3	218,0	- 0,7	215,7	218,7	- 3,0
AT-MP	14,7	13,5	1,2	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	241,7	241,2	0,2	239,2	241,5	- 2,3
Famille	51,4	50,3	1,1	51,1	50,2	0,8
Toutes branches hors transferts	510,9	509,2	1,8	506,9	510,2	- 3,3
FSV	16,5	18,4	- 2,0	16,6	18,9	- 2,3
Toutes branches y compris FSV	509,4	509,6	- 0,2	505,1	510,6	- 5,5

Source : PLFSS 2020

Pour ce qui concerne le régime général, alors que la LFSS adoptée l'année dernière prévoyait enfin un retour à l'équilibre (+ 0,1 milliard d'euros), son solde, consolidé avec le FSV, s'établirait finalement à - 5,4 milliards d'euros.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2019			Rectification PLFSS 2020		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	210,6	- 0,7	214,1	217,1	- 3,0
AT-MP	133,9	133,6	1,1	13,2	12,1	1,1
Vieillesse	51,0	49,7	0,6	135,5	137,5	- 2,1
Famille	12,6	12,2	1,1	51,1	50,2	0,8
Toutes branches hors transferts	394,3	393,0	2,1	400,7	403,8	- 3,1
FSV	15,8	19,3	- 2,0	16,6	18,9	- 2,3
Toutes branches y compris FSV	392,5	394,8	0,1	400,0	405,4	- 5,4

Source : PLFSS 2020

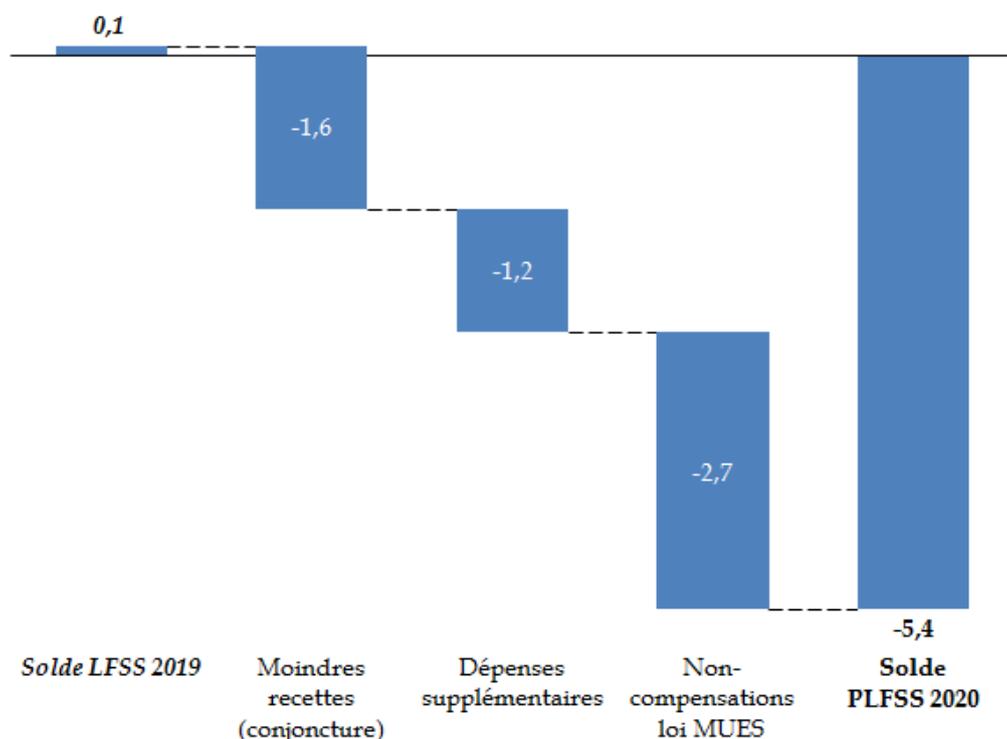
Le tome I du présent rapport revient en détail sur les différents facteurs qui expliquent cette dégradation particulièrement nette de la rectification proposée.

Les principales raisons en sont :

- une baisse de recettes due à la conjoncture (1,6 milliard d'euros) ;
- une augmentation des dépenses plus importante que prévue des branches maladie et vieillesse (1,2 milliard d'euros) ;
- et des baisses de recettes non compensées dues aux mesures adoptées dans la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES), pour 2,7 milliards d'euros.

Les différents facteurs de dégradation du solde du régime général et du FSV entre la LFSS pour 2019 et le PLFSS pour 2020

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après LFSS 2019 et PLFSS 2020

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

Pour l'année 2019, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 16 milliards d'euros. Le présent article conserve cet objectif à ce niveau.

Cet objectif d'amortissement porterait le total de la dette amortie en 2019 à 171,2 milliards d'euros et le montant de la dette restant à amortir serait de 89,3 milliards d'euros (l'article 17 du présent PLFSS proposant par ailleurs d'abandonner les nouveaux transferts de dette à hauteur de 15 milliards d'euros entre 2020 et 2022 prévus par la PLFSS pour 2019).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission prend acte des différentes rectifications « conjoncturelles » du solde dont rend compte le présent article.

En revanche, comme cela a été détaillé dans le commentaire de l'article 3 du présent PLFSS, elle s'oppose, dans ce contexte financier, aux différentes propositions de non-compensations de pertes de recettes qui figurent dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qu'il s'agisse des mesures de la loi MUES ou des quelques dispositions adoptées en LFSS pour 2019 dont la non-compensation est demandée à l'article 3.

Pour autant, considérant qu'il revient au Gouvernement de prendre en compte l'impact financier de l'éventuelle adoption des amendements de la commission à l'occasion de la navette, elle propose d'adopter cet article sans modification – sans que cela vaille acceptation de l'ensemble des sous-jacents de la révision.

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

Article 6

Rectification de l'Ondam et des sous Ondam 2019

Objet : Cet article porte l'Ondam pour 2019 de 200,3 à 200,4 milliards d'euros et ajuste sa répartition en sous-objectifs, notamment en majorant la dotation de l'assurance maladie en faveur des établissements pour personnes âgées à hauteur de la sous-exécution des dépenses de soins de ville.

I - Le dispositif proposé

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

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

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

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a fixé l'Ondam pour 2019 à **200,3 milliards d'euros**, en progression de **2,5 %** par rapport à une exécution de l'Ondam 2018 estimée à 195,3 milliards d'euros.

D'après les estimations présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale le 30 septembre 2019, **les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam pour 2019 seraient inférieures de 130 millions d'euros à l'objectif voté**, et progresseraient de **+ 2,6 %** par rapport à un Ondam 2018 en sous-exécution par rapport à l'objectif rectifié (à 195,2 milliards d'euros).

Au vu de l'évolution des dépenses de chaque sous-objectif, cette sous-exécution s'explique par¹ :

- une **sous-exécution des dépenses de soins de ville à hauteur de 125 millions d'euros** qui provient notamment d'un effet report de la sous-exécution constatée en 2018, alors même que la dynamique des remboursements de médicaments, d'indemnités journalières, de transports sanitaires ou d'honoraires médicaux a été plus forte que prévue ;

- une **sous-exécution d'environ 45 millions d'euros de l'Ondam hospitalier** sous l'hypothèse d'un dégel de l'ensemble des crédits mis en réserve (soit 416 millions d'euros), principalement du fait d'une dynamique moindre qu'anticipé des dépenses de produits de santé de la liste en sus ;

- une **sur-exécution de 40 millions d'euros des dépenses du FIR et des autres prises en charge**, principalement imputable au dépassement des frais liés à la prise en charge des soins des français à l'étranger, en raison d'un effet base défavorable.

• Compte tenu de ces prévisions, **le PLFSS augmente les crédits de l'Ondam médico-social à hauteur de la sous-exécution attendue des soins de ville, soit 130 millions d'euros venant abonder l'enveloppe destinée aux personnes âgées.**

Si cette opération est neutre sur l'Ondam, confirmant le respect de l'objectif voté, le montant de cet objectif pour 2019 est porté de 200,3 à 200,4 milliards d'euros en raison d'une opération de **périmètre** : est intégrée dans l'Ondam une **subvention exceptionnelle de 40 millions d'euros au bénéfice de l'établissement français du sang (EFS)**, compensée par l'affectation de recettes de TVA à hauteur du même montant. D'après l'avis du 15 octobre 2019 du comité d'alerte de l'Ondam, il s'agit de « *compenser les conséquences défavorables d'une modification du régime fiscal des produits sanguins labiles* ».

¹ D'après le rapport de septembre 2019 à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Rectification de l'Ondam 2019

(en milliards d'euros)

	Ondam 2018 (base 2019)	Ondam 2019 voté (LFSS 2019)	Evol. 2019/2018	Ondam 2019 rectifié (PLFSS 2020)	Evol. 2019/2018 rectifiée
Soins de ville	89,3	91,5	2,5%	91,4	2,6 %
Établissements de santé	80,7	82,7	2,4%	82,6	2,6 %
Établissements et services médico-sociaux	20,3	20,8	2,2%	21,0	2,4 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,3	9,4	2,1%	9,6	3,4 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	11,1	11,3	2,2%	11,4	1,6 %
Fonds d'intervention régional	3,3	3,5	4,8%	3,5	4,8%
Autres prises en charge	1,8	1,9	6,3%	2,0	6,3 %
Ondam total	195,4	200,3	2,5%	200,4	2,6%

Source : LFSS pour 2019 et PLFSS pour 2020.

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 prend acte de cette rectification de l'Ondam, qui traduit un volume de dépenses global pour 2019 contenu, tant pour les soins de ville - qui avaient connu des dépassements importants par rapport aux objectifs votés en 2017 comme en 2018 - que pour les établissements de santé.

Ces prévisions, jugées « réalistes » par le comité d'alerte de l'Ondam dans son avis du 15 octobre 2019, devraient en toute logique conduire à un dégel des crédits mis en réserve en début d'exercice (à hauteur de 601 millions d'euros¹). Il serait souhaitable **que ce dégel intervienne le plus tôt possible afin de donner la visibilité nécessaire aux établissements de santé**, sans attendre, comme ce fut le cas en 2018 ou 2019 avec le versement de dotations complémentaires, le mois de mars prochain.

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

¹ Ces mises en réserve se décomposent comme suit :

- 416 millions d'euros (soit 69 %) sur l'Ondam hospitalier (dont 305 millions d'euros au titre du coefficient prudentiel et 111 millions d'euros de gel des dotations hospitalières) ;
- 150 millions d'euros (soit 25 %) sur l'Ondam médico-social ;
- 25 millions d'euros (soit 4 %) sur le FIR ;
- 10 millions d'euros (soit 2 %) sur les autres prises en charge.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'ÉQUILIBRE DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

FAVORISER LE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET AUX ACTIFS

Article 7

Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et de cotisations sociales

Objet : Cet article tend à reconduire en 2020, moyennant quelques modifications, la « prime exceptionnelle » exonérée d'impôt sur le revenu, de cotisations et de contributions sociales que les employeurs peuvent consentir à leurs employés.

I - Le dispositif proposé

A. La prime exceptionnelle instaurée par la loi MUES

1. Les principales caractéristiques et conditions d'éligibilité de la prime exceptionnelle

L'article 1^{er} de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) a instauré, pour la seule année 2019, une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat qui pouvait bénéficier d'une exonération totale d'impositions, cotisations et contributions, tant que l'employeur que pour les employés. Ce dispositif était applicable en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Martin, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

a) Les employeurs concernés

Cette prime devait être versée par :

- **les employeurs soumis à l'obligation** d'assurer leurs salariés contre le risque de privation d'emploi, édictée à l'article L. 5422-13 du code du travail ;

- les entreprises inscrites au répertoire national des **entreprises contrôlées majoritairement par l'État, les établissements publics à caractère industriel et commercial** des collectivités territoriales et les **sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire** par référence au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail ;

- les **chambres de métiers, les services à caractère industriel et commercial gérés par les chambres de commerce et d'industrie territoriales, les chambres d'agriculture**, ainsi que les établissements et services d'utilité agricole de ces chambres (4° du même article L. 5424-1) ;

- l'ancienne entreprise **France Telecom**, désormais dénommée Orange, notamment pour ses employés demeurés à l'ancien statut (5° du même article L. 5424-1) ;

- et les **entreprises de la branche professionnelle des industries électriques et gazières** (6° du même article L. 5424-1).

Les autres salariés, en particulier les agents titulaires ou non titulaires des trois fonctions publiques, n'étaient donc pas concernés par ce dispositif.

b) Les employés éligibles

Pour pouvoir bénéficier de la prime, les employés bénéficiaires devaient avoir été liés par un contrat de travail avec l'employeur le 31 décembre 2018 ou, si cette date est antérieure, à la date de versement de la prime.

D'autre part, **leur rémunération en 2018 devait avoir été inférieure à trois fois la valeur annuelle du SMIC.**

c) Les critères liés à la prime

Par ailleurs, la prime versée par l'employeur devait elle-même respecter plusieurs principes afin d'entrer dans le champ des exonérations.

Elle devait être versée dans un laps de temps précis, **entre le 11 décembre 2018** (lendemain du discours du Président de la République invitant les employeurs à verser une telle prime) **et le 31 mars 2019.**

S'agissant des conditions d'octroi de la prime, celle-ci devait être attribuée soit à l'ensemble des salariés, soit à tous ceux dont la rémunération était inférieure à un plafond. En outre, son montant ne pouvait varier qu'en fonction :

- du niveau de rémunération ;

- de la durée de présence effective pendant l'année 2018 ;
- et de la durée du travail prévue au contrat de travail.

S'agissant des modalités d'adoption de la prime par l'employeur, il était prévu que son montant, l'éventuel plafond limitant le champ de ses bénéficiaires et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires fassent l'objet d'un accord d'entreprise. Toutefois, à défaut d'un tel accord, ces modalités pouvaient être arrêtées au plus tard le 31 janvier 2019 par décision unilatérale du chef d'entreprise. Dans ce cas, l'employeur devait en informer au plus tard le 31 mars 2019 le comité social et économique, le comité d'entreprise, les délégués du personnel ou la délégation unique du personnel s'ils existent.

Enfin, l'octroi des avantages était conditionné au fait que la prime ne se substitue pas à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise. Elle ne pouvait pas non plus se substituer à l'un quelconque des éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale versés par l'employeur ou rendus obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage.

d) Une exonération totale d'imposition, cotisation et contribution jusqu'à un plafond de 1000 euros

Dès lors que les conditions énumérées précédemment étaient respectées, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat était **exonérée** :

- **d'impôt sur le revenu ;**
- **de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ;**
- **et de toutes les taxes et contributions s'attachant à la rémunération**, qu'il s'agisse de la participation à l'effort de construction, des taxes ou contributions finançant l'apprentissage, de la participation à la formation professionnelle continue ou du versement au congé individuel de formation.

Il s'agissait donc de **faire coïncider l'effort financier consenti par l'employeur et la somme nette réellement perçue par les employés** au titre de la prime exceptionnelle.

En outre, le montant de la prime exceptionnelle n'était pas pris en compte pour le calcul du droit à la prime d'activité.

**Portée de l'exonération de cotisations et contributions
liée au versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat de la loi MUES**

Une circulaire interministérielle¹ en date du 6 février 2019 a précisé la portée de l'exonération sociale dont pouvaient bénéficier les primes exceptionnelles versées en application de la loi MUES. Aux termes de ce document, l'exonération porte sur les cotisations et contributions suivantes :

- cotisations (parts employeur et salariale) de sécurité sociale y compris, le cas échéant la cotisation complémentaire au régime local d'Alsace-Moselle ;
- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes de retraite complémentaire, y compris l'AGFF et l'APEC ;
- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes d'assurance chômage y compris AGS ;
- contribution solidarité autonomie ;
- contribution de versement transport ;
- contribution au dialogue social ;
- contributions dues au FNAL ;
- CSG et CRDS ;
- taxe sur les salaires ;
- taxe d'apprentissage et contribution supplémentaire à l'apprentissage, contribution unique à la formation professionnelle et à l'alternance ;
- participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue ;
- versement au titre du congé individuel de formation, contribution dédiée au financement du compte personnel de formation ;
- contribution patronale au titre de la formation professionnelle en alternance ;
- participations des employeurs (agricoles et non agricoles) à l'effort de construction ;
- le cas échéant, les contributions résultant d'accords conventionnels de branche.

Pour ces cotisations et contributions, le plafond de l'exonération s'apprécie par employeur. En matière d'impôt sur le revenu, le plafond d'exonération s'apprécie par salarié bénéficiaire.

¹ Instruction interministérielle n° DSS/5B/2019/29 du 6 février 2019 relative à l'exonération de primes exceptionnelles prévue par la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales modifiant l'instruction interministérielle n° DSS/5B/5D/2019/2 du 4 janvier 2019.

2. De premiers éléments montrant le réel effet de la prime exceptionnelle

Selon les éléments dont dispose le rapporteur général, la prime exceptionnelle a eu un réel effet en 2019, tant en termes de pouvoir d'achat pour les bénéficiaires que pour les finances publiques.

Ainsi, selon l'étude d'impact annexée à ce PLFSS, **près de 5 millions de salariés**, soit environ un quart des salariés du secteur privé, **ont perçu une « prime exceptionnelle »**. Le **montant moyen** de la prime s'est élevé à **401 euros**.

Il est à noter que 11 % des salariés ont reçu le montant maximal de 1 000 euros, et moins de 1 % une prime d'un montant inférieur à 100 euros.

Les quelque 2 milliards d'euros ainsi versés aux salariés ont représenté une part relativement significative de la progression de la masse salariale en 2019 : **sur une augmentation de 3,3 % de la masse salariale du secteur privé en 2019, 0,3 point serait dû à la prime exceptionnelle** (soit 9,1 % du total).

S'il n'est pas possible de lier formellement une diminution des recettes de la sécurité sociale au versement de la prime, le manque à gagner par rapport à une somme équivalente qui aurait été versée dans des conditions « normales » est de l'ordre de 600 millions d'euros.

B. Une reconduction proposée pour l'année 2020 au bénéfice de quelques modifications

Le présent article propose de reconduire, pour l'année 2020, un dispositif de prime exceptionnelle de pouvoir d'achat. Cette prime reprendrait l'essentiel des caractéristiques de la prime de l'année dernière qui vient d'être décrite, en s'en distinguant néanmoins sur quelques aspects.

1. La reprise des principales caractéristiques de la prime exceptionnelle de la loi MUES

Le présent article propose de reprendre les principales caractéristiques de la prime exceptionnelle de la loi MUES.

Ainsi, **l'exonération** porterait sur les mêmes cotisations et contributions sociales et impôts que la précédente prime et **s'appliquerait dès lors qu'elle bénéficie aux salariés (ou agents publics, cf. ci-après) ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois le montant du SMIC annuel, dans la limite de 1 000 euros par bénéficiaire** (V du présent article).

De même que dans la loi MUES, le montant de la prime pourrait être attribué par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond (**C du I**). Son montant pourrait être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective

pendant l'année écoulée¹ ou la durée du travail prévue au contrat de travail (2° du II). Ces modalités feraient l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Dans ce dernier cas, l'employeur devrait en informer le comité social et économique avant le versement de la prime (III du présent article).

Toutefois, **le bénéfice de la prime exceptionnelle serait étendu à plusieurs catégories de personnel :**

- d'une part, les **agents contractuels de droit privé relevant d'un établissement public** au moment du versement de la prime (1° du II) ;

- d'autre part, les **salariés mis temporairement à disposition d'une entreprise utilisatrice**, au sens de l'article L. 1251-1 du code du travail (D du I). Le présent article précise que l'entreprise utilisatrice devrait informer l'entreprise de travail temporaire aux services de laquelle elle a recours qu'elle attribue la prime à ses salariés. Il reviendrait alors à l'entreprise de travail temporaire de verser la prime selon les conditions et modalités de l'accord conclu au sein de l'entreprise utilisatrice.

Par ailleurs, le IV du présent article précise que **la prime devrait bénéficier à l'ensemble des travailleurs handicapés**. Pour les employeurs concernés, l'application des autres critères d'attribution de la prime ne pourraient donc avoir pour conséquence d'exclure un travailleur handicapé de son bénéfice.

Elle devrait être versée entre le la date d'entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 (3° du I).

2. La condition de la conclusion d'un accord d'intéressement

La principale nouveauté par rapport au dispositif de la loi MUES est le **conditionnement de l'octroi de la prime exceptionnelle à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement à la date de versement de la prime (A du I)**.

Il s'agit de **développer les accords d'intéressement**, dont l'usage dans les petites et moyennes entreprises a déjà été facilité par les récentes évolutions législatives et réglementaires :

- d'un point de vue de **sécurisation juridique**, du fait des dispositions de l'article L. 3313-3 du code du travail issu de l'article 155 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (loi « Pacte »). Désormais, à défaut d'opposition de l'administration dans un délai de quatre mois à compter du dépôt de l'accord, le plan d'intéressement et les exonérations fiscales afférentes sont réputés validés, pour la durée de l'accord² ;

¹ Les congés maternité, paternité, adoption et éducation des enfants sont expressément considérés comme un temps de présence effective au sens du présent article.

² Ce délai est étendu à six mois pour la modification de dispositions contraires à des dispositions légales.

- d'un point de vue **financier**, l'article 14 de la LFSS pour 2019 ayant supprimé le forfait social applicable aux primes d'intéressement dans les PME.

De plus, aux termes du **B du I** du présent article, **les accords d'intéressement conclus entre 1^{er} janvier et le 30 juin 2020 pourraient porter sur une durée inférieure à trois ans**, mais toujours supérieure à un an. Il est précisé que cette condition s'apprécie au niveau de l'entreprise utilisatrice lorsque le salarié intérimaire bénéficie de la prime exceptionnelle mise en place par cette dernière et versée par l'entreprise de travail temporaire.

Primes d'intéressement : un statut fiscal et social avantageux

La loi Pacte, entrée en vigueur en mai 2019, a renforcé le caractère avantageux des primes d'intéressement versées dans le cadre d'accord d'intéressement conclus au sein des entreprises.

Du point de vue du salarié, **cette prime est :**

- **exonérée d'impôt sur le revenu**, dans la limite d'un montant égal à 75 % du plafond annuel de la sécurité sociale, **lorsqu'elle est bloquée pendant cinq ans dans le cadre d'un plan d'épargne d'entreprise ou d'un plan d'épargne retraite** (cf. 18° bis de l'article 81 du code général des impôts) ;

- **exclue des assiettes des cotisations sociales** (cf. article L. 3312-4 du code du travail) ;

- **soumise, en revanche, à la CSG et à la CRDS** dès le premier euro en tant que revenu d'activité.

Du point de vue de l'employeur, **les primes d'intéressement versées par les entreprises qui emploient moins de deux cent cinquante salariés ne sont pas assujetties au forfait social** (cf. deux derniers alinéas de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale). Pour les autres, le taux du forfait social est de 20 %.

En outre, les PME elles peuvent bénéficier **d'accords d'intéressement types élaborés par les branches**, les partenaires sociaux ayant l'obligation de négocier un régime d'intéressement et de participation à destination des entreprises employant moins de cinquante personnes avant le 31 décembre 2020 (l'obligation existait avant jusqu'au 31 décembre 2016 mais la loi Pacte a permis de remettre le sujet dans l'agenda social des branches).

Enfin, le **E du I** propose que, dans les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) dédiés aux travailleurs handicapés qui ne peuvent pas travailler dans des entreprises adaptées, l'octroi de la prime exceptionnelle ne soit pas conditionnée à la mise en place d'un accord d'intéressement mais au versement, d'une prime d'intéressement dans les douze mois précédents.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre quatre amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques déposés par la commission des affaires sociales et Mme Sarah El Haïry, sous-amendés par le Gouvernement, dont l'objet était que **la condition de conclusion d'un accord d'intéressement** pour pouvoir verser la prime exceptionnelle **ne s'applique** :

- **ni aux associations à but non lucratif** régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 ;

- **ni aux fondations reconnues d'utilité publique ou assimilées**, pour lesquelles les versements ouvrent droit aux réductions d'impôts mentionnées aux articles 200 et 238 *bis* du code général des impôts.

Néanmoins, **la rédaction de ces amendements rend, en pratique, inapplicable le versement de la prime exceptionnelle elle-même par des associations ou des fondations.**

III - La position de la commission

La commission a soutenu l'instauration d'une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat dans le cadre de l'examen de la loi MUES, considérant que l'urgence sociale justifiait la mise en place de mesures tangibles.

Le succès de cette prime et la persistance de la question du pouvoir d'achat parmi les principales préoccupations des Français la conduisent également à appuyer la reconduction de ce dispositif pour l'année 2020.

Toutefois, il convient de souligner que :

- plus une « niche sociale » d'une telle puissance perdurera, plus elle sera délicate à supprimer ;

- les effets de la mesure sur les finances sociales restent difficiles à appréhender, notamment du fait des quelques modifications de paramètres évoquées précédemment. Pour autant, ils seront sans doute significatifs d'autant qu'elle a pu être plus aisément anticipée par les employeurs¹. La direction générale du Trésor considère que la prime devrait de nouveau compter pour 0,3 point dans la progression de la masse salariale du secteur privé l'année prochaine, soit 10,7 % de l'augmentation totale de celle-ci (prévue à 2,8 %).

Sous le bénéfice de ces observations, qui mériteront d'être encore davantage approfondies si ce dispositif devait être pérennisé à l'avenir, la commission préconise l'adoption du présent article dans sa version transmise par l'Assemblée nationale, modifié par **un amendement de précision rédactionnelle rendant possible le versement de la prime**

¹ En effet, le principe de la reconduction de la prime exceptionnelle a été annoncé par le Président de la République à l'issue du Grand débat national, le 25 avril 2019.

exceptionnelle par les associations à but non lucratif ou les fondations reconnues d'utilité publique même lorsqu'elles n'ont pas mis en œuvre un accord d'intéressement (amendement n° 169).

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

Article 8

Ajustement du calcul des allègements généraux

Objet : Cet article propose de neutraliser dans le calcul des allègements généraux l'effet du « bonus-malus » sur les contributions patronales à l'assurance-chômage destiné à limiter le recours aux contrats courts.

I - Le dispositif proposé

A. Une brève présentation du bonus-malus sur le recours aux contrats courts

Le principe du « bonus-malus » sur le recours aux contrats courts a été introduit par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Pour mémoire, le Sénat, à l'initiative de la commission des affaires sociales, avait supprimé cette disposition, considérant que « le critère des fins de contrats est trop flou et pénalisant pour de très nombreux secteurs d'activités » et que « l'instauration d'un bonus-malus ne garantit pas une baisse de la précarité et du recours abusif aux contrats courts »¹.

Codifié à l'article L. 5422-12 du code du travail, il prévoit que **le taux de contribution de chaque employeur, dont le niveau normal est de 4,05 %², peut être minoré ou majoré en fonction :**

- **du nombre de fins de contrat de travail et de contrats de mise à disposition** (à l'exclusion des démissions et des contrats de mission), et sous réserve de l'inscription des personnes concernées par ces fins de contrat sur la liste des demandeurs d'emploi) ;
- de la nature du contrat de travail, de sa durée ou du motif de recours à un contrat d'une telle nature ;
- de l'âge du salarié ;
- de la taille de l'entreprise ;
- et du secteur d'activité de l'entreprise.

¹ Cf., au sujet du développement des contrats courts et d'une analyse plus complète du dispositif de bonus-malus, le rapport Sénat n° 609, tome I (2017-2018), commentaire de l'article 29 du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

² L'assiette de la contribution est la même que celle des cotisations sociales, avec un plafond de quatre fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Les articles 50-1 à 50-15 du décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage ont précisé la **forme que prendra cette modulation, applicable à partir du 1^{er} janvier 2021**.

Ainsi, le dispositif s'appliquera uniquement aux entreprises de plus de onze salariés.

Dans un bel exercice de style administratif, l'article 50-3 du décret précise que les secteurs concernés sont ceux dont le taux de séparation médian, défini comme la moyenne des médianes des taux de séparation de l'ensemble des entreprises d'un secteur, pondéré par un taux de masse salariale, est supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre en charge de l'emploi, pour une période de trois ans. Concrètement, selon le ministère du travail, ces dispositions s'appliqueront pour les années 2021 à 2023 aux sept secteurs suivants :

- la fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac ;
- l'hébergement et la restauration ;
- la production et la distribution d'eau-assainissement, la gestion des déchets et la dépollution ;
- le transport et l'entreposage ;
- la fabrication de produits en caoutchouc et en plastique, et d'autres produits non métalliques ;
- le travail du bois, l'industrie du papier et l'imprimerie ;
- les « autres activités spécialisées, scientifiques et techniques ».

Les secteurs du bâtiment et des travaux publics ainsi que l'hébergement médico-social, gros pourvoyeurs de contrats courts, en sont donc exemptés.

Pour les entreprises entrant dans ce champ, il sera calculé un ratio selon la formule suivante :

Ratio = moyenne du nombre de séparations imputées à l'entreprise par rapport à l'effectif de l'entreprise / taux de séparation moyen du secteur concerné

À partir de là, le taux de contribution patronale à l'assurance chômage sera le résultat de la formule suivante :

Taux de contribution = ratio de l'entreprise * 1,46 + 2,59

Toutefois, le taux de contribution réellement appliqué sera encadré à la fois par un **plancher de 3 % et un plafond de 5,05 %** - au lieu des valeurs de 2,59 % à 5,51 % théoriquement atteignables. Pour une entreprise se situant

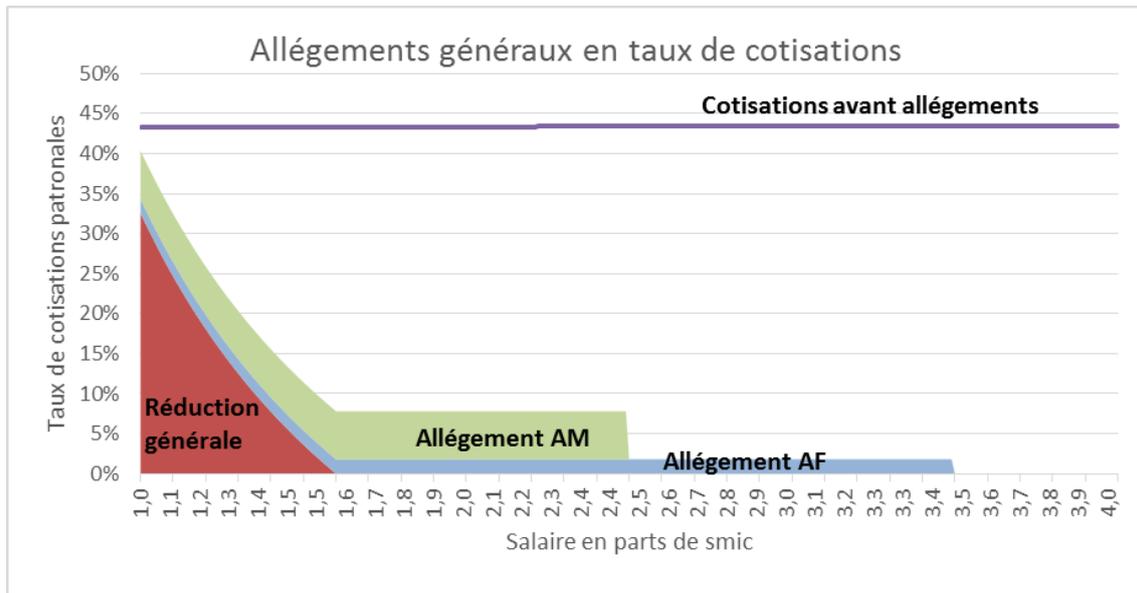
exactement dans la moyenne de son secteur, c'est-à-dire avec un ratio de 1, le taux appliqué sera bien le taux de droit commun de 4,05 %.

B. La neutralisation proposée de l'effet du bonus-malus dans le calcul des allègements généraux

1. Le risque d'une atténuation du bonus-malus du fait de l'application des allègements généraux

L'effet du bonus-malus sur les contributions d'assurance-chômage risquait d'être atténué par l'application des allègements généraux.

En effet, depuis le 1^{er} octobre 2019, les contributions patronales d'assurance chômage ont été intégrées dans la formule des allègements généraux de cotisations et contributions sociales¹, régis par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale et s'appliquant aux rémunérations des employés comprise entre 1 et 1,6 SMIC, qu'illustre le graphique suivant.



Source : ACOSS

La formule du coefficient de réduction des cotisations et contributions concernées en application des allègements généraux est la suivante² :

$$\text{Coefficient} = (T/0,6) * (1,6 * \text{SMIC annuel} / \text{rémunération annuelle brute} - 1)$$

¹ Cette intégration résulte de la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en allègements de cotisations et contributions sociales, à laquelle ont procédé les LFSS pour 2018 et 2019.

² Cf. article D. 241-7 du code de la sécurité sociale.

Dans cette formule, T représente la valeur maximale du coefficient issu de la somme des taux des contributions sociales¹. Pour un salarié rémunéré au SMIC, le coefficient de réduction correspondra à la somme des taux des cotisations et contributions et les annulera.

Mais la valeur de T varie en fonction du taux de chacune des cotisations effectivement payées par les employeurs.

De ce fait, **pour des employés dont la rémunération est proche du SMIC ou a fortiori égale au SMIC, la différence de taux de contributions à l'assurance chômage due au bonus-malus serait atténuée (voire annulée) par l'application des allègements généraux.** Bien sûr, au-delà de 1,6 SMIC, l'effet du bonus-malus continuerait de jouer à plein. L'effet incitatif recherché par le Gouvernement serait ainsi, dans certains cas, diminué ou perdu – du moins pour la partie bonus, le montant de la réduction étant plafonné.

Le tableau suivant illustre cet effet pour un salarié au SMIC dont la rémunération brute mensuelle s'élève à 1521,25 € dans une entreprise 1 bénéficiant du bonus maximal (donc au taux de contribution ramené à 3 %), dans une entreprise 2 « normale » (à 4,05 %) et dans une entreprise 3 qui, après malus, doit acquitter un taux de contribution de 5,05 %.

**Contribution patronale chômage à acquitter pour un employé au SMIC
en tenant compte des allègements généraux avant réforme**

	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3
Rémunération brute	1521,25 €	1521,25 €	1521,25 €
Contribution chômage de droit commun (4,05 %)	61,61 €	61,61 €	61,61 €
Bonus (-) ou malus (+)	- 15,97 €	0 €	15,21 €
Contribution chômage après bonus ou malus	45,64 €	61,61 €	76,82 €
Réduction générale (part chômage) – coefficient	3 %	4,05 %	4,05 %
Réduction générale chômage – montant (avec éventuel plafond)	45,64 €	61,61 €	61,61 €
Contribution chômage après réduction	0 €	0 €	15,21 €

¹ Cette valeur s'établit à 0,3214 pour les entreprises de moins de vingt salariés et de 0,3254 pour les autres entreprises, du fait de la différence du taux de cotisation pour le financement du fonds national d'aide au logement (FNAL).

2. La formule de calcul proposée

a) Cas général

Le **a du 2° du I** du présent article propose de **préciser**, au sein de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale qui définit les allègements généraux, **que le taux de la contribution d'assurance chômage pris en compte pour définir le coefficient de réduction ne tient pas compte de l'application du bonus-malus**. Ainsi, c'est systématiquement le taux de droit commun, soit 4,05 % actuellement, qui servirait de base de calcul.

En reprenant le cas des trois entreprises étudiées précédemment, ce changement de formule aboutirait au résultat suivant.

Contribution patronale chômage à acquitter pour un employé au SMIC en tenant compte des allègements généraux après réforme

	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3
Rémunération brute	1521,25 €	1521,25 €	1521,25 €
Contribution chômage de droit commun (4,05 %)	61,61 €	61,61 €	61,61 €
Bonus (-) ou malus (+)	- 15,97 €	0 €	15,21 €
Contribution chômage après bonus ou malus	45,64 €	61,61 €	76,82 €
Réduction générale (part chômage) - coefficient	4,05 %	4,05 %	4,05 %
Réduction générale chômage - montant (avec éventuel plafond)	61,61 €	61,61 €	61,61 €
Contribution chômage après réduction	- 15,97 €	0 €	15,21 €

Source : DSS

L'effet incitatif du bonus serait ainsi préservé.

De plus, le **c du 2° du I** propose que dans le cas où la minoration des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction supérieur au montant des cotisations et contributions applicables à la rémunération d'un salarié, **la part excédentaire puisse être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés**.

Le cas échéant, **la part restante après cette imputation pourrait être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur.**

Il est toutefois précisé que **l'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation** de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées.

b) Le cas particulier des aides à domicile

Les organismes d'aide à domicile¹, qui emploient des salariés intervenant notamment auprès d'une population en situation de handicap ou de dépendance, bénéficient d'un dispositif spécifique d'allègement de cotisations et contributions, défini au III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Cet allègement a également été élargi, dans le cadre de la LFSS pour 2019, à diverses contributions en dehors du champ de la sécurité sociale, dont les contributions à l'assurance chômage.

En revanche, la formule de calcul n'est pas la même que pour les entreprises de droit commun, la réduction étant totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,2 SMIC puis dégressives jusqu'à 1,6 SMIC.

Le **1° du I** du présent article **propose**, de la même façon que ce qui a été vu précédemment, que la formule de **calcul de cette réduction spécifique intègre les contributions d'assurance chômage sans tenir compte de l'application du bonus-malus sur les contrats courts.**

c) Le cas particulier des gens de mer

Dans la même logique, le **II** du présent article propose d'intégrer **une disposition miroir** au sein de l'article L. 5553-11 du code des transports, qui porte **l'exonération spécifique de contribution patronale à l'assurance chômage propre aux entreprises d'armement maritime.**

Là encore, il est proposé que l'exonération de contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi s'applique sur la base du taux de cette contribution ne prenant pas en compte le bonus-malus, et non le taux réellement appliqué au sein de l'entreprise.

¹ Il s'agit des associations et entreprises déclarées pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et des organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Il est à noter que, dans les cas particulier des aides à domicile et des gens de mer, le présent article ne prévoit pas de compensation de l'éventuel manque à gagner résultant pour l'assurance chômage et la sécurité sociale de l'application de taux de contribution négatifs. Même pour des montants relativement faibles, cela ne semble pas opportun.

C. Des corrections rédactionnelles en matière de cotisations AT-MP

Par ailleurs, le **b du 2° du I** du présent article propose un ajustement rédactionnel des dispositions de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale relatives à l'application des allègements généraux en matière de cotisations des employeurs à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Ces cotisations, de caractère très assurantiel, varient en effet selon les entreprises en fonction de leur taux de sinistralité. Aux termes de l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale, l'allègement général sur les cotisations AT-MP ne peut 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.

Par cohérence, il est proposé d'effectuer un renvoi à ce même taux au sein de l'article L. 241-13, qui porte la définition globale des allègements généraux.

L'ensemble de ces dispositions s'appliquerait directement dans l'Hexagone ainsi qu'en Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. En outre, le **III** du présent article propose que ce dispositif s'applique également à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le **IV** propose une entrée en vigueur du présent article le 1^{er} janvier 2021, en cohérence avec celle du bonus-malus sur les contrats courts.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à **inclure dans le calcul des allègements généraux les contributions patronales aux retraites complémentaires versées à la Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC)**, personne morale de droit privé à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général mentionnée à l'article L. 6527-2 du code des transports. Elle est placée sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale.

Selon les données fournies par le Gouvernement, la perte de recettes pour la caisse complémentaire serait inférieure à 2 millions d'euros.

III - La position de la commission

Le présent article, bien que de portée financière très limitée et même théoriquement nulle pour les administrations de sécurité sociale du fait de la compensation, pose de réelles difficultés de principe pour son volet « bonus-malus ».

En premier lieu, il n'apparaît guère comme un facteur de simplification pour les entreprises. Le Gouvernement semble d'ailleurs pris dans une contradiction que notre commission a mis au jour à plusieurs reprises : réduire, voire nier le caractère assurantiel de l'assurance-chômage tout en introduisant un mécanisme directement lié à la tarification du risque.

En deuxième lieu, **le dispositif proposé introduit la notion de contributions négatives** à une assurance sociale, termes qui paraissent antinomiques car, à l'inverse de l'impôt, la cotisation ou la contribution ouvre le droit à l'assurance sociale et ne semble donc pas pouvoir donner lieu à un solde négatif. **Créer un tel précédent ne semble, en tout état de cause, pas heureux** et la commission est soucieuse d'éviter le mitage continu des cotisations et contributions.

En troisième lieu, **le dispositif proposé pose de manière très directe la question de l'inclusion de l'assurance-chômage dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale**. En effet, son objet quasi-unique est d'assurer que l'incitation créée par le dispositif de bonus-malus sur les contributions des employeurs à l'assurance-chômage conservera son plein effet incitatif, même lorsque les rémunérations des salariés concernés les rendent éligibles aux allègements généraux de cotisations et contributions sociales – et tout particulièrement lorsque ces rémunérations sont proches du SMIC.

Or **le Conseil constitutionnel a réaffirmé**, dans sa décision portant sur la LFSS pour 2018¹, **que « les dispositions relatives aux contributions [...] d'assurance chômage sont étrangères au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale »**. Si l'inclusion de ces dispositions dans une « réforme globale » des cotisations salariales avait alors pu amener le Conseil constitutionnel à valider la procédure retenue, il ne semble pas pouvoir en être de même au vu de l'objet très circonscrit du présent article. À cet égard, les aménagements ayant des effets de bord sur les autres régimes sont mineurs et entièrement compensés.

¹ Décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017.

De plus, le dispositif proposé ne s'appliquerait qu'en 2021, ce qui laisse au Gouvernement assez de temps pour :

- soit avancer sur la voie d'une meilleure inclusion de l'assurance chômage dans le périmètre des LFSS - que la commission pourrait d'ailleurs soutenir sur le principe et qui supposerait d'en tirer toutes les conséquences, notamment pour l'information du Parlement ;

- soit proposer au Parlement la solution alternative qu'il évoque lui-même dans l'étude d'impact annexée au présent PLFSS, à savoir la mise en place d'un bonus-malus sous la forme d'un dispositif *ad hoc* déconnecté des contributions d'assurance chômage¹.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a adopté **un amendement (amendement n° 170) supprimant les dispositions du présent article relatives à la neutralisation du bonus-malus sur les contributions patronales d'assurance-chômage pour le calcul des allègements généraux.**

En revanche, les dispositions relatives à la cotisation à la branche accidents du travail et maladies professionnelles ne posent pas de difficulté, non plus que les dispositions relatives à l'extension des allègements généraux aux contributions patronales de retraite complémentaires relevant de la CRPNPAC, adoptant simplement **un amendement de précision (amendement n° 218)**. Sur ce dernier point néanmoins, il est regrettable que l'Assemblée nationale n'ait pas, par cohérence, établi à l'article 17 du présent PLFSS un circuit de compensation des contributions manquantes similaire à celui que l'article 26 de la LFSS pour 2020 a prévu pour l'Agirc-Arrco. Les règles de recevabilité financière ne permettant qu'au Gouvernement de prendre une telle initiative, il importera d'éclaircir ce point avec lui d'ici la séance publique.

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

¹ Dans ce dispositif figurant dans l'étude d'impact, le malus aurait pris la forme d'une contribution supplémentaire, et le bonus aurait pris la forme d'une réduction à appliquer sur les cotisations et contributions dues. Dans ce cas, si la réduction devait être supérieure à ces cotisations et contributions, une possibilité d'imputation sur celles dues au titre d'autres salariés de la même entreprise aurait été ouverte. Les exonérations auraient continué à être calculées sur la base d'un taux de contribution d'assurance chômage de 4,05 %.

Article 8 bis (nouveau)

**Clarification des règles d'affiliation à la sécurité sociale
de certains salariés du secteur agricole**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose que le régime spécifique de sécurité sociale des salariés agricoles intègre deux nouvelles catégories de salariés relevant actuellement du régime général.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, propose une évolution des règles d'affiliation au régime agricole afin qu'il intègre désormais deux catégories de salariés relevant actuellement du régime général.

Cela concernerait, en premier lieu, les **salariés des filiales créées après le 31 décembre 2019, par les filiales de coopératives agricoles** et par l'ensemble de leurs filiales successives, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales.

Actuellement, le 6° *ter* de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ne place dans le régime agricole que les salariés des filiales directes créées après le 31 décembre 2005 par les sociétés ou groupements agricoles, sous les mêmes restrictions d'activité et de participation de la maison-mère que celles prévues par le présent article. Ce 6° *ter* serait donc complété afin d'intégrer les salariés des « filiales de filiales ». Il s'agit, d'après le Gouvernement, d'une mesure d'harmonisation et de simplification en matière de gestion des régimes de protection sociale, et afin de faciliter les reconfigurations de ces groupes.

La deuxième catégorie de personnes concernées par l'affiliation au régime agricole serait constituée par **les salariés agricoles bénéficiant d'avantages ou de rémunérations consentis par un tiers non employeur agricole**, par exception au principe d'assujettissement au régime général défini au 31° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Le public visé serait, par exemple, les enseignants sous contrat de droit public exerçant au sein d'un établissement d'enseignement agricole privé et affiliés, à ce titre, au régime agricole qui effectuent des heures de délégation effectuées pour leur établissement. Ce dernier n'étant pas leur employeur (puisque'il s'agit de l'État), ils sont affiliés au régime général au titre des rémunérations perçues dans ce cadre.

II - La position de la commission

La commission est favorable aux mesures de simplification proposées par le présent article.

En effet, le fait que coexistent au sein d'un même groupe coopératif agricole des salariés affiliés au régime agricole et d'autres au régime général peut être source de complexité et nuire à des réorganisations.

Et, s'agissant des activités annexes des salariés du régime agricole, le fait de n'avoir qu'un interlocuteur unique est de nature à simplifier les démarches pour la déclaration des rémunérations et le paiement de cotisations sociales dues au titre de ces activités.

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

Article 8 ter (nouveau)

Dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants exerçant une activité saisonnière

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à dispenser, de l'assiette minimale de cotisations, les travailleurs indépendants exerçant une activité accessoire saisonnière.

I - Le dispositif proposé

Les travailleurs indépendants, dont les revenus sont faibles ou nuls, sont tenus de cotiser sur une assiette minimale définie par décret. Cette cotisation minimale a pour objectif de leur garantir un socle de droits, en particulier en matière de retraite.

Certaines catégories de travailleurs indépendants en sont toutefois dispensées.

Le régime des micro-entrepreneurs, défini à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, prévoit une dérogation à cette règle en instituant un droit d'option leur permettant de cotiser proportionnellement à leurs revenus, quels qu'en soit le montant et donc de ne pas cotiser si leur revenu est nul ou négatif. Ils peuvent toutefois demander à bénéficier de la cotisation minimale.

L'article L. 613-11 du code de la sécurité institue également un droit d'option pour la cotisation minimale pour les cotisations et contributions sociales dues au titre d'une activité indépendante exercée par les bénéficiaires du revenu de solidarité active d'une part, et de la prime d'activité d'autre part.

Le présent article a été adopté par l'Assemblée nationale à l'occasion du vote de quatre amendements identiques déposés par nos collègues Marie-Noëlle Battistel, Frédérique Lardet ainsi que plusieurs membres des groupes Libertés et Territoires et La République en Marche et ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Son **I** complète l'article L. 613-11 pour ajouter à la liste des catégories de travailleurs indépendants non soumis à l'obligation de cotisation minimale le cas des travailleurs exerçant une activité saisonnière à titre accessoire.

Le **II** compense la perte des recettes pour les organismes de sécurité sociale par une majoration des droits sur les tabacs.

II - La position de la commission

La loi de financement pour 2016 avait rétabli l'obligation de la cotisation minimale pour les travailleurs indépendants pluriactifs, dont font partie les travailleurs saisonniers, au motif que certains travailleurs indépendants pouvaient tirer une part importante de leurs revenus de leur activité indépendante, même avec de faibles revenus. Dès lors, la dispense de cotisation minimale pouvait avoir des effets négatifs en particulier sur leurs droits à retraite.

En l'espèce, nos collègues députés ont soutenu cet amendement pour tenir compte de la situation particulière des moniteurs de ski. Alors que le passage au statut de micro-entrepreneur pourrait être une solution, ces derniers rencontrent des difficultés pour y accéder en raison de l'impossibilité pour un micro-entrepreneur de déduire ses frais professionnels. Or, comme l'a reconnu notre collègue rapporteur général, les frais professionnels des moniteurs (matériel de ski, transports voire hébergement) peuvent atteindre 75 % de leurs revenus d'activité.

Si votre commission est soucieuse de limiter les cas particuliers, il semble que cette disposition répond à court terme au besoin des moniteurs de ski dans l'attente, le cas échéant, d'une adaptation du régime de micro-entrepreneur. Elle n'entraîne pas non plus une perte de recette significative pour la sécurité sociale.

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

Article 8 quater (nouveau)

**Inclusion du secteur de la presse dans le régime
d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'inclure le secteur de la presse dans le régime d'exonération dans le régime d'exonération de cotisations patronales renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer.

I - Le dispositif proposé

A. Les exonérations de cotisations et contributions patronales dites « LODEOM »

Depuis l'entrée en vigueur de la « loi **LODEOM** »¹, les employeurs localisés en **Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin** bénéficient d'un régime d'exonérations spécifiques en lieu et place des allègements généraux applicables dans l'Hexagone², régi par l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.

Ce régime est ouvert :

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

- **aux entreprises, quel que soit leur effectif**, des secteurs du **bâtiment et des travaux publics**, de l'**industrie**, de la **restauration**, de la **presse**, de la **production audiovisuelle**, de l'**environnement**, de l'**agronutrition**, des **énergies renouvelables**, des **nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel**, de la **pêche**, des **cultures marines**, de l'**aquaculture**, de l'**agriculture**, du **tourisme**, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du **nautisme**, de l'**hôtellerie**, de la **recherche et du développement**, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

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

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

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

² Cf. article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

Ce régime a été revu dans le cadre de la LFSS pour 2019 afin d'être adapté aux conséquences de la fin du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

Depuis lors, **les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy font l'objet d'un dispositif spécifique**, codifié à l'article L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale, qui n'est pas concerné par des dispositions du présent PLFSS.

Dans les autres collectivités (**Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion**), la réforme de la loi LODEOM a abouti à la définition de **trois barèmes d'exonération de l'ensemble des cotisations et contributions concernés par les allègements généraux** « de droit commun », parmi lesquels deux sont concernés par des dispositions du présent PLFSS¹ :

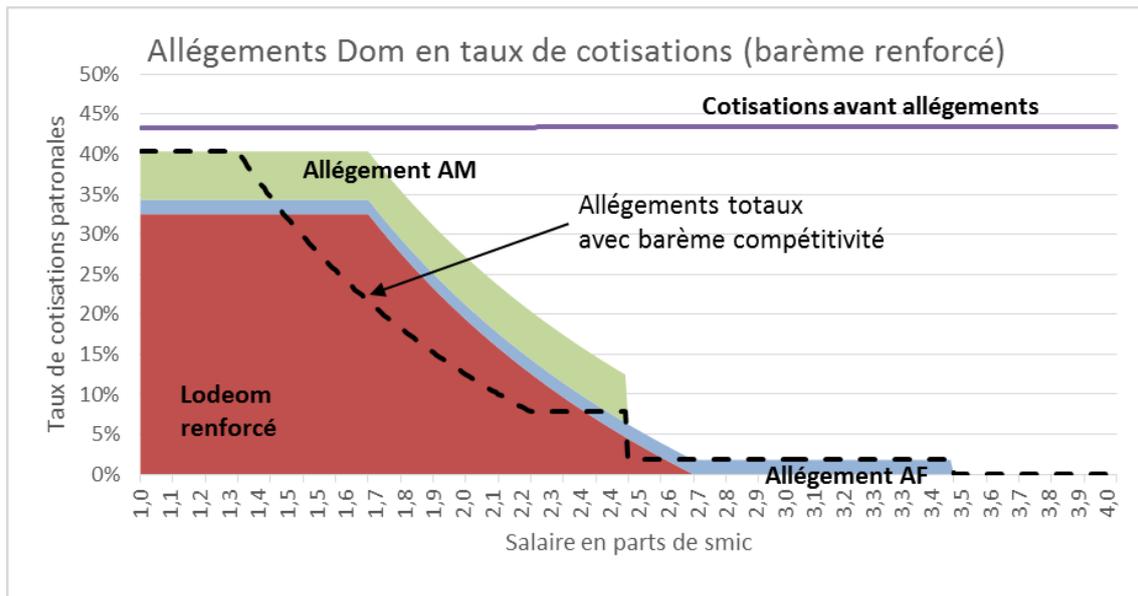
- **un régime dit « de compétitivité renforcée »** pour les entreprises de moins de 250 salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de 50 millions d'euros et actives dans les secteurs de l'industrie, de la restauration, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union². Pour ces employeurs, **l'allègement est total pour les rémunérations jusqu'à 1,7 SMIC et dégressif jusqu'à devenir nul pour les rémunérations de 2,7 SMIC ;**

- **un régime dit « de compétitivité »** concernant les autres entreprises entrant dans le champ de la loi « LODEOM ». **L'allègement est alors total jusqu'à 1,3 SMIC et devient nul à partir de 2,2 SMIC.**

Le graphique suivant permet de comparer ces deux régimes en faisant apparaître en clair la pente d'exonération du régime dit de compétitivité renforcé (et son effet cumulé avec d'autres exonérations de droit commun), la courbe en pointillé représentant les effets du régime de compétitivité « simple ».

¹ Le dernier barème concerne les PME au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication.

² En Guyane, entrent également dans ce champ les employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts ainsi que dans les secteurs de la comptabilité, du conseil aux entreprises, de l'ingénierie ou des études techniques.



Source : ACOSS (AM : assurance maladie, AF : allocations familiales)

B. L'élargissement proposé du champ du régime de compétitivité renforcé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, à l'initiative de nombreux députés dont David Lorion, Nadia Ramassamy, Hélène Vainqueur-Christophe, Max Mathiasin et Olivier Serva, propose d'**inclure la presse parmi les secteurs éligibles au régime de compétitivité renforcé**, dès lors que les conditions de nombre de personnes employées et de chiffre d'affaires sont remplies.

II - La position de la commission

Votre commission n'est pas opposée à l'élargissement du dispositif de compétitivité renforcée au secteur de la presse, qui était d'ailleurs inclus dans ce périmètre jusqu'à la réforme de la LFSS pour 2019, d'autant que le coût (non précisé) du dispositif sera compensé à la sécurité sociale.

Elle n'a donc pas adopté d'amendement à cet article.

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

Article 8 quinquies (nouveau)
Extension des seuils d'exonération du régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'accentuer les exonérations de cotisations et contributions patronales du dispositif dit « de compétitivité renforcée » issue de la loi LODEOM.

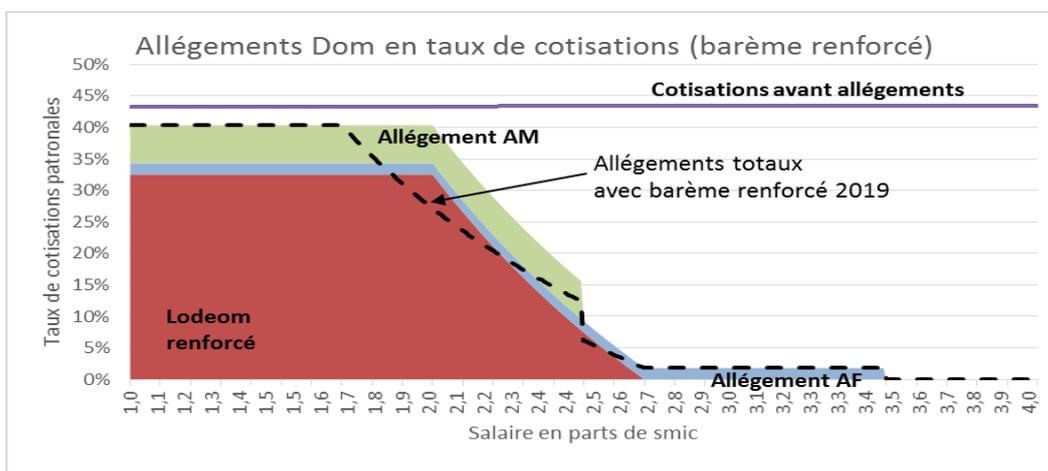
I - Le dispositif proposé

Le dispositif dit « LODEOM » d'exonérations de cotisations et contributions des employeurs spécifiques à certaines collectivités d'outre-mer est présenté au sein du commentaire de l'article 8 *quater* du présent PLFSS.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement qui a fait adopter un sous-amendement, à l'initiative de nombreux députés dont David Lorion, Nadia Ramassamy, Hélène Vainqueur-Christophe, Max Mathiasin et Olivier Serva, propose **d'accentuer les exonérations de cotisations et contributions patronales du dispositif dit « de compétitivité renforcée » issue de la loi LODEOM.**

Ainsi, **l'exonération** de l'ensemble des cotisations et contributions patronales concernés par les allègements généraux de droit commun **serait désormais totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 2 SMIC** (au lieu de 1,7 SMIC). La réduction serait ensuite dégressive jusqu'à un point de sortie qui s'établirait, comme actuellement, à 2,7 SMIC.

Le graphique suivant permet de comparer ces deux régimes en faisant apparaître en clair la pente d'exonération du dispositif proposé (et son effet cumulé avec d'autres exonérations de droit commun), la courbe en pointillé représentant les effets du régime de compétitivité renforcée actuel.



Source : ACOSS (AM :assurance maladie, AF : allocations familiales)

II - La position de la commission

La commission n'est pas opposée au nouveau renforcement du régime de compétitivité renforcée proposée par le présent article, d'autant que son coût pour la sécurité sociale, évalué à 36 millions d'euros lors des débats à l'Assemblée nationale, sera compensé par l'État.

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

Article 9

Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

Objet : Cet article étend à la fonction publique le régime d'exonération des cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées dans le secteur privé.

I - Le dispositif proposé

A. L'indemnité spécifique de rupture conventionnelle dans le secteur privé bénéficie d'un régime particulier d'exonération de cotisations et de contributions sociales

L'article 72 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique¹ institue à compter du 1^{er} janvier 2020 une procédure de rupture conventionnelle au sein de la fonction publique, inspirée du dispositif de rupture conventionnelle applicable aux salariés du secteur privé. Cet élargissement est destiné à faciliter la mobilité et la reconversion des agents publics.

Alors que le dispositif fait l'objet d'une expérimentation de cinq ans² pour les agents titulaires de la fonction publique, il sera applicable de façon pérenne pour les agents contractuels dès le 1^{er} janvier 2020.

¹ Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

² Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2025.

La rupture conventionnelle dans la fonction publique à compter du 1^{er} janvier 2020

Un accord entre l'agent et son employeur public pourra désormais prévoir la rupture du lien au service entre l'agent et l'administration. Une convention doit alors être signée par les deux parties pour fixer les conditions de la cessation définitive d'activité, notamment le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle.

La rupture conventionnelle constitue un nouveau cas de cessation définitive des fonctions qui entraîne radiation des cadres et perte de la qualité de fonctionnaire. Fixés à l'article 24 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les autres cas sont : l'admission à la retraite, la démission régulièrement acceptée, le licenciement et la révocation. La rupture conventionnelle est alors exclue.

Les personnels concernés par la possibilité d'une rupture conventionnelle sont les agents titulaires des trois versants de la fonction publique, les agents recrutés par contrat à durée indéterminée et les personnels affiliés au régime de régime des pensions des ouvriers et établissements industriels de l'Etat. Sont donc exclus du dispositif : les fonctionnaires stagiaires, les fonctionnaires ayant atteint l'âge leur permettant de partir à la retraite à taux plein et les fonctionnaires détachés en qualité d'agent contractuel.

Dans les six années suivant une rupture conventionnelle, si le fonctionnaire réintègre la fonction publique avec laquelle il avait conclu cette rupture, il est tenu de rembourser les sommes perçues au titre de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle.

La rupture conventionnelle ouvre le droit au bénéfice de l'allocation de retour à l'emploi (ARE) pour l'agent public concerné.

Dans le secteur privé, la rupture conventionnelle entraîne le versement au salarié d'une indemnité : l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle (ISRC). Son montant ne peut être inférieur à celui de l'indemnité de licenciement et elle bénéficie à concurrence des montants définis par la loi du même régime fiscal¹ et social.

En matière sociale, une fraction de l'ISRC peut être exclue de l'assiette des cotisations sociales² mais aussi de celle de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)³.

¹ N'est pas soumise à l'impôt sur le revenu, la fraction d'ISRC qui n'excède pas :

- soit le montant de l'indemnité de licenciement prévu par la convention collective de branche ou l'accord professionnel ou interprofessionnel ;

- soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de six fois le plafond de la sécurité sociale.

² 7° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

³ 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les cotisations sociales, il s'agit de la part d'ISRC non imposable inférieure à deux fois le plafond annuel de sécurité sociale (PASS).

Pour la CSG-CRDS, il s'agit de la part d'indemnité, indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, inférieure soit au montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, soit à deux fois le PASS si ce montant est inférieur.

Les indemnités dont le montant est supérieur à 10 fois le PASS sont intégralement soumises aux cotisations sociales et à la CSG-CRDS.

B. Le présent article duplique pour le secteur public le régime social de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle versée aux salariés du secteur privé

Le I modifie le III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité qui fixe la liste des exclusions de l'assiette de la CSG. Reprenant les termes du 7° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, il dispose que les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux ouvriers des établissements publics de l'État et aux agents contractuels de droit public sont exclues de l'assiette de la CSG dans la limite de deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Il précise par ailleurs que les indemnités supérieures à dix fois ce plafond sont intégralement assujetties.

Le II prévoit le même dispositif d'exclusion de l'ISRC et de double plafond pour « l'assiette de l'ensemble des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge des agents publics et de leurs employeurs ».

Le III prévoit enfin que cette exonération déroge à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale par lequel toute mesure de réduction de cotisations ou contributions de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale par le budget de l'État.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cette mesure complète le dispositif de rupture conventionnelle dans le secteur public en alignant le régime social de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle sur les règles en vigueur dans le secteur privé.

L'absence de référence à une indemnité légale, comme dans le secteur privé, rend potentiellement l'ISRC du secteur public plus généreuse.

En effet, l'ISRC dans le privé est exonérée de CSG-CRDS et de cotisations sociales dans la limite de l'indemnité légale ou, si elle est supérieure, du plafond des deux PASS. L'indemnité légale étant fonction du

salaire et de l'ancienneté, elle peut être d'un montant relativement faible pour les salariés ayant peu d'ancienneté. Le montant d'ISRC, exonéré de cotisations sociales et de CSG, est alors faible.

Or, dans le public, l'absence de référence à une indemnité légale fait qu'un jeune agent en début de carrière obtenant une rupture conventionnelle peut bénéficier d'une indemnité intégralement exonérée et ce jusqu'à hauteur de deux PASS.

Il conviendra d'examiner la réalité de cette différence de traitement en fonction du bilan qui sera tiré dans les années à venir du profil des agents bénéficiant de la rupture conventionnelle.

Aux termes de l'étude d'impact, le coût budgétaire sera limité (9 millions d'euros en 2020 pour 1 000 départs) et ne représente qu'une perte de recettes potentielles de la sécurité sociale puisque le dispositif n'est pas encore mis en œuvre.

Si votre commission partage l'objectif de cet article, elle considère la mesure de non-compensation de la perte de recettes à la sécurité sociale comme n'étant pas justifiée. La création du dispositif de rupture conventionnelle dans la fonction publique relève de la politique de l'État en tant qu'employeur afin d'assurer une mobilité plus forte au sein de ses cadres.

Dès lors, le financement de cette indemnité relève bien d'une politique sectorielle portée par le ministère chargé de la fonction publique et doit être intégralement couvert par des crédits budgétaires.

Votre commission a donc adopté un amendement n° 160 visant à supprimer le III de cet article.

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

Article 9 bis (nouveau)

**Exclusion du dédommagement du proche aidant
d'un bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap
de l'assiette de l'impôt sur le revenu, de la CSG et de la CRDS**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'exclure la prestation de compensation du handicap et du dédommagement du proche aidant de l'assiette de l'impôt sur le revenu, de la CSG et de la CRDS.

I - Le dispositif proposé

A. Le statut fiscal et social du dédommagement au proche aidant versé par une personne handicapée

Depuis la loi du 11 février 2005, toute personne handicapée résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret¹ et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie a droit à une **prestation de compensation (PCH)**.

Cette prestation peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces. Elle **bénéficie aujourd'hui à plus de 284 000 personnes**, pour un coût global de 1,9 milliard d'euros.

L'article L. 245-3 précise les affectations possibles de la PCH, parmi lesquelles figure le **financement des charges liées à un besoin d'aides humaines, y compris, le cas échéant, celles apportées par les aidants familiaux**.

Dans ce cas, aux termes de l'article L. 245-12 du même code, le **dédommagement de l'aidant familial est pris en compte pour la détermination de l'assiette de la CSG au titre des revenus d'activité**. Des dispositions miroir figurent aux articles L. 136-1-3 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale. De ce fait, **ce même dédommagement est soumis à la CRDS**.

Le dédommagement de l'aidant familial est enfin soumis à l'impôt sur le revenu et doit être **déclaré dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC)**².

¹ Selon les dispositions en vigueur, la demande doit être faite entre 20 et 60 ans, ou avant 75 ans si le handicap a été reconnu avant 60 ans

² Réponse ministérielle à la question écrite n° 2101 du député Francis Vercamer, JO AN du 10 avril 2018.

B. L'exclusion proposée du dédommagement des assiettes fiscale et sociale

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, propose d'exclure le dédommagement versé au proche aidant par une personne handicapée au moyen de la PCH de l'assiette de la CSG, de la CRDS et de l'impôt sur le revenu.

À cette fin, il est proposé, d'une part, de supprimer la phrase de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles qui posait le principe de l'assujettissement de cette compensation à la CSG au titre des revenus d'activité (I du présent article) et de modifier en conséquence les articles L. 136-1-3 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale (III du présent article).

Par ailleurs, le II du présent article propose de compléter le 9^o ter de l'article 81 du code général des impôts afin de mentionner les versements perçus à titre de dédommagement par les aidants familiaux à l'aide de la PCH parmi les sommes « affranchies de l'impôt » sur le revenu. Le IV propose enfin que cet affranchissement s'applique à l'impôt sur le revenu dû au titre de l'année 2020 et des années suivantes (en visant semble-t-il à tort le III du présent article, consacré à la CSG).

II - La position de la commission

La commission approuve l'insertion de ce dispositif par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, au sein de ce PLFSS.

Cette initiative s'inscrit en cohérence avec la proposition de loi du président Alain Milon que vient d'adopter le Sénat afin d'améliorer l'effectivité du droit à la PCH. En effet, la nécessité de déclarer le dédommagement de l'aidant familial a pu conduire des personnes handicapées et leurs proches à renoncer à leurs droits.

De plus, le coût modique du dispositif proposé pour les finances sociales (de l'ordre de 2 millions d'euros) illustre d'ailleurs une probable sous-déclaration des dédommagements, notamment lié à la méconnaissance par les intéressés des règles fiscales et sociales qui l'entourent.

La commission a donc simplement adopté un amendement rédactionnel, visant à corriger une erreur de référence (amendement n° 171).

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

Article 9 ter (nouveau)
**Révision du champ d'application et du barème
de la taxe sur les « prémix »**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du rapporteur général, étend aux boissons aromatisées à base de vin la taxe sur les boissons mélangeant des produits alcooliques et des boissons non alcoolisées sucrées, dites « prémix ».

I - Le dispositif proposé

- Les années 1990 ont été marquées par l'essor de la commercialisation des boissons issues du mélange de produits alcooliques, comme les eaux-de-vie (vodka, rhum, gin, whisky...) ou le vin, le cidre et la bière, avec des boissons très sucrées (sodas, limonade, cola, jus de fruit, sirop...). Face à l'enjeu de santé publique associé à la consommation de ces produits essentiellement destinés aux publics jeunes, ces boissons, également appelées « prémix » ou « alcopops », ont été soumises à une taxe à compter de l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997¹. Les effets de cette mesure fiscale se sont rapidement fait sentir : selon les données de l'office français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les ventes de prémix sont tombées à 100 000 en 1997, contre 950 000 en 1996.

- À l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la santé publique en 2004, le dispositif de taxation des boissons alcoolisées à base de mélange a été renforcé afin de tenir compte de la quantité de sucre présente dans la boisson et de supprimer la référence à la taille du conditionnement². Cette révision de la réglementation avait également réintégré dans le champ de la taxe les mélanges d'eau et d'alcool qui en avaient été retirés en 1999. À la suite de cette réforme, une baisse de 40 % sur les ventes de prémix a été observée en 2005.

- Une faille dans le dispositif de taxation des prémix est néanmoins exploitée par les industriels qui ont développé des boissons aromatisées à base de vin, des cocktails aromatisés comprenant des quantités limitées de vin ou encore des vins aromatisés, dès lors que les mélanges à base de vin ne sont pas soumis à la taxe sur les prémix. En application de l'article 1613 bis du code général des impôts, dont les conditions d'application sont explicitées par une circulaire du 8 février 2017³, les boissons soumises à la taxe doivent répondre aux deux critères cumulatifs suivants :

¹ Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

² Introduite par l'article 12 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui limitait le champ de la taxe aux récipients de moins de 60 centilitres.

³ Circulaire NOR ECFD1703991C du 8 février 2017 relative à la taxe sur certaines boissons dite taxe sur les boissons « prémix » - Bulletin officiel des douanes n° 7172.

- 1^{er} critère : le titre alcoométrique doit être compris entre 1,2 % par volume et 12 % par volume. Les panachés et mélanges de bières et de limonade, dont le titre alcoométrique est généralement compris entre 0,5 %/volume et 1,2 %/volume, échappent donc généralement à la taxe « prémix ». Ces mélanges demeurent néanmoins soumis au droit spécifique sur les bières¹. Comme justification à cette « fourchette » de titre alcoométrique pour l'application de la taxe « prémix », le Gouvernement met en avant le fait que les boissons qui titrent à plus de 12 %/volume ne sont pas principalement destinées aux jeunes consommateurs ;

- 2nd critère : les mélanges doivent remplir les critères mentionnés soit au a) du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts, soit au b) du même I :

➤ les mélanges définis au a) du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts comprennent :

- une ou plusieurs boissons dont le titre alcoométrique n'excède pas 1,2 %/volume ;

- et une ou plusieurs des boissons alcooliques suivantes :

- des boissons fermentées (vin mousseux ou non, cidre, poiré...) visées à l'article 435 du code général des impôts ;

- des produits intermédiaires (vins doux naturels, vins de liqueur, porto, pineau...) visés au a du I de l'article 520 A du code général des impôts ;

- des liqueurs et spiritueux (whisky, gin, vodka, rhum...) visés au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;

- des bières ou boissons assimilées visés au a du I de l'article 520 A du code général des impôts ;

➤ les mélanges définis au b) du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts sont des produits alcooliques qui contiennent plus de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente. En application du b) du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts, sont spécifiquement exclues du champ d'application de la taxe :

- les boissons définies au règlement modifié n° 110/2008 du Conseil du 15 janvier 2008 relatif à la définition, à la désignation et à la présentation des boissons spiritueuses (rhum, whisky, boissons anisées comme le Pastis® et liqueurs...) et dont le titre alcoométrique est supérieur à 15 %/volume ;

¹ En application du a du I du A de l'article 520 du code général des impôts.

- les boissons définies au règlement modifié n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014¹ et qui recouvrent les vins aromatisés, les boissons aromatisées à base de vin et les cocktails aromatisés de produits viti-vinicoles. Sont ainsi exclus du champ de la taxe, au titre de ce règlement, les vermouths comme le Martini® ;

- les boissons définies à l'annexe XI *ter* du règlement (CE) n° 1234/2007 du Conseil du 22 octobre 2007². Il s'agit des vins de raisins frais (vins tranquilles, vins mousseux, vins pétillants...) et des vins de liqueur ;

- les boissons définies au 5° de l'article 458 du code général des impôts, à savoir les cidres et poirés tels que définis par le décret n° 53-978 du 20 septembre 1953, et cidres aromatisés tels que définis par le décret n° 87-599 du 29 juillet 1987.

Dans la mesure où les a) et b) du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts sont exclusifs l'un de l'autre³, les vins aromatisés et toutes les boissons résultant d'un mélange sucré à base de vin, ainsi que les cidres et poirés échappent à la taxe sur les prémix.

- Selon les données de l'OFDT, les prémix restent populaires auprès des jeunes : en 2017, les prémix étaient les boissons les plus populaires pour 26 % des jeunes de 17 ans, derrière les bières et les spiritueux, mais devant le champagne et les vins⁴. La distribution de vins aromatisés, titrés parfois à 7° ou 8°, est portée par un *marketing* particulièrement agressif dirigé prioritairement vers les jeunes, qui mise sur des contenants plus petits (33 centilitres, contre 75 centilitres auparavant) et une transition du sucre vers l'alcool avec des références aux confiseries (rosé sucette, rosé *bubble gum*, rosé caramel...) ou aux fruits (rosé pamplemousse, rosé pêche...).

Certains vins aromatisés, mélangés avec des sirops ou des arômes artificiels pour imiter le goût du chocolat blanc, de fruits ou encore de cocktails en tout genre (« *piña colada* », « *mojito* »...), titrent jusqu'à 11,5°. Le marché des prémix à base de vin s'est ainsi développé de façon exponentielle dans la période récente, leurs ventes ayant plus que doublé entre mars 2012 et mars 2013⁵.

¹ Concernant la définition, la description, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des produits vinicoles aromatisés et abrogeant le règlement (CEE) n° 1601/91 du Conseil.

² Portant organisation commune des marchés dans le secteur agricole et dispositions spécifiques en ce qui concerne certains produits de ce secteur.

³ Si la boisson répond aux critères du b), il n'est pas utile de déterminer si elle répond aux critères du a).

⁴ OFDT, Drogues et addictions – Données essentielles, édition 2019.

⁵ Jean-François Arnaud, « L'incroyable succès des vins aromatisés au sirop », in Challenges, édition en ligne du 20 juin 2013 (http://www.challenges.fr/entreprise/l-incroyable-succes-des-vins-aromatises-au-sirop_44943).

• Dans ce contexte, l'article 9 *ter* du PLFSS pour 2020, inséré à l'Assemblée nationale par un amendement de la commission des affaires sociales à l'initiative de la députée Audrey Dufeu-Schubert, modifie l'article 1613 *bis* du code général des impôts à deux égards :

- la référence au règlement n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991, désormais abrogé et auquel s'est substitué le règlement modifié n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, est supprimée. Cette suppression permet d'inclure dans le champ de la taxe sur les prémix les vins aromatisés, les boissons aromatisées à base de vin et les cocktails aromatisés de produits viti-vinicoles ;

- de différencier le montant de la taxe selon qu'elle s'applique aux prémix à base de vin ou qu'elle s'applique aux autres prémix. Le montant de la taxe sur les prémix incluant des boissons définis à l'article 435 du code général des impôts (boissons fermentées telles que les vins mousseux ou non, cidre, poiré...) sera de 3 euros par décilitre d'alcool pur, et le montant de la taxe sur les autres prémix sera de 11 euros.

II - La position de la commission

• Votre commission approuve pleinement l'inclusion des mélanges à base de vin dans le champ de la taxe sur les prémix. Le Sénat avait du reste déjà inclus cette mesure en première lecture dans le PLFSS pour 2019, en adoptant un amendement en ce sens de notre collègue Jocelyne Guidez. Cette disposition n'avait cependant pas été retenue dans le texte adopté définitivement par l'Assemblée nationale.

Votre commission s'interroge néanmoins sur l'opportunité de différencier le montant de la taxe, selon que le mélange contient du vin ou pas. Le lissage de l'impact de cette taxe pour le secteur des vins aromatisés n'est justifié par aucun motif de santé publique. Il n'y a pas lieu, sur le long terme, de traiter différemment les prémix à base de vin et les autres prémix, les premiers faisant au moins autant de dégâts auprès des jeunes dans leur comportement vis-à-vis de l'alcool. D'un point de vue économique, la taxe n'aura du reste qu'un impact très limité sur les producteurs français puisque les prémix à base de vin sont très majoritairement composés de vins étrangers.

• Dans ces conditions, votre commission a adopté un amendement tendant à relever progressivement, sur une durée de cinq ans, le montant de la taxe sur les vins aromatisés pour l'aligner, à terme, sur celui applicable à toutes les boissons « prémix » (amendement n° 172).

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

Article 9 quater (nouveau)

Exclusion de l'assiette de la CSG d'une fraction des rémunérations perçues par les détenus exerçant une activité dans le cadre pénitentiaire

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, d'exclure de l'assiette de la CSG une fraction des rémunérations perçues par les détenus exerçant une activité dans le cadre pénitentiaire.

I - Le dispositif proposé

Lorsqu'une personne détenue effectue un travail pour le compte de l'administration pénitentiaire et est rémunérée par les crédits affectés au fonctionnement des services généraux, sa rémunération bénéficie de plusieurs dispositifs particuliers. Ainsi, l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse est calculée mensuellement sur la base de 67 fois le SMIC horaire. De plus, la cotisation d'allocation familiale n'est pas appelée et le taux de la cotisation maladie est minoré. Enfin, la CSG est due au taux réduit de 5,7 %, fixé depuis 1998 sur des bases juridiques informelles, en raison du faible niveau des rémunérations concernées¹.

Ce caractère informel a récemment conduit la justice à contester l'existence de ce taux spécifique de 5,7 %.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, soutenue par la commission, propose de **légaliser la pratique de l'application de ce taux réduit pour les personnes détenues exerçant une activité dans le cadre pénitentiaire.**

À cette fin, le taux de 5,7 % n'existant pas par ailleurs en matière de CSG, il est proposé de l'atteindre en appliquant le taux normal de 9,2 % **après abattement d'assiette**. Le 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale serait donc complété de façon à ce que ne soit pas soumise à la CSG « *la fraction de la rémunération versée aux personnes [détenues] qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, un pourcentage de la rémunération réelle fixé par décret* ».

II - La position de la commission

La commission n'est pas opposée au dispositif proposé, qui légalise une situation de fait et ne concerne qu'une très faible masse salariale.

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

¹ Lors de la première séance du 24 octobre 2019 à l'Assemblée nationale, le ministre qui a défendu l'insertion du présent article, M. Cédric O, a indiqué que la rémunération moyenne d'un détenu effectuant un travail était de 272 euros par mois en 2018.

Article 9 quinquies (nouveau)

**Exonération de la contribution sur les avantages de préretraite
du dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée
d'activité de la branche des ports et de la manutention portuaire**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, exonère de la contribution sur les avantages de préretraite et de cessation anticipée d'activité le dispositif conventionnel mis en place dans la branche professionnelle des ports et de la manutention portuaire de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale institue une contribution assise sur les avantages de préretraite ou cessation anticipée d'activité versés sous quelque forme que ce soit, au taux de 50 %.

Créée lors de la réforme des retraites de 2003, cette taxe sur les préretraites d'entreprise frappe les sommes versées après la rupture du contrat de travail. Comme l'expliquait un rapport récent de votre commission¹, à la différence des préretraites suivant une simple suspension du contrat de travail, la préretraite postérieure à une rupture du contrat n'est pas considérée comme un salaire. Les rentes servies ne sont donc pas soumises aux cotisations sociales.

Afin de rendre moins attractif ce dispositif pour l'employeur et avec comme objectif de maintenir les seniors en emploi, la loi du 21 août 2003 a donc institué une taxe sur les sommes versées dans le cadre des préretraites d'entreprise au taux de 23,85 %, augmenté à 50 % en 2007.

Le présent article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à soustraire de cette contribution les sommes versées dans le cadre du dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité de la branche ports et manutention.

Résultant de l'accord de branche du 16 avril 2011 relatif à la cessation anticipée d'activité, ce dispositif permet aux salariés des ports et des entreprises de manutention portuaire exerçant certains métiers (ouvriers dockers, agents de maintenance portuaire, haleurs, lamaneurs...) d'anticiper de trois ans leur fin d'activité professionnelle.

Cette exonération se justifierait, selon l'exposé des motifs, par le fait que « l'objectif de l'accord est de protéger une population qui présente des risques réels de développement de pathologies liées à la pénibilité ».

¹ Réforme des retraites : le défi des fins de carrière, rapport d'information n° 749 (2018-2019), M. Lubin et R.P. Savary, septembre 2019.

Le second alinéa prévoit en revanche que les sommes versées dans le cadre de la cessation anticipée d'activité seront soumises au forfait social dont le taux est actuellement de 20 %.

II - La position de la commission

Le dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité de la branche des ports et de la manutention portuaire vise à répondre à la pénibilité des métiers concernés.

Il est toutefois regrettable que cette réponse à une pénibilité indéniable n'emprunte pas une forme qui soit plus susceptible de favoriser la prévention engageant les personnes concernées à rester moins longtemps dans un poste pénible.

Votre rapporteur ne peut qu'engager les partenaires du dialogue social de la branche à s'engager dans cette voie à l'occasion du renouvellement de l'accord de 2011 afin qu'ils s'accordent sur des dispositifs plus favorables à la prévention et au maintien dans l'emploi des seniors dans le cadre d'une meilleure gestion des fins de carrière.

Il rappelle que, dans cette logique, une exonération comparable appliquée au transport routier par les LFSS pour 2017 et 2018 a été bornée dans le temps, afin de favoriser la conclusion d'un nouvel accord.

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

Article additionnel après l'article 9 quinquies
**Contribution exceptionnelle
des organismes complémentaires d'assurance maladie**

Objet : Le présent article a pour objet d'instaurer, pour la seule année 2020, une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, au travers d'une augmentation provisoire de la taxe de solidarité additionnelle.

Le Sénat, à l'initiative de la commission, avait inséré dans le PLFSS pour 2019 un article qui augmentait provisoirement **la taxe de solidarité additionnelle (TSA)** aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, définie à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, notamment dans le but de conserver l'équilibre alors prévu des comptes de la sécurité sociale en 2019¹.

¹ Cf. rapport Sénat n° 111, tome II, commentaire de l'article additionnel après l'article 12 et

Le présent article, quoique voisin dans son dispositif, répond à **une logique différente, de protection des personnes assurées auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).**

En effet, plusieurs représentants des OCAM manifestent de plus en plus clairement l'intention de procéder prochainement à des hausses de tarif conséquentes du fait de l'application progressive du « reste à charge zéro » pour les lunettes et les prothèses dentaires ou auditives.

Or de telles hausses seraient particulièrement inopportunes et injustifiées. Outre qu'elles trahiraient l'esprit de la LFSS pour 2019 qui a prévu la mise en place progressive de ce « reste à charge zéro »¹, elles creuseraient encore les marges d'efficience dont disposent les organismes complémentaires. À cet égard, il convient de rappeler que la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, a mis en lumière que **la souscription d'une couverture santé complémentaire engendre pour les ménages un surcoût pouvant être estimé (en 2014) à 7 milliards d'euros** au moins par rapport au montant des dépenses de santé couvertes par ces contrats. Selon la Cour, **ce surcoût est lié essentiellement aux frais de gestion des organismes complémentaires (pour 6,4 milliards d'euros).**

Le présent article propose donc, à titre conservatoire, **d'augmenter, pour la seule année 2020, la taxe de solidarité additionnelle** aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, définie à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, **en passant son taux de 13,27 % à 14,30 %.** **Dès le 1^{er} janvier 2021, le taux de la TSA serait ramené à 13,27 %.** Le produit supplémentaire ainsi dégagé serait de **400 millions d'euros.**

Cette « clause de sauvegarde » aurait vocation à évoluer, au cours de la navette parlementaire, en fonction des engagements de modération tarifaire que pourraient prendre les OCAM. Elle enverrait en tout cas de cause aux professionnels concernés le message que **le Parlement ne resterait pas sans réaction face à des hausses de tarifs qui pénaliseraient de manière injustifiée le pouvoir d'achat des assurés.**

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 194).

¹ Cf. également décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

CHAPITRE II

SIMPLIFIER ET MODERNISER LES RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

Article 10

Unification du recouvrement dans la sphère sociale

Objet : Cet article procède à l'unification du recouvrement dans la sphère sociale autour du réseau des Urssaf et simplifie et sécurise les démarches déclaratives des entreprises via la déclaration sociale nominative (DSN).

I - Le dispositif proposé

A. L'unification du recouvrement des cotisations sociales au sein de l'Acoss et la consolidation de ses compétences

1. Le droit existant

• *L'unification du recouvrement des cotisations sociales : un mouvement engagé depuis 2011*

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), tête de réseau des 22 unions de recouvrement de sécurité sociale et des allocations familiales (Urssaf) est l'organe de recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général de la sécurité sociale.

Progressivement, ses compétences se sont élargies à un champ plus large que le seul régime général. En 2011, l'Acoss a repris le recouvrement des cotisations et contributions finançant l'Unédic¹, ce qui s'est traduit par une simplification des démarches des entreprises et une amélioration du taux de recouvrement.

Les réformes successives du régime social des indépendants, jusqu'à son intégration définitive dans le régime général², ont également permis de confier le recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants à l'Acoss.

Plus récemment encore³, ce sont les contributions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) et à la formation professionnelle ainsi que la taxe d'apprentissage dont le recouvrement a été confié aux Urssaf et sera effectif le 1^{er} janvier 2021. Ces dernières recouvrent

¹ Article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi. L'échéance a été avancée par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

² Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

³ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel

également le versement transport dont l'assiette est constituée des revenus d'activité et les recettes sont affectées aux autorités organisatrices de transport.

De même, le transfert progressif du recouvrement du régime spécial de sécurité sociale des marins vers l'Acoss a été engagé. L'objectif figure dans la convention d'objectifs et de gestion 2016-2020 entre l'État et l'établissement national des invalides de la marine (Enim). L'article 18 de la LFSS pour 2019 modifie l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale qui fixe les missions de l'Acoss pour intégrer dans son champ de compétence le recouvrement des cotisations et contributions sociales des régimes obligatoires de sécurité sociale (3° de l'article L. 225-1-1). De plus, depuis la LFSS pour 2016¹, l'Acoss est déjà chargée de prélever les cotisations d'allocations familiales, la CSG ainsi que les contributions d'assurance chômage des marins.

• *La persistance de quatre grands réseaux de recouvrement et d'une pluralité de petits acteurs dans la sphère sociale*

Actuellement, quatre réseaux de recouvrement existent dans la sphère sociale :

- l'Acoss et ses 22 Urssaf pour le recouvrement du régime général, de l'Unédic et d'un certain nombre de contributions sociales affectées à d'autres sphères que la sécurité sociale ;

- l'Agirc-Arrco et ses 13 groupes de protection sociale (GPS), chargés de recouvrer les cotisations et contributions de retraite complémentaire des salariés du secteur privé. 800 personnes équivalents temps plein (ETP) recouvrent chaque année environ 75 milliards d'euros de recettes ;

- la Caisse des dépôts et consignations, chargée par l'intermédiaire de sa direction des retraites et de la solidarité de la gestion de trois régimes couvrant la fonction publique : la caisse nationale de retraite des agents titulaires des fonctions publiques territoriale et hospitalière (CNRACL), l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État des collectivités publiques (Ircantec) et l'établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP). Le recouvrement représente 27 milliards d'euros annuels de cotisations encaissées, dont 21 pour la seule CNRACL, auprès de 63 000 employeurs et mobilise 47 ETP. Si les régimes gérés par la Caisse des dépôts présentent des caractéristiques très différentes, leur gestion fait l'objet de procédures centralisées (gestion des comptes employeurs, immatriculation, recouvrement proprement dit...) ;

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (art. 16).

- enfin la Mutualité sociale agricole et les 35 caisses de son réseau : n'étant pas concernée par la reprise de son activité de recouvrement, elle n'est même pas mentionnée dans l'étude d'impact comme réseau de recouvrement de la sphère sociale. L'activité participe pourtant du rôle de « guichet unique » que joue la MSA dans le monde agricole.

Outre ces quatre principaux réseaux, le recouvrement dans la sphère sociale est le fait d'acteurs multiples que sont les caisses chargées de la gestion des régimes autonomes ou spéciaux de retraite. Il s'agit principalement des régimes spéciaux à employeur unique (service des retraites de l'État, SNCF, RATP, Banque de France, Comédie-Française...) ou multiples (industries électriques et gazières- les IEG, les clercs et employés de notaires assurés par la caisse dédiée-CRPCEN ou encore les ministres du culte).

De plus, les caisses des professionnels libéraux qu'il s'agisse du régime de base (CnavPL) ou des 10 sections professionnelles assurant le service de la retraite complémentaire ou encore la caisse nationale des barreaux français pour les avocats procèdent également à un recouvrement de leurs cotisations et contributions de façon autonome.

• *Une commande politique allant au-delà de l'unification au sein de la sphère sociale*

Dans un discours du 11 juillet 2018, le Ministre de l'action et des comptes publics a annoncé le rapprochement, et à terme l'unification, du recouvrement de l'ensemble des prélèvements obligatoires au sein d'une même agence de recouvrement fiscal et social pouvant regrouper la direction générale des finances publiques et l'Acoss.

Une mission a été confiée à M. Alexandre Gardette pour étudier les possibilités de rapprochement entre les sphères fiscale et sociale. Le rapport de la mission, remis au Gouvernement le 31 juillet 2019¹, a conclu que l'unification complète du recouvrement fiscal et social n'est pas sans risques. Il nécessite en tous cas de nombreux prérequis à commencer par l'unification du recouvrement au sein de chaque sphère autour d'un même opérateur.

Trois chantiers prioritaires sont donc identifiés :

- la mise en œuvre du rapprochement au sein de chaque sphère. Le présent article met en œuvre le processus pour la sphère sociale ;

- la création d'un portail commun du recouvrement, social et fiscal, permettant de proposer des services communs aux entreprises et particuliers mis en œuvre par les différents opérateurs. Suivant le principe du « *dites-le nous une fois* », il pourrait s'agir de services permettant de ne déclarer qu'une seule fois un changement d'adresse ou de coordonnées bancaires, de bénéficier d'un tableau de bord unique permettant de savoir ce qui est dû dans les deux sphères ou encore de signaler les difficultés d'une entreprise ;

¹ À sa demande, votre rapporteur a pu consulter la version intégrale du rapport, comprenant également les développements de la mission sur l'unification du recouvrement au sein de la sphère sociale, qui avaient été coupés dans la version mis en ligne sur le site du Gouvernement.

- la possibilité à terme d'envisager des compensations socio-fiscales.

À la suite du rapport, une mission interministérielle appelée « France recouvrement » a été créée¹ pour développer le portail et les services communs, laissant aux deux opérateurs retenus pour chaque sphère la mission d'unifier le recouvrement en leur sein.

2. Le dispositif proposé

a) *L'Acoss : une compétence élargie et consolidée*

- *Une compétence générale de l'Acoss en matière de recouvrement des cotisations sociales...*

Le 5° du I réécrit l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale qui définit la mission générale des Urssaf. Alors qu'elle était principalement centrée sur les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les salariés et assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs, le 1° de l'article L. 213-1 dispose désormais que les Urssaf assurent « *le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus légalement obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés* » autres que les salariés agricoles et les gens de mer résidant en France de façon stable (voir *infra*, développements sur le régime des marins).

Tirant les conséquences de l'intégration du RSI au régime général, le 2° de l'article L. 213-1 confie aux Urssaf une mission de recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants à l'exception de celles versées par les professionnels libéraux pour leur assurance vieillesse de base et complémentaire.

Il n'est plus fait mention du recouvrement de la CSG qui relève du champ général des cotisations et contributions.

Le 3° reprend la compétence de l'Acoss en matière de recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants libéraux exerçant une profession non réglementée et qui ne souhaitent plus relever de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse².

Le 4° réécrit les dispositions existantes, sans changement de fond, confiant à l'Acoss le recouvrement de certaines contributions. Il en est ainsi de la contribution due au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), prévue à l'article L. 5212-9, de la contribution de

¹ Décret n° 2019-949 du 10 septembre 2019 portant création d'une mission interministérielle, dénommée « France Recouvrement », chargée du pilotage de la réforme du recouvrement fiscal et social.

² La Cipav gère l'assurance vieillesse des professionnels libéraux autres que ceux relevant d'une caisse de retraite attachée à une profession réglementée. La LFSS pour 2018 a réduit le périmètre de la Cipac à une liste de métier définie à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. Pour les autres professions, un droit d'option est ouvert pour les professionnels qui peuvent choisir d'être affiliés à la sécurité sociale des indépendants, gérée par le régime général.

formation professionnelle et d'apprentissage (article L. 6131-1 du code du travail) et de la contribution pour la formation professionnelle des travailleurs indépendants (article L. 6331-48 du code du travail).

Le 4° élargit également la compétence de l'Acoss en matière de recouvrement à la contribution « fonds hospitalier », visée à l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le 5° de l'article L. 213-1 élargit également le champ de compétence des Urssaf à toute autre activité de recouvrement qui leur serait confiée par loi.

La fonction de contrôle des Urssaf, défini au 6° de l'article L. 213-1, précise qu'elle porte sur les cotisations, les versements et les contributions à l'exception des éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme.

Le II nouveau de l'article L. 213-1 reprend les dispositions actuelles en matière de compétence réglementaire pour déterminer les modalités d'organisation des Urssaf et de possibilité de délégation d'activité entre deux unions.

En visant l'ensemble des cotisations et contributions obligatoires de sécurité sociale dues par les salariés et employeurs, la loi prévoit donc le transfert à l'Acoss du recouvrement¹ :

- des cotisations de retraite complémentaire Agirc-Arrco ;
- des cotisations de retraite des agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières recouvrées actuellement par la Caisse des dépôts et consignations ;
- des cotisations de retraite des agents non titulaires de la fonction publique, en particulier celles de leur assurance vieillesse complémentaire ;
- des cotisations dues au titre des régimes spéciaux multi-employeurs. Il s'agit des cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse du régime des IEG, actuellement recouvrées respectivement par la caisse d'assurance maladie des IEG (Camieg) et la caisse nationale des IEG (Cnieg) et des cotisations d'assurance vieillesse recouvrées par la CRPCEN pour les clercs et employés de notaires et la Cavimac pour les ministres du culte.

Les 12°, 13°, 14°, 15° et V procèdent à des coordinations dans les règles applicables respectivement à l'Agirc-Arrco (pour les 12° et 13°), la Cavimac, l'Ircantec et la CRPCEN.

¹ Liste confirmée par une note de l'Acoss qu'a pu consulter votre rapporteur général.

- ... qui supporte encore quelques exceptions

À cette compétence générale, le **6° du I** du présent article fixe un certain nombre de dérogations qui sont rassemblées dans un nouvel article L. 213-1-1.

Il convient tout d'abord de préciser qu'une lecture *a contrario* de l'article L. 213-1 permet d'exclure du champ de compétence de l'Acoss les assurés couverts :

- par la mutualité sociale agricole, qu'il s'agisse des exploitants agricoles ne relevant pas du champ des travailleurs indépendants fixé à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale ni des salariés agricoles, explicitement exclus du champ de l'article L. 213-1 ;

- et le régime d'assurance vieillesse des professions libérales.

L'article L. 213-1-1 prévoit par ailleurs que les dispositions du 1° de l'article L. 213-1 ne sont pas applicables au recouvrement :

- de la cotisation supplémentaire sur les émoluments et honoraires dues par les notaires et instituée pour le financement de la CRPCEN, qui demeurera prélevée par la caisse ;

- des cotisations d'assurance vieillesse des régimes spéciaux à employeur unique (SNCF, RATP, Banque de France, Comédie-Française...) ;

- des cotisations d'assurance vieillesse dues par les salariés des régimes comptant moins de 500 employeurs et acquittant moins de 500 millions d'euros de cotisations par an. Il s'agit principalement des régimes de retraite fermés au premier rang desquels le régime des mines.

- *Le cas spécifique du régime des marins*

Alors que le transfert du recouvrement du régime des marins a été initié dans la LFSS pour 2019, le présent article en modifiant le champ de compétences des Urssaf (article L. 213-4 par le **5° du I**) élargit la compétence de l'Urssaf désignée par le directeur de l'Acoss, en l'espèce l'Urssaf de Poitou-Charentes, à l'ensemble des cotisations et contributions dues par les assurés du régime de sécurité sociale des marins.

Des adaptations sont opérées par le **II** du présent article pour tirer les conclusions de cette nouvelle compétence des Urssaf :

- les **1°** et **2°** abrogent le III de l'article L. 5542-5 du code des transports pour supprimer la dispense de déclaration préalable à l'embauche dont bénéficiaient les entreprises de marine. D'après les services de l'Acoss, cette mesure permettra de mieux identifier les cotisants/assurés et de les intégrer pleinement dans le droit commun ;

- le 3° abroge l'article L. 5553-16 du code des transports qui prévoyait une majoration de 2 % du montant des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs propriétaires ou affréteurs d'un navire en cas de défaut d'assurance pendant la durée de l'armement.

• *La mise en place d'une garantie de reversement aux attributaires des sommes dues et non plus seulement encaissées*

Le 8° **du I** du présent article modifie l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale pour préciser la mission de l'Acoss. Aux termes du 5° de cet article, intégralement réécrit, l'Acoss est chargée de centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les Urssaf et les Caisses de gestion de sécurité sociale (CGSS) dans les outre-mer.

L'Acoss assure alors la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent. Par conséquent, l'Acoss va désormais garantir aux régimes le versement des sommes dues telles que déclarées et pas simplement les sommes effectivement encaissées. Elle ne tiendra plus compte des éventuelles sommes impayées.

Pour assurer cette garantie, il est instauré au profit de l'Acoss un prélèvement forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une part des cotisations et contributions sociales qui ne doivent pas être reversées au régime général et d'autre part, de la contribution due au titre de l'OETH, la contribution de formation professionnelle et d'apprentissage et celle pour la formation professionnelle des travailleurs indépendants.

Son taux, fixé par arrêté ministériel, ne pourra pas dépasser celui appliqué par la DGFIP dans le cadre des mécanismes existant dans la sphère fiscale, soit 3,6 %, ou s'il est inférieur, le taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence.

D'après les services de l'Acoss, « *il s'agit d'une simplification majeure des relations entre l'Acoss et les attributaires, sur le modèle de ce que pratique la DGFIP avec les collectivités territoriales par exemple. Pour une partie de ces attributaires, l'Acoss reversera directement les cotisations dues telles qu'elles ont été déclarées en DSN, fiabilisées et contrôlées (...). Cela est d'autant plus justifié que dans tous les régimes des mécanismes existent déjà dans le même esprit pour ne pas pénaliser les salariés dans les cas où leur employeur n'a pas reversé les cotisations dont il était redevable* »¹.

Des frais de gestion pourront également s'ajouter à ce taux forfaitaire pour les régimes affectataires ne relevant pas du régime général.

¹ Note d'information fournie à votre rapporteur général.

Le 10° du I modifie l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale pour supprimer le fonds national de gestion administrative de l'Acoss. Désormais les charges de gestion administrative de l'Agence seront couvertes directement les branches du régime général dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

De plus, les écarts éventuels entre les sommes effectivement recouvrées et celles reversées aux régimes seront intégrés dans les comptes du régime général.

b) Un calendrier de bascule prévu sur 4 ans au moins

- Un calendrier s'échelonnant jusqu'au 1^{er} janvier 2023

Le IX du présent article prévoit une série de dispositions relatives à la mise en œuvre notamment de l'unification du recouvrement.

Calendrier de déploiement de l'unification du recouvrement

Année de bascule	Régime	Caisse assurant la gestion	Division du IX précisant la date retenue
2020	Assurance maladie des salariés IEG	Camieg	3° a)
2021	Régime des marins	Enim	3° b)
2022	Assurance vieillesse complémentaire du secteur privé	Agirc-Arcco	1°
	Assurance vieillesse des salariés IEG	Cnieg	2° (renvoyant au VII)
2023	Assurance vieillesse de la fonction publique territoriale et hospitalière ; Cotisations dues au fonds pour l'emploi hospitalier ; Assurance vieillesse complémentaire des agents non titulaires de la fonction publique ; Régime de retraite additionnel de la fonction publique	CNRACL FEH Ircantec ERAFP Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations	3° c) et 4°
	Régime des clercs et employés de notaires	CRPCEN	
	Régime des ministres des cultes	Cavimac	

Source : Commission des affaires sociales, d'après étude d'impact

- *Une possibilité de report ou d'anticipation d'un an sous le contrôle du Parlement*

Le 6° du IX prévoit également une mesure de souplesse dans l'entrée en vigueur :

- de la bascule du recouvrement des régimes mentionnés ci-dessus à l'Acoss ;

- des contributions au titre de l'OETH dont le transfert du recouvrement aux Urssaf a été décidé par la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et est prévu au 1^{er} janvier 2021.

La date de ces transferts pourra être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables dans la limite d'un an. Le Gouvernement devra alors, le cas échéant, remettre au préalable un rapport au Parlement en justifiant les raisons.

c) L'extension des possibilités d'échanges d'information entre certificateurs des comptes

L'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières dispose que chaque année, la Cour des comptes établit un rapport en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général. Le rapport de certification des comptes de la sécurité sociale est remis au Parlement au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés.

Pour l'établissement de ce rapport, l'article L. 141-10 du même code prévoit les pouvoirs de contrôle dont disposent les membres et personnels de la Cour des comptes :

- ils peuvent examiner les opérations de certification qu'effectuent les commissaires aux comptes des organismes de sécurité sociale et du fonds de réserve des retraites ;

- ils peuvent également demander aux commissaires aux comptes de ces mêmes organismes tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes. Ils peuvent en particulier se faire communiquer les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes ;

- enfin ils sont habilités à communiquer aux commissaires aux comptes tout renseignement sur les opérations effectuées pour le compte de ces derniers par les organismes du régime général et sur les vérifications qu'ils ont opérées. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités dont une partie des opérations est gérée par les organismes ou branches du régime général.

Les opérations gérées par le régime général pour lesquelles les membres de la Cour sont habilités à communiquer avec des commissaires aux comptes d'autres organismes que ceux du régime général sont par exemple l'Unédic, pour laquelle le recouvrement des contributions est assuré par l'Acoss.

En sens inverse et d'après l'étude d'impact, les textes ne prévoient pas que les membres de la Cour « *puissent demander des éléments d'assurance aux commissaires aux comptes d'organismes autres que les organismes de sécurité sociale, gérant des opérations ayant un impact financier sur le régime général* ». Or, le caractère incomplet des règles encadrant les échanges d'informations entre certificateurs « *peut ainsi contraindre ces derniers à exprimer des réserves pour limitation dans l'exercice de leurs contrôles, ou bien obliger les organismes audités à demander à leurs partenaires des attestations de leurs commissaires aux comptes qui renchérisse le coût global de la certification* ».

Aussi, le **III** du présent article modifie l'article L. 141-10 du code des juridictions financières pour prévoir que les membres de la Cour peuvent demander aux commissaires aux comptes d'autres entités que les organismes de la sécurité sociale tous renseignements sur les opérations effectuées par ces entités et ayant un impact financier significatif sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général.

d) La simplification des modalités d'admission en non-valeur des créances irrécouvrables

Les articles L. 133-3 et L. 243-3 du code de la sécurité sociale prévoient dans les mêmes termes que l'admission en non-valeur des cotisations sociales, impôts et taxes affectées est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

L'admission en non-valeur est une procédure consistant à reconnaître au plan comptable le caractère irrécouvrable de ces recettes.

Comme l'explique l'étude d'impact, le passage devant le conseil d'administration pour une telle procédure, « *s'avère chronophage et n'apporte pas de réelle valeur ajoutée au regard de la sécurisation du bien-fondé des admissions en non-valeur de créances* ». De plus, l'admission en non-valeur est une opération comptable s'inscrivant dans le respect de règles prédéfinies et non une appréciation en opportunité.

Le **11° du I** du présent article abroge l'article L. 243-3.

Le 1° du I modifie l'article L. 133-3 pour préciser que le décret fixant les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leur créances ou de leurs dettes précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur.

L'étude d'impact explique que la décision comptable d'admission en non-valeur sera placée sous la seule responsabilité du directeur et de l'agent comptable de l'organisme.

B. La simplification des démarches des entreprises et la fiabilisation des déclarations sociales

1. La simplification des démarches via le pré-remplissage de la DSN

L'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale instaure la déclaration sociale nominative, cadre juridique et technique unique, permettant aux entreprises de réaliser toutes leurs déclarations sociales.

Généralisée à l'ensemble du secteur privé depuis le 1^{er} janvier 2017, la DSN doit désormais s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2020 à tous les employeurs des régimes spéciaux avant qu'elle ne s'étende aux employeurs de la fonction publique progressivement jusqu'en 2022.

Le présent article entend améliorer le dispositif en prévoyant deux mesures.

D'une part, il est constaté un nombre important d'erreurs sur des données déclaratives pourtant détenues par l'administration comme par exemple le taux de cotisation accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) ou le taux de versement transports. Ces informations importantes sont communiquées aux employeurs par l'administration mais de manière séparée de la DSN.

Comme l'explique l'étude d'impact, *« ces erreurs entraînent une intervention de l'organisme de recouvrement afin que les entreprises corrigent »*, générant des coûts inutiles.

Le 2^o du I prévoit les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des employeurs au moyen d'un dispositif unifié, les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale.

La DSN comportera donc désormais non seulement un flux déclaratif sortant de l'entreprise vers l'administration mais aussi un flux entrant, permettant aux organismes de sécurité sociale et administrations de communiquer les informations utiles pour qu'elles soient directement prises en compte pour l'établissement des déclarations suivantes.

2. La fiabilisation des démarches déclaratives

Le 3^o du I crée un article L. 133-5-3-1 visant à améliorer le dialogue entre entreprises et organismes de recouvrement via la DSN.

Cet article prévoit que les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes destinataires de la déclaration. En cas de constat d'anomalie, les

déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En cas de carence, les organismes de recouvrement peuvent procéder d'eux-mêmes à cette correction.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de cet article en particulier la procédure contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes destinataires et les modalités d'organisation garantissant la simplicité et le caractère coordonné des procédures.

Tirant les conséquences de la nouvelle procédure d'échanges d'information à l'issue des contrôles, le **4° du I** modifie l'article L. 133-5-4 pour adapter les règles de sanction en cas de défaut dans la production ou l'exactitude des données transmises au sein de la déclaration sociale. Désormais, l'absence de correction dans le cas prévu à l'article L. 133-5-3-1 entraînera l'application d'une pénalité.

Cette pénalité, fixée par décret en Conseil d'État ne peut dépasser 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur les 26 amendements adoptés par l'Assemblée nationale, 24 l'ont été à l'initiative de notre collègue rapporteur général Olivier Véran et sont rédactionnels, de coordination ou corrigent une erreur matérielle.

Un amendement du Gouvernement a été adopté pour inclure dans le champ du transfert vers l'Acoss le recouvrement des cotisations dues pour les marins rattachés par leur employeur à un établissement situé dans un département de métropole ou d'outre-mer par les entreprises établies sur le territoire national et possédant des navires immatriculés à l'étranger.

Cet amendement permet de simplifier l'état actuel du texte aux termes duquel les entreprises ayant un établissement en France et possédant des navires immatriculés en France et d'autres hors de France seraient dans l'obligation de déclarer une partie des salariés à l'Urssaf et une partie à l'Enim.

Un amendement soutenu par notre collègue rapporteur pour avis Cendra Motin vise à autoriser le report du transfert du recouvrement vers l'Acoss, selon l'avancée des travaux, d'un an supplémentaire pour le porter à deux ans.

Cet amendement vise dans son exposé des motifs la Caisse des dépôts et consignations dont les travaux de transfert du recouvrement se superposent avec d'autres chantiers informatiques majeurs comme l'extension de la DSN aux régimes publics et la mise en place du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif de simplification poursuivi par cet article. Outre des économies non négligeables à terme¹, après une phase d'investissement pour adapter les systèmes d'information des régimes, le nouveau système intégré de recouvrement et piloté par l'Acoss devrait être plus efficient et lisible pour les entreprises.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur, le transfert du recouvrement à l'Acoss s'accompagnera d'une délégation à l'Agirc-Arrco de la fiabilisation des données individuelles.

Tirant le meilleur des savoir-faire des deux réseaux, le futur système les fera travailler de concert pour améliorer le service aux assurés :

- à l'Acoss, la mission d'encaissement des cotisations, du contrôle de cohérence, des contrôles sur place et du recouvrement forcé ;

- à l'Agirc-Arrco, sous l'autorité de l'Acoss qui assurera l'interlocution avec les entreprises, la fiabilisation des données individuelles afin de maintenir la qualité de service.

Comme le notait le rapport de la mission « Gardette », cette organisation sera compatible « avec la proposition faite par l'Agirc-Arrco dans le cadre des travaux du GIP Union retraites d'assurer la fiabilisation de l'ensemble des données nominatives avant leur inscription au RGPU pour tous les régimes concernés. La direction de la sécurité sociale souligne l'intérêt d'une telle fiabilisation à condition qu'elle bénéficie à l'ensemble des risques ».

Il paraît sage également à ce stade de laisser de côté la MSA, qui bénéficie d'un rôle d'interlocuteur social unique auprès des exploitants agricoles et dont le recouvrement est une dimension stratégique. De même pour les régimes spéciaux mono-employeur, le gain d'un transfert du recouvrement à l'Acoss ne semble pas probant, les régimes spéciaux de retraite étant souvent partie prenante des services de paie et de gestion du personnel.

Dans la sphère publique, la mesure semble soulever une plus forte réticence en raison des spécificités des employeurs publics. Le basculement attendu de la sphère publique dans la DSN à partir du 1^{er} janvier 2020 devrait contribuer à rapprocher les pratiques pour accélérer, le cas échéant, le calendrier de bascule.

Votre commission a adopté cinq amendements rédactionnels ou de coordination (amendements n^{os} 211, 161, 162, 163 et 165).

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

¹ L'étude d'impact évoque une économie de 150 millions d'euros pour l'Acoss et 200 millions d'euros pour l'Agirc-Arrco en dehors des dépenses d'investissement pour mettre en place la réforme.

Article 11

**Simplifier les démarches déclaratives
et les modalités de recouvrement des cotisations
et contributions sociales des travailleurs indépendants**

Objet : Cet article vise à mettre fin à la déclaration sociale des travailleurs indépendants et à étendre à Mayotte le statut de micro-entrepreneur.

I - Le dispositif proposé

A. La suppression de la déclaration sociale des travailleurs indépendants

1. Trois déclarations de revenus par an et de larges redondances

L'article L. 613-2 du code de la sécurité sociale prévoit que les travailleurs indépendants non agricoles souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales, appelée déclaration sociale des indépendants (DSI).

Cette déclaration doit permettre au travailleur indépendant de déclarer le montant de ses cotisations sociales déjà déclaré à l'administration fiscale afin que l'organisme de recouvrement puisse d'une part, reconstituer son assiette de CSG-CRDS et d'autre part, déterminer l'assiette des cotisations permettant le calcul définitif des cotisations dues¹.

Il résulte de ces dispositions que les travailleurs indépendants, soumis au régime réel d'imposition², sont tenus de réaliser trois déclarations distinctes chaque année :

- une **déclaration de résultats professionnels** (liasse fiscale), transmise à l'administration fiscale et permettant de déterminer le résultat de l'activité professionnelle ;

- une **déclaration de revenus**, comme pour tout contribuable, permettant d'établir l'impôt sur le revenu du foyer ;

- une **déclaration sociale**, transmise à l'Urssaf et permettant d'établir le montant définitif des cotisations dues au titre de l'année précédente.

¹ Les cotisations sociales des travailleurs indépendants ne sont pas calculées sur leur rémunération brute, comme pour les salariés, mais sur une assiette nette constituée de leurs revenus d'activité desquels est déduit le montant de leurs cotisations sociales. La détermination de l'assiette suppose de connaître a priori le montant des cotisations sociales alors qu'elle doit servir à en déterminer le montant. Ce phénomène de circularité a été expliqué dans le rapport de votre commission sur le PLFSS pour 2019 au commentaire de l'article 16.

² Les travailleurs indépendants bénéficiant du régime de micro-entrepreneur (article L. 613-7) disposent de modalités de déclarations fiscales et sociales simplifiées. Ils sont en particulier dispensés de la déclaration des résultats professionnels.

Le 5 septembre 2017, le Premier ministre s'est engagé auprès des travailleurs indépendants à unifier les déclarations sociales et fiscales à partir de 2021 pour la campagne des revenus 2020. Cet engagement reprenait d'ailleurs une proposition ancienne de votre commission formulée dès 2014¹.

Comme l'indique l'étude d'impact, « ces trois déclarations présentent entre elles des redondances sur les données demandées. L'organisation de l'administration en entités étanches a ainsi conduit à imposer aux travailleurs indépendants des démarches cumulatives, loin de l'ambition de ne demander qu'une seule fois une information à toute personne effectuant des démarches ».

De plus, comme l'avait déjà souligné le débat au Sénat sur la suppression du RSI², les travailleurs indépendants sont dans l'attente d'une simplification radicale tant des règles de calcul que des modalités de recouvrement de leurs cotisations et contributions sociales.

L'unification de la déclaration de revenus et de la déclaration sociale des indépendants est donc une étape importante dans cette voie de simplification qu'a ouverte la suppression du RSI.

Elle s'inscrit aussi dans la mise en œuvre du principe du « dites-le nous une fois » promu depuis 2013 et désormais solidement ancré dans les relations entre l'administration et les citoyens³.

2. La suppression de la déclaration sociale des indépendants

Le 2° du I procède à une réécriture complète de l'article L. 613-2 du code de la sécurité sociale.

Son I prévoit que les travailleurs indépendants non agricoles et non soumis au régime de la micro-entreprise ont l'obligation de déclarer les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la déclaration des revenus, prévue à l'article 170 du code général des impôts.

Les organismes de recouvrement (Urssaf et caisses générales de sécurité sociale dans les outre-mer) reçoivent alors de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant.

L'identification du travailleur indépendant se fera grâce au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, à savoir le NIR permettant l'identification auprès des organismes de sécurité

¹ Rapport d'information n° 597 (2013-2014) sur le régime social des indépendants, J. N. Cardoux et J. P. Godefroy, juin 2014.

² Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, voir le commentaire et les comptes rendus des débats au Sénat relatifs à l'article 11 du PLFSS pour 2018.

³ Ce principe a été renforcé par la loi du 20 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

sociale. Un décret en Conseil d'État doit déterminer les modalités des échanges entre l'administration fiscale et les organismes de recouvrement.

En cas d'impossibilité de recourir à la déclaration de revenus pour déclarer le montant de ses cotisations et contributions sociales, le travailleur indépendant pourra souscrire une déclaration directement auprès de l'Urssaf.

D'après la direction de la sécurité sociale citée par notre collègue rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale Olivier Véran, trois cas sont identifiés comme pouvant nécessiter une déclaration sociale *ad hoc* :

- l'impossibilité de transmission de la déclaration fiscale d'impôt sur le revenu par voie dématérialisée. Alors que les échanges entre l'administration fiscale et sociale seront dématérialisés, il est toujours possible aujourd'hui d'adresser une déclaration de revenus « papier » ;

- une déclaration de revenus envoyée tardivement après la clôture de la campagne déclarative ;

- les déclarations modificatrices effectuées après la clôture de la campagne déclarative fiscale.

Le principe de la transmission dématérialisée de la déclaration sociale est fixé actuellement à l'article L. 613-5 aux termes duquel les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

Alors que la transmission dématérialisée de la déclaration est prévue au I de la nouvelle rédaction de l'article L. 613-2 proposée, le II de cet article impose le paiement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée.

En conséquence, le **3° du I** du présent article abroge l'article L. 613-5.

De plus, le nouveau III de l'article L. 613-2 prévoit l'obligation pour les travailleurs indépendants bénéficiant du statut de microentreprise de souscrire une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8.

Le **4° du I** en simplifie justement la rédaction obligeant les micro-entrepreneurs à déclarer chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Il supprime les dispositions renvoyant à l'article L. 242-12-1 relatives aux majorations et pénalités liées à l'absence de déclaration sociale, à son dépôt tardif ou à une sous-déclaration. Ces dernières continuent pourtant de s'appliquer au même titre que pour les travailleurs en régime d'imposition réelle et ne nécessitent plus un renvoi spécifique.

Le dernier paragraphe de l'article L. 613-8 concernant l'obligation de déclaration sociale des conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants est déplacé par le 5° du I à l'article L. 662-1 du code de la sécurité sociale qui fixe les règles de calcul de leurs cotisations. Le dernier alinéa prévoyait déjà que les cotisations des conjoints collaborateurs sont recouvrées selon les mêmes règles que les cotisations dues par les travailleurs indépendants.

S'agissant des échanges entre l'administration fiscale et les organismes de recouvrement de sécurité sociale, le II du présent article crée un nouvel article L. 98 B du livre des procédures fiscales qui fixe le cadre législatif de ces échanges pour les travailleurs indépendants relevant du régime microsocial.

Il prévoit que les Urssaf communiquent à l'administration fiscale avant le 30 juin de chaque année les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants. Cette communication comporte le NIR, aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu.

Grâce à cette transmission, l'administration fiscale peut procéder au pré-remplissage des déclarations d'impôt sur le revenu au regard des déclarations mensuelles ou trimestrielles. Dans les faits, cet échange de fichier existe déjà. D'après l'étude d'impact, la présente disposition permet de régulariser un « vide juridique » régissant les échanges de fichiers existants entre les Urssaf et les services fiscaux.

Le IV précise que les dispositions concernant la suppression de la DSI entreront en vigueur en 2021 au titre des revenus de 2020.

En revanche, pour les 360 000 praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les dispositions des articles L. 613-2 et L. 613-5 dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi continueront à s'appliquer jusqu'à une date fixée par décret et qui ne pourra pas être postérieure au 1^{er} janvier 2023. Ces professionnels relèvent d'un régime spécifique en matière de retraite pour le calcul de leurs cotisations sociales et contributions sociales. Des travaux complémentaires semblent nécessaires.

B. Les dispositions relatives à Mayotte

1. L'extension du régime « microsocial » à Mayotte

Le III du présent article modifie l'ordonnance du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

En sus d'une précision rédactionnelle (1°), il étend à Mayotte (2°) les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au « *Règlement simplifié des cotisations et contributions des travailleurs indépendants – Régime micro-social* »¹.

Actuellement, ce régime ne s'applique pas à Mayotte alors même que le territoire bénéficie depuis le 1^{er} janvier 2014 du régime de déclaration simplifiée dans le domaine fiscal (régime dit « microfiscal »).

D'après l'étude d'impact, le régime microsociale pourrait être une solution au regard du tissu économique mahorais caractérisé d'une part, par l'importance du travail dissimulé et des petites activités économiques et d'autre part, par la faiblesse du taux de création d'entreprises (8,1 % contre 15,7 % au niveau national).

L'extension du régime microsociale à Mayotte sera effective à compter du 1^{er} avril 2020 pour les créations d'entreprise intervenues à cette date (IV). Il sera toutefois possible à une entreprise individuelle existante de demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1^{er} avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020.

Néanmoins, les taux de cotisations appliqués aux micro-entrepreneurs ne seront pas identiques à ceux en vigueur en métropole. L'ordonnance du 20 décembre 1996 prévoit en effet une convergence progressive des taux de cotisations à Mayotte sur ceux de la métropole et dans les autres départements d'outre-mer sur une période allant du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2036.

Les taux de cotisations applicables aux micro-entrepreneurs évolueront donc au même rythme. D'après l'étude d'impact, le taux global de cotisations d'un micro-entrepreneur exerçant une activité de vente² passerait ainsi de 3,1 % en 2020 à 9 % en 2036. De même, pour un micro-entrepreneur exerçant une autre activité que la vente³, le taux de cotisation global qui lui sera applicable passera de 5,3 % à 15,5 %.

En métropole, ces taux sont actuellement respectivement de 12,8 % et de 22 %.

2. L'harmonisation des procédures de recouvrement

Le 3° du III créé au sein de l'ordonnance du 20 décembre 1996 un chapitre consacré aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Constitué d'un article 28-13 unique, ce chapitre étend aux travailleurs indépendants

¹ Titre de la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre IV du code de la sécurité sociale.

² Relevant du 1° de l'article 50-0 du code général des impôts et pouvant réaliser un chiffre d'affaires jusqu'à 170 000 euros par an.

³ Relevant alors du 2° de l'article 50-0 du code général des impôts, dont le chiffre d'affaires annuel ne peut dépasser 70 000 euros.

mahorais l'application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les Urssaf et les CGSS en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales.

De nombreuses modalités de recouvrement diffèrent actuellement à Mayotte par rapport à la métropole souvent au détriment des travailleurs indépendants mahorais.

La déclaration sociale annuelle des travailleurs indépendants n'est ni dématérialisée ni calquée sur le calendrier fiscal de la déclaration de revenus. De même, le dispositif de calcul des cotisations dit « *trois en un* », dont l'efficacité a fait ses preuves en métropole en permettant une meilleure contemporanéité des prélèvements à la perception du revenu, n'est pas appliqué à Mayotte.

Enfin, les montants des majorations, pénalités de retard et de l'assiette de taxation d'office sont encore bien supérieurs à Mayotte que dans le reste du pays.

À Mayotte, les règles encadrant le recouvrement social sont fixées par un décret du 16 décembre 1998¹ et « *ne correspondent plus à la réalité locale (départementalisation), [ni] à son économie en plein développement (développement numérique)* », explique l'étude d'impact.

Aussi l'application des règles en vigueur en métropole va permettre à compter du 1^{er} janvier 2021 (IV) :

- l'application du dispositif « *trois en un* » pour le calcul des cotisations et contributions ;

- l'alignement du calendrier et des modalités de déclaration sociale des indépendants ;

- l'application des mêmes montants de majorations, pénalités de retard et de la même assiette de taxation d'office.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre quatre amendements rédactionnels adoptés à l'initiative de son rapporteur général notre collègue Olivier Véran, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du même auteur visant à reculer d'un an supplémentaire le terme de l'expérimentation du téléservice d'auto-liquidation des cotisations sociales des travailleurs indépendants menée actuellement dans la région Ile-de-France et l'ancienne région Languedoc-Roussillon.

¹ Décret n° 98-1162 du 16 décembre 1998 fixant les règles applicables pour le recouvrement des ressources des régimes de sécurité sociale en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte et pour le placement des disponibilités de la caisse de prévoyance sociale de Mayotte.

Prévue par l'article 15 de la LFSS pour 2018, cette expérimentation permet aux 200 travailleurs indépendants concernés d'acquiescer aux Urssaf leurs cotisations sociales au moment de la déclaration de leurs revenus, et selon un rythme mensuel ou trimestriel.

Ce dispositif permet d'assurer une contemporanéité entre la perception du revenu et le prélèvement des cotisations sociales afférentes. Il suppose néanmoins une phase de régularisation au début de l'année suivant la perception des revenus pour contrôler que les assiettes de cotisations sociales et de CSG-CRDS correspondent bien aux montants de cotisations déclarés *in fine*.

Expérimenté depuis le 1^{er} janvier 2019, ce téléservice nécessite donc une année supplémentaire de travail pour l'Acoss afin d'évaluer l'ampleur des régularisations à opérer auprès des travailleurs indépendants au début de l'année 2020 et en tirer les conséquences sur le téléservice lui-même.

Il est donc proposé de repousser le terme de cette expérimentation au 31 décembre 2020 et non plus 2019. Un décret pourra à l'avenir la prolonger une nouvelle fois dans la limite d'une année.

L'amendement prévoit également qu'un rapport intermédiaire sera remis au Parlement au plus tard le 30 septembre 2020.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif de cet article qui doit conduire à terme à la disparition de la déclaration sociale des indépendants.

L'étude d'impact précise également que la déclaration de revenus du travailleur indépendant sera pré-remplie à partir de la liasse fiscale dès 2020 pour les entrepreneurs individuels et en 2021 pour les associés de société à responsabilité limitée ou d'entreprise individuelle à responsabilité limitée.

La suppression de la déclaration sociale des indépendants sera effective dès 2021 pour les 1,4 million de travailleurs indépendants de droit commun et en 2022 pour les exploitants agricoles.

Votre commission suit de près les travaux menés par l'Acoss et la direction de la sécurité sociale depuis la suppression du RSI dans la LFSS pour 2018 et se félicite de cette avancée.

Votre commission a adopté un amendement n° 217 rédactionnel.

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

Article 12

**Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine
des aides en faveur des particuliers employeurs
dans le cadre des services à la personne**

Objet : Cet article propose d'expérimenter un dispositif de versement contemporain des aides aux particuliers employeurs âgés ou handicapés ayant recours à des services d'aide à la personne à leur domicile.

I - Le dispositif proposé

A. Un dispositif expérimental dispensant les personnes âgées et handicapées d'avancer les charges d'un emploi à domicile éligible aux aides sociales et fiscales

Le présent article prévoit de **créer un dispositif expérimental destiné à certains particuliers** ayant recours à des services à la personne « *les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles* » (1° du I).

Ce dispositif doit **permettre aux personnes âgées ou handicapées ayant recours à un employé à domicile de ne verser que les charges nettes des aides sociales et fiscales auxquelles elles sont éligibles, leur évitant ainsi d'effectuer des avances de trésorerie**. En effet, les montants de prestations sociales et de crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile font l'objet de versements pendant l'année qui ne sont pas tous calés sur le paiement des charges dont doit s'acquitter le particulier employeur, ce qui implique des avances de frais de sa part. Il est en outre difficile pour ces particuliers d'apprécier le montant réel du coût d'un service d'aide à domicile. Le dispositif proposé s'inscrit dans le développement récent de services dématérialisés d'intermédiation entre le particulier employeur et le salarié à domicile, proposés par les URSSAF sous le nom de *Cesu+¹*, destinés à simplifier la rémunération du salarié et le paiement des cotisations et contributions pour l'employeur. Cette gestion dématérialisée proposée par les URSSAF doit permettre en outre de faciliter la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu pour les particuliers employeurs, qui sera effective à partir de 2020.

Afin d'assurer à ces particuliers le bénéfice contemporain de ces aides, le présent article propose **d'expérimenter dans plusieurs départements un dispositif de versement contemporain des aides sociales et fiscales**. Celles-ci seraient soit déduites du montant dû par le particulier au titre des cotisations et salaires de l'emploi à domicile, par l'intermédiaire du service du Cesu, soit versées en temps réel pour éviter toute avance de trésorerie.

¹ L'offre « Pajemploi+ » propose des services identiques aux particuliers ayant recours à un service de garde de leur enfant éligible à la prestation d'accueil du jeune enfant.

Seront éligibles à ce dispositif, si elles souhaitent y adhérer, **les personnes domiciliées en France ayant recours à des services d'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile** ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile¹ (1° et 2° du I du présent article).

Ces personnes devront en outre avoir recours à ces services selon l'une des modalités suivantes (2° du I) :

- être **un particulier employeur d'un salarié à domicile** pour réaliser des services à la personne² ;

- avoir recours à **une entreprise prestataire de services aux personnes physiques**³.

B. Un versement contemporain qui concernera le crédit d'impôt pour l'emploi à domicile, la prestation de compensation du handicap et l'allocation personnalisée d'autonomie

1. La prestation de compensation du handicap et l'allocation personnalisée d'autonomie

Deux **prestations sociales** seront concernées par le dispositif (a du 3° du I) : la **prestation de compensation du handicap (PCH)**⁴ et l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)**⁵.

• **L'allocation personnalisée d'autonomie**

La rédaction initiale du présent article vise, parmi les prestations sociales concernées par le dispositif expérimental, celle mentionnée à l'article L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette prestation est l'**aide à domicile** pour personne âgée. Or, il ressort explicitement de l'exposé des motifs, de l'annexe 9 du PLFSS et du rapport présenté par le rapporteur général de l'Assemblée nationale que le dispositif expérimental prendra en compte l'**allocation personnalisée d'autonomie**, mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles. **La rédaction du présent article comporte donc une erreur de référence que votre rapporteur général proposera de corriger.**

L'APA est destinée aux personnes âgées d'au moins soixante ans en perte d'autonomie. Versée par le conseil départemental, son montant varie selon le degré de dépendance de son bénéficiaire. Elle peut être versée à la personne pour son maintien à domicile ou à la personne hébergée en établissement.

¹ Aux termes du 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail.

² Au sens du 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale.

³ Au sens du 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail.

⁴ Art. L. 245-1 à L. 245-14 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Art. L. 232-1 à L. 232-28 du code de l'action social et des familles.

Concernant l'APA à domicile, qui est la prestation concernée par le présent article, elle est attribuée après l'évaluation du degré de perte d'autonomie et la définition des besoins de la personne par les services du conseil départemental. En fonction du plan d'aide défini, l'APA peut couvrir, totalement ou partiellement selon les revenus du bénéficiaire, la rémunération d'une aide à domicile, le financement de prestations de transport, de livraison de repas ou encore de travaux d'aménagement du domicile. En moyenne, fin 2016, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile.

Fin 2016, l'APA est versée à 1,3 million de personnes, dont 59 % au titre de l'APA à domicile. Les dépenses associées à cette prestation s'élèvent à 5,7 milliards d'euros¹.

- **La prestation de compensation du handicap**

La PCH est destinée à compenser financièrement les dépenses liées à la perte d'autonomie engendrée par le handicap. Versée par le conseil départemental, elle permet de **financer certaines prestations pouvant être des aides humaines, techniques, pour le transport ou pour l'aménagement du logement**. Elle est ouverte aux personnes âgées de plus de vingt ans, sans condition de ressources.

Le niveau de prestation accordée au bénéficiaire est déterminé en fonction des besoins de la personne, qui doit présenter soit une difficulté absolue à la réalisation d'une activité, soit une difficulté grave à la réalisation d'au moins deux activités, ces dernières étant définies dans un référentiel annexé au code de l'action sociale et des familles. Le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge de ses besoins compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources².

Parmi les aides comprises dans la PCH figure **une aide humaine permettant de rémunérer un service d'aide à domicile** ou de dédommager un aidant familial. Cette aide est plafonnée selon un tarif horaire qui varie en fonction du type de service à domicile utilisé (emploi direct d'un salarié, recours à un mandataire, recours à un prestataire ou recours à un aidant familial). Les personnes hébergées en établissement social ou médico-social ou hospitalisées en établissement de santé peuvent bénéficier d'une PCH à taux réduit. Elles ne sont donc pas concernées par le présent dispositif qui vise l'emploi d'une aide à domicile.

Fin 2016, 349 000 personnes bénéficient de la PCH³ pour une dépense brute de 2,3 milliards d'euros⁴.

¹ DREES, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2018*.

² Art. L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles.

³ Ou de l'allocation de compensatrice pour tierce personne que la PCH a vocation à progressivement remplacer depuis 2006.

⁴ DREES, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2018*.

2. Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

Une **aide spécifique** est créée par le présent article (*b* du 3° du I) afin de verser aux bénéficiaires de façon contemporaine des montants équivalents à ceux dus au titre du **crédit d'impôt pour un emploi à domicile**. Elle constituera ainsi une avance de crédit d'impôt à la charge de la branche recouvrement de la sécurité sociale.

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

Prévu à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, le crédit d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile est applicable aux sommes versées par un contribuable domicilié en France pour des **services rendus à domicile à caractère familial ou ménager**. Il s'applique en outre au recours à un service à domicile réalisé par une association, une entreprise déclarée ou un organisme à but non lucratif.

Tout contribuable qui engage des dépenses au titre des services à la personne rendus à sa résidence principale ou secondaire peut bénéficier de cet avantage fiscal sur l'impôt sur le revenu, qui couvre **un large champ de services**, tels que l'entretien domestique, la garde d'enfant, le soutien scolaire, les soins esthétiques, ou encore l'assistance aux personnes âgées ou handicapées.¹

Le montant du crédit d'impôt est égal 50 % des dépenses engagées dans l'année, dans la limite d'un plafond qui varie en fonction de la composition du foyer fiscal. **L'assiette du crédit d'impôt est constituée des dépenses effectivement supportées par le contribuable, déduction faite des aides reçues pour financer l'emploi du salarié à domicile**, telles que l'allocation personnalisée pour l'autonomie, la prestation de compensation du handicap ou le complément de libre choix du mode de garde.

Au moment de sa déclaration annuelle de revenus, le contribuable renseigne le montant des dépenses engagées pour l'emploi du salarié à domicile. Le montant du crédit d'impôt est ensuite calculé par l'administration fiscale et apparaît sur l'avis d'imposition.

Avec la retenue de l'impôt sur le revenu à la source intervenue en 2019 **un mécanisme d'acompte de crédit d'impôt a été mis en place**, prévu à l'article 1665 *bis* du code général des impôts. Au plus tard le 1^{er} mars de l'année de la liquidation de l'impôt (N), le contribuable perçoit un acompte équivalent à 60 % du crédit d'impôt acquis au titre de l'avant-dernière année (N-2). **Le solde de crédit d'impôt est ensuite versé après la déclaration de revenus perçus pendant l'année N-1, effectuée par le contribuable au printemps de l'année N**. Enfin, à partir de cet automne, une nouvelle fonctionnalité est ouverte pour les contribuables sur leur espace en ligne : si leurs dépenses en année N, éligibles à au crédit d'impôt, ont diminué ou disparu par rapport à l'année N-1, ils pourront diminuer ou supprimer le montant de l'acompte qui leur sera versé au début de l'année N+1.

En 2018, 4,1 millions de ménages ont bénéficié de ce crédit d'impôt, pour une dépense fiscale s'élevant à 4,7 milliards d'euros².

¹ La liste des activités éligibles figure à l'article D. 7231-1 du code du travail.

² Évaluation des voies et moyens (tome II) annexée au projet de loi de finances pour 2020.

Le montant de cette aide sera ainsi aligné sur celui versé au titre du crédit d'impôt et représentera au maximum 50 % des dépenses effectivement supportées par le bénéficiaire et éligibles au crédit d'impôt. Il sera limité par un plafond fixé par décret, pouvant varier selon la composition du foyer des personnes concernées. Le montant de l'aide spécifique perçue s'imputera sur le montant du crédit d'impôt dû au titre des dépenses supportées par le contribuable pour les services fournis au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées.

Le montant de l'aide spécifique perçue ne sera pas déduit des dépenses effectivement supportées pour le calcul au crédit d'impôt. Si le montant de l'aide excède celui du crédit d'impôt, l'excédent sera régularisé au moment de la liquidation de l'impôt. En outre, l'acompte de crédit d'impôt versé en début d'année sera calculé sur la base du montant de crédit d'impôt après déduction du montant d'aide perçu.

C. Une mise en œuvre principalement adossée au dispositif « Cesu » et déployée dans quelques départements pour une durée de deux ans

1. Modalités de versement des aides aux particuliers bénéficiaires

Le II du présent article prévoit des modes de versement différenciés selon que le particulier a recours à un service d'aide à domicile en tant que particulier employeur ou par l'intermédiaire d'un prestataire de services.

- Pour les **particuliers employeurs, les aides et prestations concernées par le dispositif seront attribuées dans le cadre du système de gestion dématérialisée « tout en un » du Cesu¹, dit Cesu+**, prévu à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale. Cette offre des URSSAF assure, pour le compte de l'employeur et à sa demande, le recouvrement des cotisations et contributions sociales auprès de l'employeur, la retenue de l'impôt à la source² et la rémunération nette du salarié. Ne pourront adhérer au dispositif expérimental que les usagers du service Cesu+.

Selon l'annexe 9 au PLFSS, les particuliers employeurs disposeront d'un **compte individuel** leur permettant de suivre les montants d'aides fiscales et sociales dont ils disposent et qu'ils peuvent mobiliser pour l'emploi d'un salarié à domicile. **Lors du paiement des cotisations, contributions et salaires au Cesu, le montant dû par le particulier employeur correspondra ainsi au reste à charge net des aides mobilisables.**

- Pour les **particuliers ayant recours à un prestataire de services d'aide à domicile**, l'entreprise prestataire devra informer l'URSSAF (Cesu) dont il relève de la réalisation de la prestation et lui communiquer l'identité du bénéficiaire, la nature des services fournis et les montants dus.

¹ Service du chèque emploi service universel (Cesu) adossé aux URSSAF.

² Le prélèvement de l'impôt à la source interviendra à compter de 2020 pour les salariés de particuliers employeurs.

Le versement des aides pourra ensuite s'organiser selon deux modalités :

- le service du Cesu versera les aides et prestations **directement au particulier bénéficiaire** ;

- le particulier et le prestataire pourront s'accorder pour que le **paiement du montant dû au prestataire soit assuré par le Cesu** ; le particulier s'acquittant ainsi, auprès du Cesu, de ses charges nettes des aides et prestations auxquelles il est éligible, dans des conditions identiques à celles prévues pour les particuliers employeurs utilisant le service Cesu+.

Quel que soit le mode de versement, le particulier bénéficiaire ayant recours à un prestataire de service pourra également suivre sur un compte individuel les montants des aides et prestations mobilisables et leur consommation dans le temps.

2. Modalités de mise en œuvre de l'expérimentation

• Pour la mise en œuvre du dispositif, des **échanges d'informations** seront nécessaires entre la branche recouvrement de la sécurité sociale et les différents gestionnaires des aides fiscales (direction générale des finances publiques) et sociales (conseils départementaux) ainsi qu'avec certains prestataires de services à domicile. Elle nécessitera en outre un déploiement d'outils informatiques adaptés par l'Acoss et les différents acteurs intervenant dans le dispositif. Le **III** du présent article prévoit donc que **l'Acoss conclura des conventions avec les organismes suivants, associés au calcul et à la délivrance des aides et prestations concernées par ce nouveau dispositif** :

- la **direction générale des finances publiques (1° du III)**, afin de déterminer les modalités d'échanges d'informations sur la situation fiscale des particuliers qui adhéreront au dispositif, sur les montants des prestations et de l'aide spécifique versés par le dispositif et sur les modalités de remboursement par l'État des montants d'aide versés correspondant aux montants de crédit d'impôt dont bénéficient les particuliers concernés.

- les **présidents des conseils départementaux (2° du III)** concernés par l'expérimentation, afin de déterminer les modalités d'échanges d'informations sur les personnes et les prestations versées et celles permettant le remboursement des sommes versées pour le compte du conseil départemental ;

- les **entreprises prestataires de services d'aide à la personne (3° du III)** qui participeront à l'expérimentation afin de déterminer les informations qui seront échangées sur les personnes adhérentes et les prestations réalisées.

• Un décret fixera la liste des départements où sera mise en œuvre cette expérimentation (**4° du I**) qui sera déployée **pour une durée de deux**

ans (IV). Selon l'annexe 9 du PLFSS, **l'expérimentation serait menée dans les départements du Nord et de Paris**, à compter de juillet 2020.

L'annexe 9 du PLFSS indique que le dispositif pourrait être progressivement généralisé à partir de 2021 à l'ensemble des départements et s'ouvrir, à terme, à tous les particuliers employeurs, en prenant en compte les autres aides auxquels ceux-ci peuvent prétendre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté seize amendements au présent article.

Un amendement du rapporteur général vise à **étendre les types de services à domicile éligibles au dispositif expérimental**. Outre les services d'assistance aux personnes âgées et handicapées, seront concernés **les services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales**, à l'exclusion des activités de garde d'enfants. Cet amendement ne modifie toutefois pas les aides sociales et fiscales qui seront versées de façon contemporaine par le dispositif (crédit d'impôt, APA et PCH) en fonction de l'éligibilité du particulier employeur.

Un amendement du rapporteur général **élargit l'éligibilité du dispositif aux employeurs ayant recours à ces services par un mode mandataire**, en complément du recours par l'emploi direct d'un salarié à domicile ou par une entreprise prestataire de services.

Dix amendements rédactionnels, de coordination et de correction d'erreurs de référence ont été adoptés à l'initiative du rapporteur général.

Quatre amendements identiques, de Mme Anthoine, M. Rolland, M. Lurton et Mme Louwagie ont également été adoptés, prévoyant que le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif à l'issue de l'expérimentation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Le paiement par le particulier employeur des rémunérations, contributions et cotisations nettes des aides auxquelles il est éligible pour une aide à domicile constitue **une avancée significative de nature à développer le recours aux services à la personne**. Ce dispositif permettra en effet aux particuliers de ne pas avancer de frais au titre des aides dont ils bénéficient, en particulier s'agissant du crédit d'impôt. Il s'inscrit en outre dans une offre de services intégrés proposés par la branche recouvrement pour l'emploi à domicile qui facilitera notamment le passage de la retenue à la source de l'impôt sur le revenu en 2020.

Au regard de **la complexité du dispositif proposé**, votre rapporteur général est favorable à son déploiement progressif, par le recours à une expérimentation qui permettra d'évaluer l'opportunité de sa généralisation à terme. À cet égard, il rappelle que la mise en œuvre du service *Pajemploi+* pour les particuliers ayant recours à des services de garde d'enfants a connu cette année quelques dysfonctionnements, notamment liés aux échanges de données entre les branches famille et recouvrement. Il considère donc que la mise en œuvre différée du dispositif et sa phase expérimentale doivent être l'occasion d'assurer un déploiement offrant toutes les garanties de fiabilité aux employeurs et aux salariés qui seront concernés par ce mécanisme de versement contemporain.

Sous réserve de ces observations, votre rapporteur général est favorable au dispositif proposé.

La rédaction initiale du présent article vise par erreur la prestation d'aide à domicile pour personne âgée au titre des prestations concernées par le dispositif. Votre commission propose donc l'adoption de **deux amendements de correction d'erreurs de référence** (amendements n^{os} 155 et 157) afin que l'allocation personnalisée d'autonomie soit bien concernée par le dispositif proposé et qu'elle puisse être versée de façon contemporaine aux personnes âgées éligibles à l'APA qui adhéreront au mécanisme de versement contemporain des aides.

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

Article 13

Simplifications pour les cotisants et renforcement de la sécurité juridique

Objet : Cet article vise en premier lieu à élargir le champ de la modulation des sanctions des entreprises en cas de travail dissimulé, ensuite à généraliser l'obligation de déclaration et de paiement des cotisations sociales par voie dématérialisée et enfin à élargir le contenu du Bulletin officiel de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

A. L'élargissement du champ de la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé

1. Une modulation de la sanction en cas de travail dissimulé est prévue depuis la LFSS pour 2019

a) La sanction de travail illégal de l'employeur direct ou du travailleur indépendant

L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit un principe de suppression du bénéfice, pour l'employeur direct ou le travailleur indépendant, de toute mesure de réduction ou d'exonération des cotisations

de sécurité sociale ou des contributions relevant du champ des allègements généraux en cas de travail illégal¹.

Si l'infraction est constatée, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations au titre des rémunérations versées à l'ensemble du personnel, dans la limite de cinq années. Cette période correspond à la période de prescription de l'infraction.

En raison des conséquences parfois disproportionnées de la sanction, la LFSS pour 2019 a aménagé un dispositif de modulation de la sanction contre le travail illégal pour le **seul cas d'infraction de travail dissimulé**².

L'annulation des réductions et exonérations est partielle sous deux conditions :

- lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte uniquement de la dissimulation d'emploi salarié en travail indépendant ;

- et si l'infraction représente une « *proportion limitée* » de l'activité de l'employeur. La définition de cette notion est renvoyée à un décret en Conseil d'État³ sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité.

La modulation ne s'applique pas aux cas d'infractions les plus graves mentionnés à l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale renvoyant lui-même à l'article L. 8224-2 du code du travail, à savoir :

- l'emploi dissimulé d'un mineur sous obligation scolaire ;

- l'emploi dissimulé de plusieurs personnes ;

- l'emploi dissimulé d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur ;

- la commission de l'infraction en bande organisée.

En cas de modulation de la sanction, la proportion des réductions ou exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sans que cette proportion puisse dépasser 100 %, sans quoi la sanction serait plus lourde que le droit commun.

¹ Quatre des six infractions constitutives du travail illégal sont en réalité concernées par ce principe : le travail dissimulé, le marchandage, le prêt illicite de main d'œuvre et l'emploi d'étranger non autorisé à travailler. Les cumuls irréguliers d'emplois et la fraude ou la fausse déclaration pour le bénéfice de certaines allocations en sont exclus.

² Voir le commentaire de l'article 17 du PLFSS pour 2019 dans le rapport de votre commission.

³ D'après les informations de votre rapporteur, ce décret n'était toujours pas pris.

b) La sanction pour le donneur d'ordre défaillant

Aux termes de l'article L. 133-4-5, lorsqu'il est constaté qu'un donneur d'ordre n'a pas rempli ses obligations de contrôle sur son cocontractant et que ce dernier a exercé un travail dissimulé, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations sociales dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations de ses salariés.

L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels le travail dissimulé a été constaté et est calculée selon les mêmes conditions appliquées au cocontractant employeur. Son montant global ne peut toutefois excéder 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale.

2. L'élargissement du périmètre de la modulation de la sanction en cas de travail dissimulé

Les 1° et 2° du I du présent article procèdent à un élargissement du champ d'application de la modulation de sanction en cas de travail dissimulé.

Le 1° modifie le III de l'article L. 133-4-2 et opère deux changements.

Il restreint tout d'abord les catégories de circonstances aggravantes au travail dissimulé pour lesquelles la modulation de la sanction n'est pas permise.

Désormais, seuls les cas d'infraction de travail dissimulé commise avec emploi soit d'un mineur soumis à l'obligation scolaire soit d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur seront retenus pour rendre inapplicable la modulation.

Par conséquent, le fait de **dissimuler le travail de plusieurs personnes ou de commettre une infraction de travail dissimulé en bande organisée ne constituent plus une circonstance aggravante et peuvent faire l'objet d'une modulation de la sanction.**

Tirant les conséquences de cette évolution s'agissant de l'emploi dissimulé de plusieurs personnes, le **a) du 1°** précise que la modulation de la sanction est possible lorsqu'elle représente non seulement une proportion limitée de l'activité mais également une proportion limitée des salariés régulièrement déclarés. Le décret en Conseil d'État prévu pour définir la notion de proportion limitée de l'activité devra également préciser la part limitée de salariés régulièrement déclarés.

À la différence de la part limitée de l'activité, le présent article ne fixe pas de contrainte de rang législatif au pouvoir réglementaire pour fixer la limite à la part de salariés régulièrement déclarés.

Le **III** du présent article précise que les nouvelles dispositions applicables au donneur d'ordre s'appliquent à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

Le 2° étend la modulation de la sanction du donneur d'ordre défaillant lorsque son cocontractant, coupable de travail dissimulé, est lui-même éligible à la modulation.

Dans ce cas, le **b) du 2°** précise que le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées s'effectue en tenant compte des rémunérations versées aux salariés du donneur d'ordre et non pas celles du cocontractant. Les limites fixées au montant global de la sanction sont inchangées.

Le **b) du 1°** précise, en cohérence mais non sans redondance, que la procédure de modulation de la sanction en cas de travail dissimulé prévue au III de l'article L. 133-4-2 est applicable au donneur d'ordre.

Enfin, le **II** modifie l'article 23 de la LFSS pour 2019 qui instituait la modulation de sanction. Son II prévoyait que la modulation était applicable aux opérations de contrôle engagées à compter du 1^{er} janvier 2019 ainsi qu'à toute annulation de réduction ou d'exonérations de cotisations n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

Le II complète le dispositif en prévoyant que le bénéfice de la rétroactivité de la modulation de la sanction sera possible « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants ». Cette précision permet à l'entreprise de faire valoir son droit à modulation de la sanction y compris dans le cas où l'Urssaf n'aurait pas conservé tous les éléments permettant le calcul de la modulation.

B. La généralisation de l'obligation de paiement par voie dématérialisée des cotisations et contributions sociales

Le I de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale dispose que tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée¹, dans des conditions fixées par décret. Il précise également que les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

D'après l'étude d'impact, les dispositions réglementaires en vigueur imposent aux entreprises privées redevables d'un montant de cotisations et contributions sociales supérieur à 20 000 euros de s'en acquitter par voie

¹ Ce qui renvoie concrètement à quatre moyens de paiement : le prélèvement, le virement bancaire, le télépaiement par carte bancaire et pour les employeurs publics, le virement compte de trésorerie générale (dit COTG).

dématérialisée. En dessous, les entreprises peuvent encore avoir recours au paiement par chèque ou en espèces. En outre, lorsque ce montant est supérieur à 7 millions d'euros, le paiement doit se faire uniquement par virement bancaire.

Ce seuil est porté à 50 000 euros pour les employeurs publics. Au-delà de ce seuil, le paiement est obligatoirement dématérialisé mais doit se faire également par virement bancaire.

Le 3° du présent article supprime la phrase de l'article L. 133-5-5 selon laquelle un décret fixe les seuils au-delà desquels le paiement par voie dématérialisée est obligatoire. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2020, l'ensemble des employeurs sera tenu de réaliser le paiement de ses cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée.

C. L'extension du périmètre du Bulletin officiel de la sécurité sociale (Boss)

L'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale prévoit le principe d'opposabilité de la doctrine sociale, définie par les circulaires ou instructions du ministre en charge de la sécurité sociale, au profit du cotisant. Selon ses termes, lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise, les organismes de recouvrement ne peuvent demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

Le principe d'opposabilité de la doctrine sociale repose sur l'assurance donnée aux cotisants qu'ils disposent d'une information exhaustive en matière de prélèvements sociaux à travers la mise à disposition des circulaires et instructions ministérielles.

Pour ce faire, l'article 9 de la LFSS pour 2018 a complété l'article L. 243-6-2 d'un III qui prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2019 un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réduction de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants.

L'article 9 de la LFSS pour 2018 a mis en œuvre la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôts TS (CITS) en allègement pérenne de cotisations et contributions sociales. La forte instabilité de la réglementation en la matière rend indispensable la publication des textes interprétatifs, ce pourquoi l'article 9 a centré le dispositif d'information en ligne sur les allègements et réductions de cotisations.

Ce projet de site internet appelé « *bulletin officiel de la sécurité sociale* » est en cours de construction entre l'administration de la sécurité sociale et la branche recouvrement du régime général.

Le 4^o du présent article procède à l'élargissement de son champ de compétence en prévoyant qu'il présente non pas seulement l'état des circulaires et instructions en vigueur relatives aux allègements et réductions de cotisations et contributions mais à l'ensemble des textes relatifs aux cotisations et contributions sociales.

De plus, il procède à la suppression de la date du 1^{er} janvier 2019 prenant acte du fait que le site n'est toujours pas en ligne à ce jour. L'étude d'impact précise que la poursuite du chantier de construction de ce site « *s'engagera par des publications par thématiques et de façon progressive, pour atteindre une totale complétude de la doctrine en matière de prélèvements sociaux à horizon de 4 ans* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination de son rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Cet article poursuit la logique entamée l'année dernière et à laquelle votre commission avait souscrit visant à assurer une meilleure gradation des sanctions en fonction de la gravité réelle du manquement constaté. En effet, la sévérité uniforme et parfois excessive des sanctions en cas de travail illégal conduit à des difficultés d'application.

Votre rapporteur s'interroge toutefois sur la compatibilité entre la modulation désormais possible de la sanction de travail illégal en cas d'infraction de travail dissimulé commise en bande organisée avec la condition que cette même infraction n'affecte qu'une part limitée de l'activité de l'entreprise. Le maintien de cette condition de part limitée permet toujours au droit d'être suffisamment protecteur pour les salariés concernés.

De même, l'absence de plafond législatif à la part maximale de salariés concernés par le travail dissimulé en dessous de laquelle la modulation de la sanction sera possible soulève un risque d'incompétence négative du législateur.

S'agissant du paiement obligatoire par voie dématérialisée, votre commission considère cette évolution logique. Les sommes recouvrées par espèce ou chèque sont désormais résiduelles (1 % des sommes recouvrées) et en très rapide décroissance.

La fin de la gestion de ce mode de paiement pourrait également être source d'économie pour le réseau des Urssaf (estimé à 21 millions d'euros par l'étude d'impact).

Enfin, nonobstant le risque que la disposition ne soit considérée comme un cavalier social, la consolidation du projet de « bulletin officiel de la sécurité sociale » est une perspective intéressante pour les entreprises et leur bonne connaissance de la réglementation en la matière.

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

Article 14

Mesures de lutte contre la fraude

Objet : Cet article propose diverses mesures destinées à simplifier le travail des agents impliqués dans la lutte contre la fraude, notamment la fraude au détachement.

I - Le dispositif proposé

A. Le renforcement de la lutte contre la fraude au détachement

1. L'extension de la compétence des agents chargés du contrôle de la fraude au détachement

Le recours au travail détaché est une pratique fréquente, notamment dans le monde agricole. Ainsi, le rapport public annuel de la Cour des comptes de 2019 estime que le détachement au titre de l'intérim représente 21,9 % du total de l'emploi dans l'agriculture.

Cette pratique peut parfois engendrer des types de fraude aux cotisations particuliers. L'étude d'impact annexée au présent PLFSS relève ainsi le recours au détachement de salariés en lieu et place du recrutement direct de salariés dans le cadre du titre emploi service agricole (TESA), la création, par une société mère établie en France, d'entités sises à l'étranger, qui prennent le plus souvent la forme de « coquilles vides » adressant à cette société une main-d'œuvre à moindre coût, ou encore la création rapide d'entités dans le seul but d'accueillir des salariés puis de les dissoudre tout aussi rapidement, à la suite d'un contrôle.

Or les agents de la mutualité sociale agricole (MSA) chargés du contrôle¹ peuvent se trouver confrontés à des problèmes de compétence. En effet, **le contrôle des entreprises de travail temporaire nationales et**

¹ D'après l'étude d'impact, en 2018, environ 5 400 actions de contrôle en matière de travail illégal ou dissimulé ont été diligentées auprès des entreprises agricoles (dont 45 % ont été menées par les seuls agents de la MSA), pour un montant de redressement de 10,1 millions d'euros.

étrangères mettant à disposition des salariés auprès d'entreprises du secteur agricole ou forestier, relève le plus souvent du régime général¹. Les capacités d'investigation des agents de la MSA étant relativement limitées en dehors des cotisants et salariés du régime agricole, la détection de certaines fraudes complexes au détachement en est plus difficile.

Pour répondre à cette difficulté, le **a du 1° du I** du présent article propose que **les agents chargés du contrôle relevant du régime général ou de la MSA puissent agir indifféremment pour mener à bien leurs missions**. Ces dispositions figureraient dans un article spécifique du code de la sécurité sociale, l'article L. 114-10-1, issu de la scission de l'actuel article L. 114-10. L'actuel article L. 114-10-1 deviendrait quant à lui l'article L. 114-10-1-1 sans que sa rédaction soit modifiée.

Ainsi, les agents de contrôle de la MSA pourraient émettre des constats susceptibles d'être utilisés par les URSSAF, et réciproquement, sans qu'une limitation de leur compétence ne puisse leur être opposée lors de leurs investigations.

2. L'alignement des sanctions pour travail dissimulé du régime agricole sur celles du régime général

Dans cette même logique d'harmonisation et de simplification, le **II** du présent article propose une modification de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime visant à aligner les modalités de sanction du travail dissimulé du régime agricole sur celles du régime général.

Concrètement, cet article inclurait des renvois aux articles L. 242-1-1 et L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, relatifs aux sanctions du travail dissimulé, afin d'assurer la cohérence des dispositions en vigueur dans les deux régimes.

3. Les conditions d'octroi de l'attestation de vigilance pour les entreprises de travail temporaire

Pour tout contrat² avec une entreprise de travail temporaire d'un montant minimum de 5 000 euros hors taxes, le donneur d'ordre est tenu de vérifier, lors de sa conclusion, puis tous les six mois jusqu'à la fin de son exécution, que son cocontractant s'acquitte de ses obligations de déclaration et de paiement des cotisations. À cette fin, le cocontractant doit présenter au donneur d'ordre une **attestation de vigilance** délivrée par l'Urssaf.

Aux termes de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a

¹ En vertu de l'article L. 722-24 du code rural et de la pêche maritime.

² Sont concernés, les contrats portant sur l'exécution d'un travail, la fourniture d'une prestation de services ou l'accomplissement d'un acte de commerce (contrats de production, de fabrication, de transformation, de réparation, de construction, de fourniture, de vente, de travaux agricoles, de prestations de services, matérielles, intellectuelles ou artistiques, de transport, de sous-traitance industrielle ou de travaux).

souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

Le **6° du I** du présent article propose d'ajouter **une condition supplémentaire à la délivrance de l'attestation de vigilance : l'obtention de la garantie financière**, prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail, qui assure le bon paiement des salaires et des cotisations aux salariés de l'entreprise de travail temporaire.

Pour compléter ce dispositif, le **III** du présent article propose de **donner aux agents chargés du contrôle au titre du régime général ou du régime agricole la faculté de saisir le juge judiciaire en cas d'exercice professionnel sans garantie financière**. Actuellement, seul l'inspecteur du travail dispose de ce droit de saisine, en vertu de l'article L. 1251-47 du code du travail. Sur ce fondement, le juge a la capacité de fermer l'entreprise concernée, dans la limite d'une durée de deux mois.

B. Des adaptations rédactionnelles

Par ailleurs, le présent article propose plusieurs adaptations rédactionnelles destinées à améliorer concrètement les conditions de contrôle des agents.

Ainsi, les **4° et 5° du I** proposent de **remplacer**, au sein des articles L. 243-7-6 (qui encadre la mise en œuvre de la majoration de 10 % pour absence de mise en conformité) et L. 243-11 (relatif à l'obligation de recevoir les agents chargés du contrôle) du code de la sécurité sociale, **le terme « employeur » par le terme « cotisant »**. En effet, les contrôles et sanctions en question sont susceptibles de s'appliquer non seulement à des recettes liées au travail mais également à des contributions spécifiques (taxe de solidarité additionnelle, taxes pharmaceutiques, etc.) ou à des structures qui versent des cotisations et contributions pour le compte de leurs adhérents (comme les caisses de congés payés). La modification proposée permet d'assurer le bon déroulement du contrôle face à ce type de situations.

Dans le même esprit, le **3° du I** propose de modifier l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, relatif aux modalités de contrôle du paiement des cotisations sociales, afin **d'habiliter non seulement les « inspecteurs » (comme actuellement) mais l'ensemble des « agents chargés du contrôle » à effectuer un contrôle chez une personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur**. Il s'agit d'adapter la rédaction à la réalité du travail de contrôle de la branche recouvrement et surtout d'éviter de bloquer des missions de contrôle au motif qu'elles ne sont pas assurées par des inspecteurs.

Enfin, le **7° du I** propose une coordination rédactionnelle à l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale, rendue nécessaire par les modifications opérées au sein de l'article L. 136-5 du même code par

l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale.

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 soutient le dispositif proposé, qui apporte diverses simplifications concrètes dans le travail des agents chargés de la lutte contre la fraude aux cotisations et contributions.

Elle a donc adopté cet article en le modifiant simplement par un amendement de précision rédactionnelle (amendement n° 192).

L'étude d'impact estime à 3,4 millions d'euros le montant supplémentaire de recettes qui pourrait résulter de ces dispositions.

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

CHAPITRE III

RÉGULER LE SECTEUR DES PRODUITS DE SANTÉ

Article 15

Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2020

Objet : Cet article instaure une contribution à la charge des exploitants de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

I - Le dispositif proposé

A. L'instauration d'un mécanisme de clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables

Le **A du I** du présent article 15 insère au sein du code de la sécurité sociale (CSS) une section entière composée de six articles nouveaux (articles L. 138-19-8 à L. 138-19-13). Cette section traite d'une contribution dont sont redevables les **exploitants** de dispositifs médicaux.

- **Le champ**

Le titre de la nouvelle section mentionne une contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et pris en charge par l'assurance maladie **lorsqu'ils sont distribués en établissement de santé** et financés au titre de la **liste en sus**. Seront donc **exclus de la contribution les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont dispensés directement au patient par un distributeur détaillant** (pharmacien d'officine ou prestataire de santé) ou lorsqu'ils sont pris en charge en établissement de santé au sein des groupements homogènes de séjour.

L'étude d'impact vise essentiellement les dispositifs médicaux inscrits sur les titres III et V de la LPPR, à savoir les dispositifs implantables ou pénétrant dans le corps humain, concernant surtout l'orthopédie et la cardiologie.

- **Le fait générateur**

L'exploitant d'un produit ou d'une prestation de santé devient redevable de la contribution lorsque le montant **global** remboursé par l'assurance maladie au cours d'une année civile au titre des dispositifs médicaux visés, minoré du montant de certaines remises, est supérieur à un montant Z, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Les remises visées par le texte sont :

- les remises que l'exploitant peut consentir afin de ne pas se voir appliquer les baisses de prix ou de tarif de responsabilité que le comité économique des produits de santé (CEPS) peut mettre en œuvre au-delà d'un certain niveau de dépenses d'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux visés ;

- les remises conventionnelles conclues entre le CEPS et les fabricants et distributeurs des dispositifs médicaux.

Il est par ailleurs précisé, pour le cas particulier des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, que les montants pris en compte sont ceux qui sont effectivement remboursés par l'assurance maladie, et non ceux dont s'acquittent les établissements destinataires.

- **L'assiette**

L'assiette de la contribution est égale au **montant mentionné précédemment**, à savoir le montant global de la dépense d'assurance maladie associée aux dispositifs médicaux concernés, minoré des remises conventionnelles. Ce montant est consolidé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), après transmission des éléments relatifs à la dépense globale par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ou par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et des éléments relatifs aux remises par le CEPS.

- **La détermination de la créance fiscale**

La contribution acquittable globale est égale à la **différence entre l'assiette et le montant Z**. Autrement dit, la créance fiscale naît uniquement du dépassement par le montant global des dépenses d'assurance maladie diminué des remises d'un montant fixe déterminé par la loi.

S'en suit la détermination de la contribution acquittable par exploitant, qui déterminée **au prorata du montant remboursé au titre des dispositifs médicaux qu'il exploite**. Il est à ce stade important de noter que la contribution par exploitant n'est pas liée à l'activité de ce dernier mais à la dépense globale liée à un produit ou une prestation qu'il peut (incidemment) exploiter.

Il est par ailleurs précisé que le montant de la contribution par exploitant ne pourra excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes.

- **Le cas de fusion ou de scission d'entreprise**

L'article 15 prévoit qu'en cas de fusion ou de scission d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant. Ainsi, la contribution acquittable par un exploitant pour un exercice donné **ne tient pas compte des opérations de fusion ou de scission intervenues au cours de cet exercice**.

- **Le recouvrement et l'affectation du produit**

Le recouvrement de la créance fiscale doit intervenir au plus tard le 1^{er} juillet de l'année civile suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due. Il reviendra également aux exploitants redevables de communiquer au directeur de l'Acoss, avant le 1^{er} avril de l'année suivante, une déclaration permettant d'établir leur chiffre d'affaires (et, en conséquence, le montant maximal de la contribution acquittable par exploitant). Cette déclaration sera transmise, dans des conditions prévues par décret, au CEPS afin que ce dernier signale d'éventuelles rectifications à opérer.

Le produit de la contribution est affecté à la CNAM.

B. Une précision sur la qualité d'exploitant d'un produit de santé, qui détermine la qualité de redevable de la contribution

Le **B du I** de l'article 15 définit l'exploitant d'un produit de santé comme le **fabricant** ou le **distributeur** de ce produit qui en assure l'exploitation. Tout mandataire agissant pour le compte d'un fabricant doit être regardé comme étant l'exploitant.

Par ailleurs, lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant et qu'il n'est pas le distributeur exclusif du produit ou de la prestation concerné, il est tenu de déclarer aux ministres de la santé et de la sécurité sociale le nom du fabricant ainsi que toute information permettant l'identification certaine du produit, afin de permettre « *d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises* ».

C. Application de la clause de sauvegarde pour l'exercice 2020

Le II de l'article 15 prévoit que, pour l'exercice 2020, le montant Z sera égal à **1,03** multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'exercice 2019 au titre des dispositifs médicaux visés par la contribution et diminué des remises conventionnelles évoquées.

Ainsi, pour l'exercice 2020, **le montant global de la contribution acquittable sera nul en cas de croissance de la dépense d'assurance maladie liée aux dispositifs médicaux inférieure ou égale à 3 % entre 2019 et 2020.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'étude d'impact mentionne le « *dynamisme des dépenses de produits de santé lié à l'arrivée des nouveaux produits* », et estime le rythme de croissance de la dépense des dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation à environ **4 % par an entre 2012 et 2018.**

Les chiffres que fournit l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) confirment cette estimation, avec toutefois une diminution notable de la progression depuis 2017.

Évolution des dépenses relatives aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus (en euros)

	Montants facturés	Évolution
2012	1 504 254 972	
2013	1 600 750 101	+ 6,41 %
2014	1 673 210 921	+ 4,53 %
2015	1 736 243 417	+ 3,77 %
2016	1 834 046 782	+ 5,63 %
2017	1 903 964 572	+ 3,81 %
2018	1 965 271 915	+ 3,22 %
Moyenne		+ 4,56 %

Source : ATIH

La direction de la sécurité sociale (DSS) a réitéré à votre rapporteur général au cours de son audition que la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'avait, à l'instar de son homologue pour le secteur du médicament, **pas vocation à se déclencher : l'objet de cette contribution est d'avant tout inciter les exploitants à la négociation d'un prix susceptible de contenir la dépense sous le seuil de 3 %**. L'étude d'impact se fait d'ailleurs l'écho de cette affirmation, en **anticipant une augmentation de recettes nulle**.

Compte tenu des chiffres avancés, à savoir une croissance naturelle de la dépense estimée à 4,56 % et un seuil de l'assiette de la contribution fixé à une croissance de la dépense nette de remises de 3 %, votre rapporteur général déduit de ce rendement nul escompté que le CEPS entend atteindre durant l'exercice 2020 un **niveau de remises d'environ 1,56 %, soit dans l'épure des économies réalisées chaque année sur l'Ondam**.

Votre commission souhaite toutefois insister sur la diminution de la croissance de la dépense d'assurance maladie relative aux dispositifs médicaux observée depuis 2017. Les modifications apportées par l'article 4, qui prévoient le relèvement du seuil de la clause de sauvegarde des médicaments, sont précisément justifiées par un rythme de croissance moins soutenu du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques en 2018. En conséquence, **l'introduction d'une clause de sauvegarde des dispositifs médicaux intervient peut-être de façon trop précoce**.

Par ailleurs, la construction de la contribution comme nouveau prélèvement laisse **votre commission perplexe sur deux points**.

En premier lieu - et c'est sans doute le caractère le plus discutable du mécanisme proposé - l'assiette de la contribution ne sera pas, à l'instar de la clause de sauvegarde des médicaments, limitée à une fraction de la dépense excédant le seuil d'une croissance de 3 %, **mais englobera bien sa totalité**. On pourrait y voir un signe manifeste de disproportion.

En second lieu, votre commission ne peut qu'exprimer sa surprise face à **l'absence totale de mécanismes incitant les exploitants à entrer, de façon individuelle, dans un dialogue conventionnel avec le CEPS**, à l'instar ce que prévoit le CSS pour le secteur du médicament. En effet, l'article L. 138-13 du CSS dispose que toute entreprise pharmaceutique est exonérée de la clause de sauvegarde si la somme des remises qu'elle verse est supérieure à 80 % du montant dont elle est individuellement redevable au titre de sa contribution. Cette disposition, qui revient à offrir un abattement forfaitaire de 20 % au redevable de la contribution en contrepartie de son adhésion à un dialogue conventionnel avec le CEPS, ne trouve aucun équivalent dans le mécanisme présenté par l'article 15.

Votre commission, qui réaffirme son attachement à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en matière de dispositifs médicaux, estime tout de même que cette nouvelle clause de sauvegarde devrait s'assortir d'un mécanisme incitatif préalable à son déclenchement. Elle a en conséquence adopté l'**amendement n° 209**.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 16

Clause de sauvegarde médicaments pour 2020

Objet : Cet article détermine, pour l'exercice 2020, le coefficient de valorisation du chiffre d'affaires global net de remises, seuil de déclenchement de la contribution des entreprises pharmaceutiques à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le dispositif de l'article 16 doit être examiné **en miroir de celui de l'article 4**, dont le commentaire a détaillé les modalités de calcul de la contribution des entreprises pharmaceutiques à la régulation des dépenses d'assurance maladie (dite « contribution Ondam »).

La construction de cette dernière prévoit la définition d'un seuil d'éligibilité puis, le cas échéant, l'application d'un taux d'imposition progressif.

Le seuil d'éligibilité fait intervenir deux éléments distincts :

- **une base de calcul**, constituée du chiffre d'affaires hors taxes de l'exercice précédent diminué de certains montants, principalement les remises conventionnelles ;
- **un coefficient de valorisation**.

Toute extension de l'assiette étant consécutive d'un abaissement du seuil, ce dernier peut être le résultat d'une **diminution de la base** ou d'une **diminution du coefficient de valorisation**.

C'est le deuxième levier que l'article 16 du projet de loi mobilise pour l'exercice 2020 en réduisant le coefficient de valorisation de 1,01 à 1,005.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général de la commission des affaires sociales, **l'Assemblée nationale n'a pas adopté de modification à cet article**.

III - La position de la commission

Le dispositif de l'article 16 est évoqué par l'étude d'impact comme la traduction d'un engagement pris par le Gouvernement auprès des industriels pharmaceutiques, au cours du huitième conseil stratégique des industries de santé (CSIS), d'assurer un « *plancher de croissance minimale pour les trois prochaines années à 0,5 % du chiffre d'affaires global, correspondant à 1 % de dépenses remboursées, et à 3 % pour les médicaments innovants* ».

La mesure portée par l'article 4 du présent projet de loi, qui pour 2019 n'enclenche la clause de sauvegarde qu'à partir d'un taux de croissance du chiffre d'affaires global supérieur à 1 %, vise à répondre, de manière exceptionnelle, au moindre dynamisme des ventes observé en 2018. La direction de la sécurité sociale (DSS) ayant indiqué à votre rapporteur général que les données dont elle dispose pour les sept premiers mois de 2019 faisaient état d'une reprise de l'activité, le taux de croissance au-delà duquel la clause de sauvegarde se déclenche est abaissé à 0,5 %, en conformité avec les engagements pris devant le CSIS.

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

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

Circuits financiers et transferts de recettes

Objet : Cet article propose diverses mesures de transferts entre l'État et la sécurité sociale et entre régimes de sécurité sociale, notamment afin de tenir compte de l'évolution de la trajectoire financière de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Ce traditionnel article de « tuyauterie » financière regroupe, presque par nature, des mesures de nature très diverses. Parmi les points les plus marquants figurent l'abrogation du transfert de 15 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) voté l'année dernière et l'abandon des réductions de flux de TVA destinés à la sécurité sociale jusqu'alors prévues entre 2020 et 2022.

A. L'abandon du transfert de 15 milliards d'euros de dette vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)

Le **IV** du présent article propose d'**abroger** le **II septies** de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, créé l'année dernière¹ et qui organisait le **transfert des déficits des exercices 2014 à 2018 du régime général vers la Cades, dans la limite de 15 milliards d'euros**.

Cette opération, qui devait être étalée entre 2020 et 2022, était alors présentée comme la dernière du genre, du fait du retour supposé durable des comptes de la sécurité sociale à l'équilibre. Elle s'accompagnait du transfert, également étalé sur la même période, d'une fraction supplémentaire de CSG à destination de la Cades afin de permettre à la caisse d'amortir l'ensemble de sa dette d'ici l'année 2024, conformément aux dispositions organiques en vigueur².

¹ Par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Cf. article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et décisions du Conseil constitutionnel n°s 2010-616 DC du 10 novembre 2010 et 2010-620 DC du 16 décembre 2010.

La révision de la trajectoire financière ne rend de fait plus possible de tels transferts sans dégrader l'équilibre général de la sécurité sociale, ce qui contreviendrait à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Le présent article propose donc d'acter leur abandon.

B. Les conséquences de l'abandon des baisses de transferts de TVA programmées en LFSS pour 2019

Dans le même esprit, le VIII du présent article propose l'abrogation des XVI à XVIII de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Ces paragraphes avaient pour objet de **réorganiser, dès la fin de l'année dernière, la répartition des recettes entre branches de la sécurité sociale et autres organismes sur chacune des années 2020, 2021 et 2022** en tenant compte de deux éléments structurants :

- d'une part, comme indiqué précédemment, le **transfert progressif de CSG vers la Cades** pour lui permettre d'amortir les nouvelles dettes qui devaient lui être transférées, à hauteur de 15 milliards d'euros ;

- d'autre part, la **diminution programmée des flux de TVA en direction de la sécurité sociale** au titre de la compensation de diverses diminutions de recettes, au nom de la solidarité qu'une sécurité sociale revenue à l'équilibre devait avoir avec un État déficitaire. Pour mémoire, ce flux devait s'amoinrir de 1,5 milliard d'euros en 2020, 3,5 milliards en 2021 et 5 milliards à compter de 2022.

L'abandon de ces deux mesures se traduit donc logiquement par l'abrogation proposée des XVI à XVIII de l'article 26 de la dernière LFSS - le présent article se chargeant en outre, comme il se doit, de régler la répartition des recettes entre organismes pour l'année 2020.

C. Les non-compensations par l'État de baisses de recettes de la sécurité sociale

Le présent article propose, sous diverses formes, **plusieurs mesures de non-compensation de dispositifs dérogatoires** diminuant les recettes de la sécurité sociale.

1. L'inscription de plusieurs dispositifs parmi les dérogations expresses à la « loi Veil »

Le 2° du I du présent article propose ainsi de modifier l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, véhicule légal portant le principe de compensation intégrale par le budget de l'État aux régimes concernés de toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale pendant toute la durée de son application.

Seraient désormais incluses dans la liste des dérogations :

- **l'exonération de cotisations et contributions sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle des fonctionnaires**, prévue à l'article 9 du présent PLFSS, dont le coût est évalué à **13 millions d'euros** ;

- **les réductions de forfait social issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019** dont, pour mémoire, le coût annuel est évalué à **600 millions d'euros** (*cf.* article 3 du PLFSS).

2. La « forfaitisation » initialement proposée de la compensation du dispositif d'exonérations sociales en faveur des jeunes entreprises innovantes (JEI)

Le **V** du présent article proposait, dans sa version initiale, que par dérogation au **I** de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire à la « loi Veil »), la compensation du dispositif d'exonérations de cotisations et contributions sociales dont bénéficient les jeunes entreprises innovantes (JEI) soit déterminé forfaitairement.

Les documents annexés au présent PLFSS et au projet de loi de finances¹ permettent d'éclaircir cette formule qui, en soi, permet n'importe quel arbitrage budgétaire de l'État dès lors que le principe de compensation intégrale est abandonné.

Alors que le coût de l'exonération est estimé, pour l'année 2020, à 223,3 millions d'euros, le budget de l'État prévoit un remboursement à l'Acoss à ce titre de 197,4 millions d'euros. **La non-compensation serait donc, en prévision, de 25,9 millions d'euros.**

D. La réaffectation des recettes entre branches de la sécurité sociale

Le **3° du I** du présent article propose plusieurs mesures de réaffectations de recettes entre branches de la sécurité sociale, dont les effets seront récapitulés à la fin de la présente partie.

1. La réaffectation de la taxe sur les salaires

Le **a du 3° du I** propose de modifier l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale afin de procéder à une nouvelle clef de répartition de la taxe sur les salaires au sein du régime général. Ainsi :

- la part de la branche maladie passerait de 9,79 % à 19,06 % ;
- la part de la branche vieillesse passerait de 44,97 % à 53,37 % ;
- la part de la branche famille passerait de 35,34 % à 27,57 %.

¹ En particulier le projet annuel de performances de la mission « Recherche et enseignement supérieur », programme 192 « Recherche et enseignement supérieur en matière économique et industrielle » qui porte la compensation.

Quant à la part affectée à l'Acoss au titre de sa mission de compensation à l'Unedic des contributions patronales manquantes du fait de l'intégration desdites contributions dans les allègements généraux, elle serait supprimée et remplacée par une affectation de TVA en loi de finances.

Cette nouvelle répartition répondrait à une double logique.

D'une part, dans un souci de lisibilité, ne pas multiplier les ressources fiscales de l'Acoss pour ses missions de compensation et les limiter à un unique flux de TVA en provenance de l'État.

D'autre part, tirer les conséquences de l'abandon des transferts de CSG programmés à la Cades (concomitamment aux transferts de dettes). La branche maladie en étant le réceptacle « naturel », les mesures de compensation en faveur de cette branche votée l'année dernière au travers d'une part accrue de taxe sur les salaires n'ont plus d'objet.

2. Les réaffectations de CSG

Le **b du 3° du I** propose également une modification du partage de ressources de nature fiscale auquel procède l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, relatif cette fois à la CSG sur les jeux afin de **tenir compte des modifications** auxquelles a procédé la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (Pacte) **en matière de fiscalité applicable aux jeux**. Celle-ci se traduira en matière de CSG, à compter du 1^{er} janvier 2020, par un **passage de son taux de 8,6 % à 6,2 % sur une assiette plus large – pour un rendement a priori constant**. Ainsi :

- la branche famille verrait sa fraction passer 0,95 à 0,68 point ;
- la branche maladie verrait sa fraction passer de 7,35 à 5,30 points ;
- et la Cades verrait sa fraction passer de 0,30 à 0,22 point.

3. Les réaffectations de recettes au sein du régime des exploitants agricoles

Certaines des réaffectations proposées concernent les régimes propres aux exploitants agricoles.

Tout d'abord, le **II** du présent article vise à modifier le code rural et de la pêche maritime afin de **tirer les conséquences de la disparition de la taxe sur les huiles** auxquelles a procédé la loi de finances pour 2019 (à compter du 1^{er} janvier 2020), au travers de réaffectations du produit de consommation sur les alcools.

Ainsi, la part affectée à la branche maladie des exploitants agricoles passerait de 53,08 % à 46,60 % afin de faire supporter, en pratique, cette baisse à l'assurance maladie du régime général qui a bénéficié de la compensation de l'État au travers du flux de TVA. En effet, les régimes d'assurance maladie sont intégrés financièrement au travers de la protection universelle d'assurance maladie.

La part affectée à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles serait légèrement ajustée de 0,6 point (de 40,05 % à 39,59 %).

Et la part du régime complémentaire d'assurance vieillesse, précédemment affectataire de la taxe sur les huiles, verrait sa part augmenter de 6,94 points, de 6,87 % à 13,81 %.

Par ailleurs, le **VI** du présent article propose une modification de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 afin d'attribuer formellement au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des exploitants agricoles une quote-part des droits sur l'alcool attribués aux branches maladie et vieillesse de ce régime. Il s'agit d'assurer une meilleure visibilité de ce financement, qui passe actuellement par des opérations financières complexes entre branches du régime.

Au bout du compte, le tableau suivant, tiré de l'étude d'impact annexée au présent PLFSS, résume l'impact des différentes mesures proposées pour les différentes branches et régimes.

Impact des réaffectations de recettes proposées par l'article 17

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)		Coût ou moindre recette (signe -)	
	2020 P	2021	2022	2023
CNAM				
Affectation de TVA (PLF)	- 1 012	- 1 012	- 1 012	- 1 012
Réaffectation de TS		+ 1 459	+ 1 459	+ 1 459
Transfert de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)	+ 1 459 - 140	- 140	- 140	- 140
Annulation des transferts État et CADES	+ 1 635	+ 4 268	+ 6 778	+ 6 816
CNAV				
Annulation des transferts État et CADES	+ 239	+ 331	+ 377	+ 390
CNAF				
Annulation des transferts État et CADES	+ 1 208	+ 2 314	+ 2 891	+ 2 990
ACOSS				
Affectation de TVA (PLF)	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173
Perte de TS	- 1 459	- 1 459	- 1 459	- 1 459
FSV				
Annulation des transferts Etat et CADES	+ 20	+ 25	+ 26	+ 24
Branche vieillesse des non-salariés agricoles				
Transfert de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)	- 10	- 10	- 10	- 10
Total ROBSS + FSV	+ 6 112	+ 9 949	+ 13 083	+ 13 231
CNSA				
Financement des SAAD	- 50	-	-	-
RSO des exploitants agricoles				
Suppression de la taxe sur les huiles (PLF 2019)	- 130	- 130	- 130	- 130
Suppression de l'affectation des recettes de cotisations des autres risques	- 20	- 20	- 20	- 20
Transfert de droits sur les alcools	+ 150	+ 150	+ 150	+ 150

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

Source : PLFSS pour 2020, annexe 9

E. Les mesures relatives à l'intégration du régime social des indépendants (RSI) au sein du régime général

L'article 15 de la LFSS pour 2018 a procédé à l'intégration du régime social des indépendants (RSI) au sein de régime général de la sécurité sociale, de manière progressive : effective en termes de droit des assurés depuis le 1er janvier 2019, elle doit être finalisée le 1er janvier 2020 avec l'intégration des caisses et du personnel de l'ancien régime au sein du régime général.

La mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) a suivi de près le déroulement de cette transition et a notamment organisé des auditions conjointes à cet effet le 12 juin dernier¹.

Le présent article propose diverses mesures afin de compléter l'environnement juridique de la réforme.

Sur un plan pratique :

- le **III** du présent article vise à confier à l'Agence de services et de paiement, en lieu et place de la Caisse nationale du régime social des indépendants, la gestion des aides qu'il apporte aux opérations visant à la sauvegarde et à la modernisation des entreprises artisanales, commerciales et de services affectées par des mutations économiques, techniques ou sociales consécutives à l'évolution de ces secteurs ainsi qu'aux opérations visant à la création ou la reprise de ces entreprises, en modifiant à cette fin l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1998 ;

- le **1° du VII** vise à mettre en liquidation les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, dans des conditions fixées par décret. Les dernières opérations des caisses pourront ainsi être réalisées par le liquidateur courant 2020, les caisses devant avoir disparu au début de 2021 ;

- le **2° du VII** est relatif au transfert du patrimoine des régimes d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès vers le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Sa date serait ainsi légèrement avancée, du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2019. De plus, ce transfert serait étendu aux immobilisations à celui-ci ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale ;

- le **3° du VII** propose une telle extension pour les caisses locales, dont les biens mobiliers et immobiliers seraient également transférés ;

- le **4° du VII** propose une exception à ce principe de transferts de plein droit vers le régime général pour les « actifs informatiques » qui serait, eux, transféré au groupement d'intérêt économique « Système d'information Sécu-indépendants » ;

- le **5° du VII** propose enfin d'exonérer ces transferts sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts.

¹ *Compte-rendu des auditions de la Mecss sur le site du Sénat, semaine du 12 juin 2019.*

Par ailleurs, quelques mesures proposées concernent plus spécifiquement le **Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants**.

Les 1° et 4° du I visent à **confier à la Cour des comptes la mission de certification des comptes annuels du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, ainsi que ceux du régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants**, en cohérence avec les modalités de certification du régime général.

Les 5°, 6° et 7° du I proposent des dispositions similaires concernant respectivement **les prestations supplémentaires d'assurance maladie, les prestations invalidité-décès et les prestations vieillesse complémentaire versées aux travailleurs indépendants. Ces missions feraient l'objet d'un protocole entre le CPSTI et les caisses concernées du régime général et la MSA, approuvé par l'Etat**. Les modalités de financement des coûts afférents seraient à chaque fois prévues par décret.

En outre, le 7° du I propose de confier des missions particulières au régime d'assurance vieillesse complémentaire des travailleurs indépendants à certains organismes de sécurité sociale. Ainsi, la CNAV mènerait les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage de ce régime. Et l'ACOSS disposerait d'un mandat général pour la gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent. Là encore, les relations avec ces organismes seraient formalisées dans des protocoles approuvés par l'État. Un décret simple préciserait là encore le financement des coûts afférents.

F. La compensation de la CNAV et de l'Agirc-Arrco au régime spécial des agents de la SNCF du fait de l'arrêt des embauches au statut

Le IX du présent article propose qu'à compter de l'année 2020, **la CNAV et l'Agirc-Arrco compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce dernier, de l'arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF** en application de l'article 3 de la loi n°2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

En effet, dès janvier 2020, les nouvelles personnes embauchées par la SNCF seront affiliés au régime général d'assurance vieillesse, ainsi qu'aux régimes complémentaires des travailleurs salariés. Ces régimes bénéficieront de ce fait d'un accroissement du nombre de leurs cotisants. À l'inverse, le régime de la SNCF verra son nombre de cotisants diminuer pour les mêmes raisons. Il convient donc de **prendre en compte ces effets au travers d'une compensation** des régimes « bénéficiaires » vers le régime « perdant ».

Le présent article précise qu'il reviendra à une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, de déterminer les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes. A défaut de signature de cette convention avant le 1^{er} juillet 2020, c'est un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, qui déterminerait les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation.

Cette compensation ne devrait s'appliquer qu'à hauteur des taux de cotisations applicables aux salariés du secteur privé – ce qui correspond aux recettes que percevront la CNAV et l'Agirc-Arrco. Le différentiel entre le taux de cotisations au sein du régime de la SNCF et celui applicable aux salariés du privé serait pris en charge par l'État.

Le tableau suivant, tiré de l'étude d'impact annexée au présent PLFSS, retrace les effets financiers de la réforme au sein de la sphère des administrations de sécurité sociale (donc sans l'intervention de l'État). Il fait également apparaître la compensation démographique inter-régimes que devrait percevoir le régime de la SNCF.

**Effets financiers pour le régime SNCF
de la fermeture des embauches au statut**

(en millions d'euros)

Organismes impactés	2020	2021	2022	2023
Perte de cotisations pour le régime spécial SNCF	- 27	- 61	- 100	- 141
Compensation par un transfert des régimes de droit commun (IX du présent article)	14	31	51	73
Compensation démographique inter-régimes	5	12	19	25
Surcoût net pour le régime SNCF	- 8	- 18	- 30	- 43

Source : PLFSS pour 2020, annexe 9

G. La prise en charge par l'État de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Le X du présent article propose la **prise en charge par l'État à partir du 1^{er} janvier 2021 des dépenses de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance et des accidents du travail (CNITAAT)**.

Cette cour, chargée des appels des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) sur les différends d'ordre médical entre les assurés qui prétendent à des droits en matière d'invalidité ou d'accidents du travail – maladies professionnelles. A l'instar des autres juridictions spécialisées dans le contentieux social, elle devait, en vertu des articles 12 et 144 de la

loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, **elle devait disparaître le 1^{er} janvier 2019 pour être intégrée par des formations spécialisées au sein des cours d'appel.**

Cependant, **son existence a été prolongée** par l'article 7 de l'ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale afin de continuer à juger les affaires pendantes dont elle a été saisie avant le 1^{er} janvier 2019. Ainsi, selon les termes de cet article, la CNITAAT « *demeure compétente pour connaître des procédures introduites avant [le 1^{er} janvier 2019] et jusqu'au 31 décembre 2020, ou à une date ultérieure qui sera fixée par décret, sans pouvoir dépasser le 31 décembre 2022, date à compter de laquelle ces procédures sont transférées en l'état aux cours d'appel territorialement compétentes* ».

La prolongation de la période transitoire impliquerait une prolongation de la prise en charge de la CNITAAT par la branche maladie du régime général jusqu'à sa disparition effective.

Le présent article propose donc que cette prise en charge par l'assurance maladie se prolonge jusqu'au 31 décembre 2020, puis que l'État l'assume à compter du 1^{er} janvier 2021. Un tel dispositif est cohérent avec ce que l'article 3 du présent PLFSS propose pour la prise en charge des personnels transférés des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et les commissions départementales d'aide sociale (CDAS) vers des tribunaux de grande instance dédiés.

H. Le financement des services d'aide à domicile

Le XI du présent article proposait, dans sa version initiale, que la CNSA prenne en charge la réforme du financement des services d'aide à domicile (SAAD) à hauteur de 50 millions d'euros.

Les crédits seraient prélevés « pour une partie » sur les excédents de la CNSA affectés au financement d'opérations d'investissement immobilier et pour le solde sur les fonds propres de la caisse.

Des dispositions similaires figuraient déjà à l'article 26 de la LFSS pour 2019. C'est toutefois la section IV de la caisse qui avait alors été sollicitée, sans recours à ses fonds propres.

I. L'entrée en vigueur des dispositions du présent article

Aux termes du XII du présent article, l'ensemble de ces dispositions entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception de celles qui concernent la prise en charge par l'État des dépenses de la CNITAAT qui seraient, comme indiqué *supra*, effectives à partir du 1^{er} janvier 2021

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre six amendements rédactionnels ou de précision, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements à cet article.

S'agissant des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, elle a adopté, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, un amendement de Jean-Pierre Door **supprimant le V du présent article, qui portait le principe d'une compensation partielle (et non plus totale) des exonérations propres aux jeunes entreprises innovantes** par les crédits du programme 192.

Et, s'agissant de la **prise en charge par la CNSA** de la réforme du financement des SAAD, l'Assemblée a adopté un amendement d'Annie Vidal, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, transférant comme l'année dernière cette **prise en charge à la section IV de la caisse**. En outre, le dispositif prévoit désormais qu'un décret précise ces dispositions.

III - La position de la commission

La commission prend acte de la suppression des transferts financiers pour les années 2021 et 2022 liés à l'abrogation des transferts à la Cades et des baisses de flux de TVA en direction de la sécurité sociale, et **qui avaient été adoptés dans le cadre de la LFSS pour 2019**. Ces dispositions reprennent d'ailleurs le dispositif et les motifs d'un amendement adopté par le Sénat l'année dernière et qu'il aurait sans doute été plus simple que l'Assemblée nationale confirme alors en nouvelle lecture. De fait, la trajectoire financière de la sécurité sociale reposait alors sur des hypothèses optimistes et un peu de prudence n'aurait peut-être nui pas avant de songer à l'affectation d'excédents encore virtuels.

Elle se félicite de l'adoption par l'Assemblée nationale de l'amendement de Jean-Pierre Door supprimant le V du présent article. En effet, au-delà du montant en jeu (25,9 millions d'euros), **la mesure proposée était inacceptable sur le principe**, contredisant même la lettre du rapport du Gouvernement sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale qui concluait à la nécessité de conserver un principe de remboursement intégral sur crédits budgétaires de baisses de recettes correspondant à des politiques sectorielles. Au-delà, accepter une telle mesure aurait mis la sécurité sociale en position de financer à l'avenir des crédits de missions de ministres qui, ayant perdu leurs arbitrages, trouveraient commode de « boucler » leur budget en s'exonérant en tout ou partie de leur obligation de compenser leurs « niches sociales ». Cela pouvait aboutir très vite à une paupérisation de la sécurité sociale et à une déresponsabilisation de l'État.

Dans le même esprit et par cohérence avec ses votes à l'article 3 du présent PLFSS, **elle a adopté un amendement n° 193 rejetant l'absence de compensation :**

- **de l'instauration d'une tranche de CSG à 6,6 %** pour certains revenus de remplacement adoptée dans le cadre de la loi MUES, dont le coût pour la sécurité sociale s'élèverait à **1,5 milliard d'euros ;**

- **des limitations de forfait social** adoptées en LFSS pour 2019, dont le coût pour la sécurité sociale est évalué à **600 millions d'euros ;**

- **et du non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique**, dont le coût, beaucoup plus modeste, est évalué à 13 millions d'euros. Dans ce dernier cas, il s'agit davantage de souligner que le présent exercice ne se prête guère aux nouvelles dérogations au principe de compensation, tout particulièrement quand un dispositif dérogatoire peut s'apparenter à une politique publique spécifique à financer sur crédits budgétaire (en l'occurrence la gestion des ressources humaines au sein de la fonction publique).

Pour le reste, la commission des affaires sociales approuve les dispositifs proposés par le présent article, nécessaires à la bonne conduite de plusieurs réformes en cours, notamment l'intégration du RSI dans le régime général, l'assujettissement au régime général de la sécurité sociale des futures recrues de la SNCF ou encore la réforme du contentieux de la sécurité sociale.

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

Article 18

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5

Objet : Cet article a pour objet d'approuver le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose d'approuver **un montant de 5,1 milliards d'euros** correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au présent PLFSS.

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	2018	2019 (p)	2020 (p)
Allègements généraux	32 432	51 100	52 265
Exonérations compensées	6 348	5 708	5 444
Exonérations non compensées	863	2 170	2 147
Exemptions d'assiette	7 681	7 343	7 727
Total	47 324	66 321	67 583

Source : Annexe 5 PLFSS

La progression spectaculaire des allègements généraux à partir de 2019 tient aux modalités de compensations de la fin du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

Ce même facteur explique l'érosion du montant des mesures compensées, certains dispositifs spécifiques ayant disparu afin d'être intégrés dans le « droit commun » d'allègements généraux devenus plus attractifs.

Par ailleurs, comme cela a déjà été détaillé au sein du tome I, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuit la politique engagée l'année dernière consistant à ne pas compenser les nouvelles mesures tendant à baisser les recettes de la sécurité sociale.

Le tableau suivant retrace les mesures non compensées du fait des dispositions de la LFSS pour 2019 ou dont la non-compensation est proposée par le présent PLFSS.

Pertes de recettes pour les administrations de sécurité sociale compensées et non compensées en LFSS 2019 et PLFSS 2020 (en année pleine)

(en milliards d'euros)

Mesure	Perte de recettes pour les ASSO non compensée par l'État
Éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie jusqu'à 2,5 SMIC	0,4
Basculement vers les allègements généraux de dispositifs jusqu'à présent non compensés par l'État (surcoût pour les ASSO)	0,1
Exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires	1,9
Création d'une tranche intermédiaire de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité à 6,6 %	1,5

Mesure	Perte de recettes pour les ASSO non compensée par l'État
Assouplissement des conditions d'éligibilité des retraités au taux réduit de CSG	0,35
Suppression de la taxe sur les farines	0,06
Suppression du forfait social sur certains revenus	0,6
Exonération de cotisations et contributions des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique	0,01
Total	4,9

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 n'est pas opposée au montant de compensations budgétaires proposé par le présent, d'autant qu'il n'est pas modifié par l'amendement opportunément adopté par l'Assemblée nationale à l'article 17, qui a rétabli la compensation totale des exonérations spécifiques accordées aux jeunes entreprises innovantes (JEI).

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

Article 19

Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV

Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2020 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2020.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV fait apparaître une prévision de déficit de 5,6 milliards d'euros.

Il apparaît ainsi en très fort contraste avec la situation exposée l'année dernière qui présentait au Parlement, à ce stade de l'examen du texte et pour l'année 2019, un excédent de 0,4 milliard d'euros (pour la première fois depuis 20 ans).

Il ne fait apparaître, sur le périmètre ROBSS + FSV, aucune amélioration de la situation financière de la sécurité sociale entre la trajectoire révisée de l'exercice 2019 et le prévisionnel pour 2020. Au contraire, le déficit devrait légèrement s'accroître (de 0,1 milliard d'euros) entre ces deux exercices, principalement en raison du déficit de la CNRACL.

Évolution des soldes, par branche, des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Constaté 2018	Prévisions 2019	Prévisions 2020
Maladie	- 0,8	- 3,0	- 3,0
AT-MP	0,7	1,2	1,4
Vieillesse	- 0,1	- 2,3	- 3,2
Famille	0,5	0,8	0,7
Total	0,3	- 3,3	- 4,2
Tous régimes + FSV	- 1,4	- 5,5	- 5,6

Source : PLFSS 2020

Comme d'habitude, il n'intègre pas les conséquences des votes de l'Assemblée nationale. Toutefois, pour cette année, cette regrettable omission n'a que peu de conséquences. Le tableau suivant retrace l'estimation des conséquences financières des votes des députés (en millions d'euros).

Impact des amendements adoptés en 1ère lecture à l'AN			
	Sécurité sociale	Etat	APU
Amendements recettes	21	-69	-48
Suppression de la condition d'intéressement pour le versement de la prime par les associations (article 7)	0	0	0
Extension des AG à la CRPNPAC (impact LODEOM) (article 8)	0	-1,4	-1,4
Affiliation à la MSA des salariés de filiales de coopératives agricoles au 3ème degré (article 8 bis)	0	0	0
Suppression des cotisations minimales pour les activités accessoires et saisonnières (article 8 ter)	-17	0	-17
Intégration de la presse parmi les secteurs éligibles au dispositif de « compétitivité renforcée » de la LODEOM (article 8 quater)	0	-3	-3
Renforcement du dispositif des exonérations renforcées LODEOM par un passage du point d'inflexion à 2 SMIC (article 8 quinquies)	0	-36	-36
Exonération IR et CSG/CRDS de la PCH aidant (article 9 bis)	-2	-3	-5
Extension de la taxe premix (article 9 ter)	15	0	15
Légalisation de l'abattement d'assiette de CSG des détenus (article 9 quater)	0	0	0
Exclusion de la contribution patronale aux régimes de préretraites des dockers de la taxe spécifique de 50% et assujettissement au FS	-1	0	-1
Suppression de la compensation forfaitaire de JEI (article 17)	26	-26	0
Amendements dépenses	-2	0	-2
Suppression de la condition d'ancienneté pour le congé proche aidant	NC	0	NC
Fractionnement AJPP	NC	0	NC
Extension du CMG aux bénéficiaires d'un contrat de service civique	-2	0	-2
Extension de la transition AAH retraites aux agri	NC	0	NC
TOTAL	19	-69	-50

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base tire les conséquences de l'ensemble des votes des assemblées.

Le rapporteur général a exprimé sa vision sur l'évolution de l'équilibre financier de la sécurité sociale dans le tome I du présent rapport, auquel le lecteur pourra se référer.

Comme pour l'article 5 du présent PLFSS, c'est au Gouvernement qu'il reviendra, le cas échéant, de tirer les conséquences des votes des assemblées au cours de la navette afin d'ajuster les prévisions de recettes, de dépenses et de soldes des ROBSS et du FSV.

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 à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV

Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2020 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 19 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2020. À l'exception des branches vieillesse et AT-MP, ce tableau est désormais très semblable à celui des régimes obligatoires de base.

Évolution des soldes, par branche, du régime général

(en milliards d'euros)

	Constaté 2018	Prévisions 2019	Prévisions 2020
Maladie	- 0,7	- 3,0	- 3,0
AT-MP	0,7	1,1	1,4
Vieillesse	0,2	- 2,1	- 2,7
Famille	0,5	0,8	0,7
Total	0,5	- 3,1	- 3,8
Toutes branches +FSV	- 1,2	- 5,4	- 5,1

Source : PLFSS 2020

Là encore, cet article récapitulatif rend logiquement compte de la très nette dégradation des comptes de la sécurité sociale par rapport aux prévisions de l'année dernière sous le triple effet :

- de l'érosion des recettes due à la conjoncture moins bonne que prévue et de ses effets sur la masse salariale ;
- de l'augmentation plus rapide que prévue de certaines dépenses, notamment sur la branche vieillesse ;
- et de l'absence de compensation de plusieurs mesures de diminution de recettes, adoptées soit dans la LFSS pour 2019 soit dans la loi MUES du 24 décembre 2018.

Selon ce tableau, la situation du régime général et du FSV s'améliorerait légèrement en 2020 par rapport à la trajectoire rectifiée de 2019, le déficit régressant de 0,3 milliard d'euros entre ces deux exercices.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

De même qu'à l'article 19 pour l'ensemble des ROBSS, le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base tire les conséquences de l'ensemble des votes des assemblées.

Là encore, le tome I exprime la vision de la commission au sujet de l'évolution de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

S'agissant de cet article « notarial », c'est au Gouvernement qu'il reviendra, le cas échéant, de tirer les conséquences des votes des assemblées au cours de la navette afin d'ajuster les prévisions de recettes, de dépenses et de soldes du régime général et du FSV.

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

Article 21

**Objectif d'amortissement de la dette sociale
et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV**

Objet : Cet article détermine, pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que les prévisions de recettes du FRR et du FSV.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit (...)

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Le I du présent article propose d'approuver pour l'année 2020, les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C du PLFSS des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, c'est-à-dire du FSV. Selon cette annexe, celles-ci s'élèveraient à 17,1 milliards d'euros de CSG, desquelles il conviendrait de retrancher 0,3 milliard d'euros de charges liées au non-recouvrement pour un produit net de 16,8 milliards d'euros.

Le II du présent article fixe l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir de la seule Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à 16,7 milliards d'euros. Au 31 décembre 2020, l'amortissement cumulé représenterait ainsi 188 milliards d'euros, soit 72 % de la dette reprise depuis l'origine.

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'étant plus affectataire d'aucune recette depuis la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le III du présent article propose logiquement de maintenir l'absence de recettes supplémentaires du fonds en 2020.

S'agissant du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le IV reconduit également l'absence de recettes mises en réserve.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Article 22

Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Objet : Cet article habilite six organismes à recourir, en 2020, à des ressources non permanentes destinées à couvrir leurs besoins de trésorerie. En outre, il propose d'encadrer la rémunération des avances consenties par l'Acoss à des organismes n'entrant pas dans le champ 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 la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

A. L'octroi d'autorisation de recours à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie à six organismes

Comme l'indique le tableau présenté ci-après, le I du présent article autorise six organismes à recourir en 2020 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Évolution des plafonds d'avance de trésorerie demandés en 2019 et 2020

(en millions d'euros)

	Encours limite 2019	Encours limite demandé pour 2020
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse)	38 000	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (du 1 ^{er} au 31 janvier)	600	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (du 1 ^{er} février au 31 décembre)	330	150
Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines	470	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières	420	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (du 1 ^{er} janvier au 31 juillet)	800	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (du 1 ^{er} août au 31 décembre)	1 200	2 700

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020

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 (CNIÉG) et celui des exploitants agricoles, pour lesquels un plafond spécifique permet cependant de tracer les opérations. Depuis 2019, elle couvre également les besoins du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). Selon les éléments transmis au rapporteur général, le plafond proposé pour l'Acoss résulte de l'ensemble des hypothèses macroéconomiques présentées dans le PLFSS pour 2020 et de la volatilité estimée du profil du compte Acoss au jour le jour. Il tire également les conséquences de la politique de gestion des risques financiers mise en œuvre par l'Acoss dans sa stratégie de financement. Il tient également compte d'un encours moyen prévisionnel d'avances aux autres régimes autorisés à emprunter de 4,6 milliards d'euros. Ainsi, en brut, le point bas pour 2020 est estimé à 35,8 milliards d'euros le 28 avril 2020, montant auquel il est proposé d'ajouter une marge de sécurité.

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.

Le plafond de découvert de la CCMSA est ramené à la baisse par rapport à 2019, à 4,1 milliards d'euros.

Celui de la Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines est légèrement augmenté, les besoins de cet organisme demeurant important au regard de la situation de sa branche vieillesse qui cumule des déficits.

Celui de la CNIEG serait également réduit par rapport à 2019 et passe à 250 millions d'euros, ce qui devrait lui permettre de faire face à un point bas de trésorerie estimé à - 198 millions d'euros début mars 2020.

Enfin, la CNRACL devrait bénéficier d'une autorisation sensiblement plus élevée qu'en 2019. Cela traduit la dégradation de la situation financière du régime se dégrade, avec un déficit de 1,4 milliard d'euros prévu en 2020. En termes de trésorerie, la variation annuelle du solde de la CNRACL serait de - 1,5 milliard d'euros, avec un point bas de - 2,3 milliards d'euros début décembre.

B. L'encadrement de la rémunération de l'Acoss pour certaines avances de trésorerie qu'elle consent

Par ailleurs, le II du présent article propose de compléter le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale afin de préciser les conditions de rémunération des avances de trésorerie consenties par l'Acoss aux organismes dont elle centralise les recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions sans qu'ils appartiennent nécessaire à la sécurité sociale.

Ainsi, ces avances porteraient intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe pourrait être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées seraient fixés par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget.

Il s'agit de compléter et d'encadrer des dispositions introduites par l'article 25 de la LFSS pour 2019 afin de permettre à l'Acoss d'être en capacité d'aider à couvrir ponctuellement un besoin de trésorerie d'un partenaire, sans pour autant porter un coût de financement qui serait manifestement en décalage avec les conditions réelles de marché ou ses propres contraintes de financement.

Aux termes de l'arrêté interministériel du 11 mars 2019, les organismes suivants sont autorisés à percevoir des avances de l'ACOSS d'une durée inférieure à un mois dans le cadre de ce dispositif :

- d'une part, le Fonds d'assurance formation des chefs d'entreprise artisanale (FAFCEA) ;

- d'autre part, les conseils de la formation auprès des chambres régionales de métiers et de l'artisanat (CRMA) d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Bourgogne-Franche-Comté, de Bretagne, de Centre-Val de Loire, de Corse, du Grand Est, de la Guadeloupe, de Guyane, d'Ile-de-France, de La Réunion, des Hauts-de-France, de la Martinique, de Mayotte, de Nouvelle-Aquitaine, de Normandie, d'Occitanie-Midi-Pyrénées, des Pays de la Loire et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

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 23

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Objet : Cet article soumet à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale ainsi que de l'Ondam pour les années 2020 à 2023.

I - Le dispositif proposé

A. Des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des LFSS

Le présent article contient des dispositions faisant partie du domaine obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale tel que défini à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci dispose en effet que "*dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale (...) approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4*". Et, aux termes de ce dernier article, ce rapport doit décrire "*les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de*

dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. "

B. Le contenu du rapport qu'il est proposé d'approuver

Sur le fond, le rapport constituant l'annexe B de ce PLFSS détaille, pour les années 2020 à 2023, 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.

Il souligne que par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée ce qui décale à 2023 le retour à l'équilibre du régime général et du FSV - date à laquelle les régimes obligatoires de base de sécurité sociale pris dans leur ensemble et le FSV resteraient toujours en déficit selon les prévisions mêmes du rapport.

La trajectoire présentée par l'annexe B repose sur un scénario de croissance modérée, oscillant entre 1,3 % et 1,4 % chaque année.

L'inflation hors tabac, stable à 1 % en 2020, repartirait ensuite modérément à la hausse à partir de 2021 (1,3 %) jusqu'à atteindre 1,8 % en 2023.

L'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé est nettement revue à la baisse par rapport à la LFSS pour 2019, à 2,8 % au lieu de 3,7 % pour l'année 2020. Elle accélérerait de nouveau à partir de 2021 (3,3 %) mais sans atteindre les 3,8 % d'augmentation annuelle que prévoyait la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Le taux d'évolution de l'Ondam est prévu à 2,3 % pour toute la période, conformément à la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Les principales hypothèses économiques fondant la prévision

PRINCIPALES HYPOTHÈSES RETENUES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB volume	2,2 %	1,7 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale privée	3,5 %	3,5 %	3,3 %	2,8 %	3,0 %	3,3 %	3,4 %
Inflation	1,0 %	1,6 %	1,0 %	1,0 %	1,3 %	1,6 %	1,8 %
Ondam	2,2 %	2,2 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

Source : Annexe B du PLFSS 2020

Sur le fondement de ces hypothèses, la forte dégradation des comptes 2019 présenté en deuxième partie du présent PLFSS se traduirait par un déficit des ROBSS sur l'ensemble de la période.

Le tableau ci-après reprend (à partir de l'année en cours), par branche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des ROBSS figurant dans le rapport annexé qu'il est proposé d'approuver.

**Prévisions de recettes, dépenses et soldes
de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV**

(en milliards d'euros)

		2019	2020	2021	2022	2023
Maladie	<i>Recettes</i>	215,8	220,8	227,3	234,2	241,5
	<i>Dépenses</i>	218,8	223,8	228,8	233,8	239,0
	<i>Solde</i>	- 3,0	- 3,0	- 1,5	0,3	2,5
AT-MP	<i>Recettes</i>	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
	<i>Dépenses</i>	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
	<i>Solde</i>	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille	<i>Recettes</i>	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
	<i>Dépenses</i>	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
	<i>Solde</i>	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse	<i>Recettes</i>	239,2	244,1	249,2	255,0	261,4
	<i>Dépenses</i>	241,5	247,3	253,6	260,6	267,7
	<i>Solde</i>	- 2,3	- 3,2	- 4,4	- 5,6	- 6,3
Total	<i>Recettes</i>	507,0	517,1	529,1	542,8	557,5
	<i>Dépenses</i>	510,3	521,3	532,7	545,4	558,3
	<i>Solde</i>	- 3,3	- 4,2	- 3,6	- 2,6	- 0,8
FSV	<i>Recettes</i>	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
	<i>Dépenses</i>	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
	<i>Solde</i>	- 2,3	- 1,4	- 1,0	- 0,6	- 0,3
Total avec FSV	<i>Recettes</i>	505,2	516,2	528,6	542,6	557,7
	<i>Dépenses</i>	510,7	521,8	533,1	545,8	558,7
	<i>Solde</i>	- 5,5	- 5,6	- 4,6	- 3,2	- 1,1

Source : Annexe B du PLFSS 2020

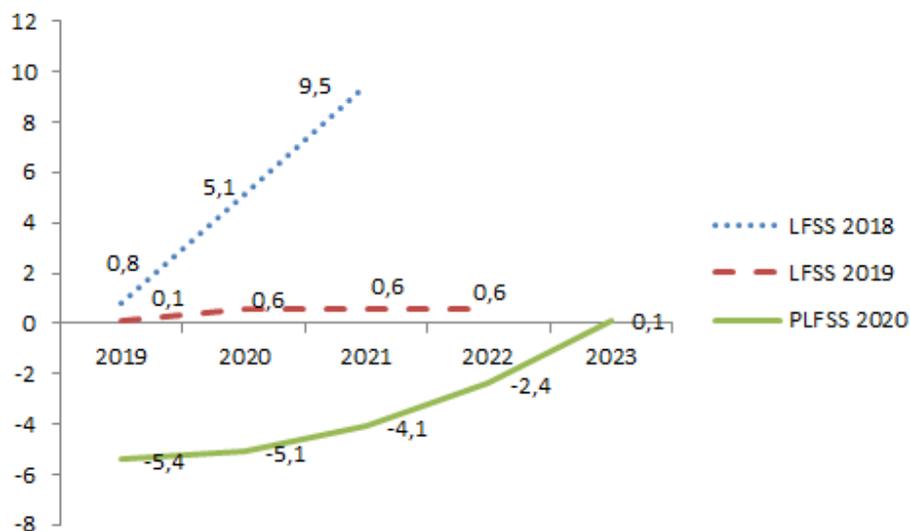
Selon ce tableau, l'ensemble des branches seraient revenues à l'équilibre en 2023, à l'exception de la branche vieillesse, dont le niveau de déficit (6,3 milliards en 2023 pour la branche stricto sensu, 6,6 milliards en ajoutant le FSV) suffirait néanmoins à maintenir l'ensemble des ROBSS dans le rouge.

S'agissant du régime général et du FSV, l'évolution de cette trajectoire est sensiblement la même. Cependant, le creusement d'un déficit un peu moins élevé de la branche vieillesse (5,1 milliards d'euros « seulement » en 2023) permettrait d'afficher un très léger excédent au terme de la période, en 2023 (solde positif de 0,1 milliard d'euros).

Comme cela a été souligné dans le tome I du présent rapport, cette trajectoire financière se distingue fortement de celle envisagée l'année dernière - qui elle-même tranchait avec celle affichée en LFSS pour 2018, essentiellement alors en raison de diverses mesures destinées à diminuer les recettes de la sécurité sociale. Le graphique suivant rend compte de ces évolutions successives.

Soldes pluriannuels du régime général et du FSV en LFSS 2018 et 2019 et dans le PLFSS pour 2020

(en milliards d'euros)



Source : LFSS pour 2018 et 2019 et PLFSS pour 2020

Encore convient-il de nuancer le caractère réaliste des chiffres avancés par le Gouvernement pour la fin de la période, en particulier en ce qui concerne les recettes. Ainsi, le niveau de recettes prévu pour 2022 n'est inférieur que d'un milliard d'euros à celui qui figurait dans le tableau annexé à la LFSS 2019 alors même que l'ensemble des facteurs déterminant ce niveau est en nette baisse par rapport aux prévisions de l'année dernière (PIB et masse salariale en particulier). La situation réelle pourrait donc être encore davantage dégradée.

S'agissant de l'endettement, le rapport annexé au présent PLFSS indique que « le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra à un rythme élevé ». Il souligne que la prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 milliards d'euros, après 16 milliards prévus en 2019 et 15,4 milliards constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 milliards d'euros de dettes depuis sa création, confortant, selon le rapport, l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 milliards d'euros d'ici 2025. Le rapporteur général constate en revanche que le rapport n'évoque pas la question de la dette qui s'accumule au sein de l'Acoss.

Par ailleurs, si le rapport observe qu'il est « *nécessaire de revenir sur les mesures d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'Etat qui avaient été décidées l'an dernier* », il confirme les recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, en particulier la politique d'entorse systématique à la « loi Veil » en cas d'adoption de mesures baissant les recettes de la sécurité sociale. Ainsi, selon le rapport, « *à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre* ».

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 a exprimé sa propre vision de la trajectoire des comptes de la sécurité sociale et des mesures qu'il conviendrait d'adopter dans le présent rapport (tome I et commentaires d'articles, en particulier des articles 3, 17, 52 et additionnel après 52).

Au niveau du présent article, elle se contente de constater la cohérence du rapport figurant en annexe B de ce PLFSS avec la politique proposée par le Gouvernement.

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

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{er}

POUR SUIVRE LA TRANSFORMATION
DU SYSTÈME DE SOINS

CHAPITRE I^{er}

RÉFORMER LE FINANCEMENT
DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Article 24 A

Visibilité pluriannuelle sur les ressources des établissements de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité pour l'État et les fédérations hospitalières de conclure un protocole fixant, pour une période maximale de trois ans, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés, ainsi que les engagements réciproques afférents.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement traduisant **l'engagement de la ministre des solidarités et de la santé, exprimé lors de son audition devant la commission des affaires sociales, en faveur d'une meilleure visibilité pluriannuelle sur les financements dédiés aux établissements de santé.**

À cet effet, cet article prévoit la possibilité d'établissement d'un « protocole » entre l'État et les fédérations hospitalières visant à définir les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents, portant sur une période maximale de trois ans.

Ce protocole serait élaboré au sein de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, transformé par le même article en « comité » économique de l'hospitalisation publique et privée.

Ce comité se voit également confier le suivi et l'application du protocole.

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, d'abord à titre temporaire pour cinq ans, l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a été pérennisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale).

Créé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, il est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. L'observatoire est composé :

- de représentants des services de l'État ;
- de représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;
- de représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Le code de la sécurité sociale prévoit en outre que :

- cet observatoire remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le dernier rapport publié date toutefois d'octobre 2015 ;

- le Gouvernement le consulte préalablement à la mise en œuvre de la procédure de modification des tarifs hospitaliers prévue en cas de risque sérieux de dépassement de l'Ondam hospitalier identifié par le Comité d'alerte de l'Ondam.

II - La position de la commission

Votre rapporteur salue le signal donné par cet article en faveur d'une meilleure visibilité pluriannuelle des établissements de santé sur leurs ressources, qui répond à des attentes fortes des acteurs hospitaliers.

Le récent **rapport sur l'Ondam** présenté au nom de la Mecss¹ a notamment préconisé, en ce sens, la mise en place d'une construction pluriannuelle de la tarification des établissements de santé afin de sortir d'un pilotage à courte vue qui obère la capacité des établissements de santé à porter des projets de long terme ou décider de choix d'investissements.

Cette avancée ne lève pas, cependant, toutes les inquiétudes sur la situation de l'hôpital qui accompagnent l'examen du PLFSS.

¹ « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam », *rapport d'information n° 40 (2019-2020) de Catherine DEROCHE et René-Paul SAVARY, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 9 octobre 2019.*

Sur la proposition de son rapporteur, la commission a adopté un amendement rédactionnel (amendement n° 164) et un autre tendant à préciser que les trajectoires pluriannuelles portent non seulement sur le montant mais également la **répartition** des ressources des établissements de santé (amendement n° 145), de manière à avoir une visibilité *a minima* sur quelques grandes catégories de dotations, en particulier en matière d'innovation ou d'investissement.

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

Article 24

Réforme du financement des hôpitaux de proximité

Objet : Cet article modifie le mode de financement dérogatoire des hôpitaux de proximité dont la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a actualisé les missions, en le fondant sur une garantie pluriannuelle de financement et une dotation de responsabilité territoriale.

I - Le dispositif proposé

A. Une réforme destinée à accompagner la rénovation en cours du modèle des hôpitaux de proximité

• L'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a **actualisé la définition des missions des hôpitaux de proximité**, issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, dans l'objectif, affiché par le plan « Ma Santé 2022 », d'en faire le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et le lieu de coopérations renforcées avec la médecine de ville.

L'évolution de ces missions et activités (définies à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique) est retracée dans le tableau ci-après.

L'entrée en vigueur de ces dispositions a été fixée à une date définie par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2021. Cette réforme devrait s'accompagner d'une montée en charge du modèle des hôpitaux de proximité, qui concerne à **l'heure actuelle 241 établissements**¹.

¹ D'après la liste fixée par l'arrêté ministériel du 23 juin 2016, révisé le 18 avril 2018.

L'évolution des missions et activités des hôpitaux de proximité

	Ancien modèle (LFSS pour 2016)	Modèle rénové (Loi « santé » de juillet 2019)
Statuts	Établissements de santé publics ou privés	Établissements de santé publics ou privés ou sites identifiés de ces établissements
Missions	<p>- Contribuent par des coopérations avec les professionnels de santé du territoire à l'offre de soins de premier recours</p> <p>- Participent à la coordination et à la continuité des parcours de santé</p> <p>- Assurent au besoin l'orientation des patients vers des structures de second recours, avec lesquelles ils développent des partenariats</p>	<p>- Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et autres acteurs notamment quand la prise en charge de leurs patients nécessite un cadre hospitalier</p> <p>- Contribuent à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire</p> <p>- Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie</p> <p>- Participent à la prévention et à des actions de promotion de la santé</p> <p>- Orientent les patients qui le nécessitent vers les établissements de recours ou de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins</p>
Activités	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine <i>ou</i> soins de suite et de réadaptation (SSR), dans la limite d'un seuil réglementaire • Accès à des consultations spécialisées dans le cadre de coopérations • Pas de chirurgie ou d'obstétrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités obligatoires : <ul style="list-style-type: none"> - médecine (et actes techniques) - consultations de plusieurs spécialités en complémentarité avec l'offre libérale - présence ou accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et à des équipements de télésanté • Pas de chirurgie ou d'obstétrique. <i>Mais</i> dérogation possible pour une liste limitative d'actes chirurgicaux programmés (sur décision ARS) • Missions <i>optionnelles</i> (en fonction des besoins et de l'offre de soins) dont : <ul style="list-style-type: none"> - médecine d'urgence - activités pré et post-natales - SSR - soins palliatifs - équipes mobiles

• **Les autres éléments de cette réforme** – à savoir les critères de labellisation des futurs hôpitaux de proximité ainsi que les modalités de leur organisation et de leur **gouvernance** – ont été **renvoyés à une prochaine ordonnance** qui devrait être publiée dans le **courant de l'année 2020**.

D'après les premières propositions concertées avec les acteurs, l'adhésion au label pourrait se faire sur la base du **volontariat** des établissements de santé.

B. La confirmation d'un modèle de financement dérogatoire et hybride

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui a défini le cadre des hôpitaux de proximité leur a adossé un **financement mixte dérogatoire à la tarification à l'activité, « sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire »** (article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale).

Ces modalités ont alors eu vocation à rectifier les dotations annuelles des anciens hôpitaux locaux, qui apparaissaient déconnectées de l'activité réelle de ces établissements, tout en évitant de leur appliquer strictement la tarification à l'activité afin de garantir une certaine stabilité de recettes.

Ces modalités, précisées par un décret du 20 mai 2016¹, conduisent à allouer à chaque établissement une **dotation forfaitaire annuelle garantie** qui comporte :

- une part « socle » correspondant à un pourcentage des recettes « historiques », à savoir les recettes d'hospitalisation perçues par l'établissement au cours des deux années précédentes (environ 70 %) ;

- une part modulable par l'agence régionale de santé (ARS), la dotation organisationnelle et populationnelle, en fonction des caractéristiques du territoire (part de la population âgée de plus de 75 ans ou en dessous du seuil de pauvreté, densité de population, nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants), ainsi que des engagements de coopération, de partenariat et de coordination pris par l'établissement.

D'après les indications transmises par la DGOS, ce modèle conduit à **garantir le financement de l'activité de médecine**, au niveau macro-économique, à hauteur de **90 %** de la moyenne des recettes des deux années antérieures. En pratique, le niveau de la garantie est variable selon les établissements et s'échelonne entre 75 et 103 %.

Si la valorisation de l'activité est supérieure au niveau de la garantie, l'établissement perçoit un complément de recettes. D'après un bilan réalisé par l'ATIH en 2018, **60 %** des établissements labellisés hôpitaux de proximité ont perçu un complément de recettes issu de leur activité.

¹ Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

• **La réforme proposée conserve le caractère dérogatoire et mixte de ce financement mais en redéfinit les modalités.**

Cette réforme répond à plusieurs objectifs. Il s'agit d'abord, en cohérence avec la nouvelle définition des missions de ces établissements, de faire de leur mode de financement un levier de décloisonnement des pratiques, de sécuriser les activités socles, de financer leurs missions élargies et d'éviter, comme le note l'étude d'impact, une « *logique de « production » d'actes* » en incitant plutôt à des actions de prévention et à la coordination.

D'après les indications transmises à votre rapporteur par la DGOS, la réforme proposée vise, en ce sens, à **remédier aux limites du modèle actuel** :

- en dépit du principe de garantie de financement, le modèle actuel ne permet pas aux établissements de disposer d'une visibilité suffisante sur leurs recettes d'une année sur l'autre, alors qu'elles sont soumises à plus de volatilité du fait d'un volume d'activité souvent plus réduit ;

- une autre limite est son caractère insuffisamment protecteur et peu encourageant au développement d'activités de coordination avec les acteurs du territoire : le niveau de fixation de la garantie à 90 % en moyenne des recettes antérieures fragilise les établissements confrontés à des baisses continues d'activité ;

- enfin, selon la DGOS, le modèle actuel repose de façon trop importante sur le volume de l'activité et insuffisamment sur les besoins concrets de la population du territoire.

Le modèle proposé vise, en réponse à ces limites, à introduire une part de **pluriannualité** dans la garantie (contre une réévaluation annuelle dans le modèle actuel), à **rehausser le niveau de la garantie** sur la base de **100 %** de recettes historiques sur deux ou trois exercices (au lieu de 90 % aujourd'hui en moyenne sur la base des deux derniers exercices) et à financer, *via* une dotation spécifique, les missions conduites avec les acteurs du territoire.

À cet effet, il **combine deux volets (I)** :

- **une garantie pluriannuelle de financement** de l'activité de médecine obligatoire, dont le montant est fondé sur **plusieurs critères** : le volume d'activité, les recettes perçues « *antérieurement* » au titre de l'activité, les besoins de santé du territoire et la qualité des prises en charge. Comme à l'heure actuelle, un **complément de recettes issues de l'activité** pourra être alloué si celles-ci dépassent le montant de la garantie pour l'année donnée.

Des travaux se poursuivent en concertation avec les acteurs pour déterminer les modalités de fixation et de révision de cette garantie (dont le niveau devrait être déterminé *a priori* pour trois ans), ainsi que la part respective des différents critères. D'après les indications de la DGOS à votre rapporteur, le nombre d'années de référence des recettes pris en compte sera ainsi fixé par voie réglementaire afin de « trouver un juste équilibre entre le lissage des effets liés à la volatilité de l'activité et la juste prise en compte des dynamiques territoriales (à la hausse comme à la baisse) ». Quant aux critères de qualité, ils seraient spécifiques aux hôpitaux de proximité et distincts de ceux relevant du dispositif IFAQ d'incitation financière des établissements de santé à la qualité et à la sécurité des soins auquel les hôpitaux de proximité resteront éligibles ;

- **une dotation de responsabilité territoriale**, ayant vocation à accompagner les autres missions des hôpitaux de proximité (consultations de spécialités, plateaux techniques d'imagerie, de biologie et équipements de télésanté). Son montant sera déterminé en fonction « *de l'organisation et de la réalisation* » de ces missions et de la qualité des prises en charge. La dotation serait allouée par les ARS sur la base d'une contractualisation. D'après la DGOS, sous réserve des concertations qui se poursuivent avec les acteurs, les indicateurs de qualité seraient distincts de ceux pris en compte dans la garantie de financement et le dispositif IFAQ, afin qu'un établissement ne soit pas pénalisé plusieurs fois au titre d'un même critère.

Cette dotation de responsabilité territoriale inclura une **indemnité allouée aux professionnels de santé libéraux concourant à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité, y compris dans les établissements privés** ; le III en pose le principe à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique, au bénéfice des médecins, des sages-femmes et des odontologistes, concernés par le contrat d'exercice libéral ouvert à tous les établissements publics de santé.

Cette indemnisation, qui s'ajoutera aux honoraires conventionnels, vise, d'après l'étude d'impact, à « *rémunérer les professionnels libéraux pour leurs activités hospitalières « non cliniques » nécessaires à l'exercice de la mission commune à tout hôpital de proximité* », par exemple les réunions d'équipe et temps de coordination avec les équipes soignantes, la participation aux instances médicales, l'organisation des admissions directes ou la préparation des sorties d'hospitalisation. Selon les indications transmises par la DGOS, plusieurs options sont à ce stade envisagées : soit une rémunération pour chaque type d'acte soit, de façon privilégiée, une rémunération plus forfaitaire, qui devra nécessairement s'adapter à la participation effective des professionnels dans la vie institutionnelle de l'hôpital de proximité.

• Le Gouvernement évalue le **surcoût** global du modèle cible de financement des hôpitaux de proximité à **100 millions d'euros** à compter de 2021. A titre de comparaison, **le surcoût du mode de financement actuel par rapport à un financement T2A est estimé par la DGOS à 21 millions d'euros¹**.

La montée en charge serait progressive dès 2020, avec un surcoût de 40 millions d'euros anticipé pour les établissements qui entreront dans le dispositif cette année-là, qui inclut : 10 millions d'euros permettant d'offrir une garantie de recettes de 100 % (au lieu de 90 %), 15 millions d'euros en supposant les établissements qui seront labellisés plus nombreux et de taille plus importante et enfin 15 millions d'euros pour le versement dès 2020 de la dotation de responsabilité territoriale.

Lors de son audition, la DGOS a indiqué que la labellisation serait engagée à compter du second semestre 2020, une fois que l'ordonnance relative à la gouvernance et à l'organisation des hôpitaux de proximité aura été prise, avec une cible évaluée à 600 établissements supplémentaires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des modifications rédactionnelles, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, des amendements de sa commission des affaires sociales précisant à la marge la rédaction de l'article :

- à l'initiative de Brahim Hammouche et de membres du Modem, afin de spécifier que les besoins de santé pris en compte pour la détermination de la garantie pluriannuelle de financement sont bien évidemment ceux de la « population » du territoire ;

- à l'initiative de Martine Wonner et de membres du groupe LREM, pour indiquer que les besoins de santé pris en compte sont ceux définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales.

L'Assemblée nationale a complété en outre cet article d'un IV demandant un **rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités ultra-marines**, afin d'évaluer les coefficients spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet (amendement de Justine Benin, députée du Modem, adopté avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Ce montant correspond au différentiel entre le montant de la garantie lorsqu'elle est effectivement perçue (soit quand elle est supérieure à la seule activité valorisée) et ce qu'auraient perçu les établissements en l'absence de garantie. Il est à rapprocher de la masse financière globale d'environ 500 millions d'euros que représentent à l'heure actuelle les 243 hôpitaux de proximité.

III - La position de la commission

- **Votre rapporteur souscrit aux objectifs de cette réforme de sécuriser le financement des hôpitaux de proximité** en leur donnant notamment une plus grande visibilité sur leurs ressources.

Cette réforme s'inscrit dans le prolongement de la rénovation, par la loi « santé » du 24 juillet 2019, du modèle et des missions des hôpitaux de proximité, que la commission avait accueillie favorablement en dépit des craintes légitimes qu'elle suscite, notamment chez des élus locaux, d'un déclassement de certains établissements périphériques. La commission avait considéré que ce modèle, à la condition d'être conçu comme réellement innovant, pouvait contribuer à la nécessité de repenser l'offre de soins à l'échelle des territoires selon une logique de complémentarité et de subsidiarité d'une part, et selon un principe de coordination des soins et de continuité des parcours de santé axé sur les besoins des patients d'autre part.

- Il est toutefois **regrettable que cette réforme, dont un autre volet essentiel a été renvoyé à une ordonnance ultérieure, soit abordée par étapes et non de façon globale** : les auditions conduites par votre rapporteur ont mis en avant les fortes attentes des médecins libéraux quant au rôle qui leur sera effectivement dévolu dans la gouvernance de ces établissements, et la crainte que ceux-ci, intégrés aux groupements hospitaliers de territoire, restent trop hospitalo-centrés. La volonté initiale d'en faire « l'hôpital de la médecine de ville » répond à un réel besoin de décroisement des prises en charge qui devra se traduire dans les ordonnances à venir.

Votre rapporteur note enfin qu'au-delà des principes généraux posés par cet article, qui reçoivent globalement l'approbation des fédérations hospitalières, **ce sont les modalités pratiques de mise en œuvre qui seront déterminantes**, notamment pour prendre en compte la diversité des établissements et des dynamiques de territoire et ne pas fragiliser plus encore ceux situés dans un bassin de vie à la démographie peu dynamique.

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

Article 25

**Réforme du financement de la psychiatrie
et évolution du modèle-cible de financement des SSR**

Objet : Cet article propose de simplifier le modèle-cible de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont l'application est reportée à fin 2020, et de faire évoluer le modèle de financement des établissements de soins psychiatriques vers un objectif de dépenses globalisé.

I - Le dispositif proposé

A. Soins psychiatriques et soins de suite et de réadaptation : des modalités de financement dérogatoires

Le financement des établissements de soins psychiatriques et des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) fait l'objet de **dispositions particulières**, qui s'expliquent en grande partie par la spécificité des activités de ces secteurs. Contrairement aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le financement fait encore intervenir un **versement de dotations de fonctionnement**, et ne s'intègre pas dans un objectif global de dépenses.

Concrètement, là où les établissements de MCO voient leur financement principalement couverts par des tarifs, les établissements de soins psychiatriques publics et privés non lucratifs bénéficient d'une **dotations** globale de fonctionnement et demeurent contraints de **facturer les prestations d'hospitalisation et les spécialités pharmaceutiques auxquels ils ont recours à la sécurité sociale**. Cette dichotomie de financement, en plus d'alourdir les modalités de gestion, ne favorise pas la responsabilisation des gestionnaires.

Le secteur des SSR, historiquement financé de la même manière, a connu en 2016 une réforme importante de son financement sur le modèle d'un objectif global de dépenses, dont l'application demeure toutefois différée.

1. Soins psychiatriques

Concernant les établissements de santé psychiatrique *publics ou privés à but non lucratif*, qui assurent environ 75 % des prestations de soins, leurs frais de fonctionnement sont financés par une **dotations annuelle de financement (DAF)** mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale (CSS), dite « DAF psy ». Il s'agit d'une **enveloppe budgétaire fermée**.

Cette dotation constitue la part principale de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) mentionné à l'article L. 174-1-1 du même code, lequel est arrêté chaque année par l'État et réparti en **dotations régionales limitatives** en fonction de critères très largement définis (« *l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaires* »).

La « DAF psy » intègre par ailleurs l'ensemble des frais relatifs aux actes et consultations externes pratiqués en établissement psychiatrique, dans la limite de leurs tarifs. Les prestations hospitalières et les dépenses de médicaments sont, pour leur part, remboursées par la sécurité sociale aux établissements sur la base des tarifs arrêtés.

Concernant les établissements de santé psychiatrique *privés à but commercial*, qui sont exclus du champ de la « DAF psy », les dépenses remboursables de soins (prestations hospitalières et spécialités pharmaceutiques) réalisées sont encadrées par un **objectif quantifié national** (OQN) dont le montant est arrêté chaque année par l'État.

Enfin, de façon générale, les établissements de soins psychiatriques publics, privés à but non lucratif et privés à but commercial signataires de Cpom bénéficient d'une **dotations nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** (Migac), dite « Migac psy », pour leurs actions de formation, de recherche, d'amélioration de la qualité des soins ou de réponse aux priorités définies par les schémas nationaux ou régionaux.

2. Soins de suite et de réadaptation

a) *Un nouveau modèle de financement qui prévoit la couverture globalisée des dépenses de soins*

Aux termes de l'article L. 162-23 du CSS, créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016¹, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont plus financées sous le régime de la dotation annuelle mais bénéficient d'une couverture intégrale assurée par un **ODAM** (dit « ODAM SSR »), **sans distinction de statut public ou privé**. Cet ODAM doit désormais couvrir l'ensemble des dépenses engagées par le secteur.

Ainsi, l'ODAM SSR distingue deux composantes, une *principale* et une *complémentaire*. La composante principale, qui substitue à la DAF une dotation modulée à l'activité (DMA), intègre des **recettes issues de l'activité de soins**, et rassemble :

- une dotation calculée chaque année **sur la base de l'activité** antérieure et valorisée par une fraction des tarifs appliqués aux prestations hospitalières remboursées par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Divers coefficients concourant à l'équité géographique et au respect de l'Ondam par ailleurs peuvent également lui être appliqués ;

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 78.

- un montant forfaitaire pour chaque séjour, auquel s'appliquent les mêmes règles de valorisation et de coefficient que précédemment exposé.

Pour sa part, la composante complémentaire finance, le cas échéant, la **prise en charge des médicaments et des plateaux techniques spécialisés**.

Par ailleurs, les établissements de SSR publics, privés à but non lucratif et privés à but commercial signataires de Cpom bénéficiaire, de façon similaire aux établissements de soins psychiatriques, d'une dotation nationale de financement Migac (dite « Migac SSR »). Contrairement à la dotation « Migac psy », celle-ci n'est cependant **pas directement prélevée sur l'Ondam mais intégrée à l'ODAM SSR**.

b) Des dispositions transitoires qui maintiennent pour une large part un financement à la dotation annuelle de financement

Ce mode de financement, dont l'objectif est de faire entrer le secteur des SSR dans le droit commun du financement hospitalier, n'est pour l'heure que très partiellement appliqué, en raison de plusieurs dispositions transitoires introduites par la LFSS pour 2016, puis la LFSS pour 2018¹ :

- les établissements de SSR sont régis, jusqu'au 31 décembre 2019, par un **mode de financement composite**. Leur dotation comprend **deux montants cumulatifs** correspondant (**pour 90 %**) aux recettes telles que calculées d'après les modalités antérieures de la DAF et (**pour 10 %**) aux recettes calculées d'après les modalités de la DMA en vigueur. Par ailleurs la composante complémentaire du nouveau financement des SSR, couvrant les spécialités pharmaceutiques et les plateaux techniques spécialisés, ne sera versée qu'à partir du 1^{er} janvier 2020 pour les premières, et au plus tard au 1^{er} janvier 2020 pour les seconds ;

- jusqu'au 31 décembre 2019, l'ODAM SSR ne désigne pas, comme le prévoit le CSS, le financement des SSR selon ses modalités nouvelles, mais le financement versé selon ses modalités transitoires. Ainsi, une part importante de l'ODAM SSR tel qu'actuellement fixé par arrêté continue d'être constituée de dotations annuelles de financement ;

- en conséquence, du 1^{er} janvier 2020 jusqu'au 1^{er} mars 2022 au plus tard, les **prestations d'hospitalisation en SSR demeurent**, indépendamment du calcul de la DMA, **remboursées par la sécurité sociale** mais seulement pour une part, affectée d'un coefficient de transition.

Ces dispositions transitoires dessinent un cadre de financement particulièrement complexe dont le tableau ci-après tente de rendre compte.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 68.

**Financement actuel des établissements
de soins psychiatriques et de SSR**

	Soins psychiatriques		SSR			
	Public/Privé à but non lucratif	Privé à but commercial	Public/Privé à but non lucratif		Privé à but commercial	
			90 %	10 %	90 %	10 %
Frais de fonctionnement	DAF psy		DAF SSR			
Prestations hospitalières	Droit commun	OQN psy	Droit commun	ODAM SSR	« OQN SSR »	ODAM SSR
Spécialités pharmaceutiques						
Spécialités pharmaceutiques « en sus »¹						
Actes et consultations externes	DAF psy			Droit commun		
Formation, recherche, amélioration de la qualité	Migac psy (au sein de l'enveloppe Migac)		Migac SSR (au sein de l'ODAM SSR) (art. L. 162-23-8 CSS)		Idem (uniquement pour les établissements signataires d'un Cpom)	

Source : Commission des affaires sociales

B. Bilan des campagnes budgétaires de 2018 et 2019

Plusieurs mesures budgétaires spécifiques ont été récemment prises par le ministère des solidarités et de la santé².

¹ Correspondent aux spécialités pharmaceutiques qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, en sus des prestations d'hospitalisation remboursables par la sécurité sociale, dont la liste est fixée par arrêté.

² La circulaire du 4 mai 2018 prévoyant notamment que « les dotations de la psychiatrie doivent faire l'objet d'une attention particulière pour garantir le développement de la spécialité et permettre les transformations attendues dans les territoires pour répondre aux besoins de la population ».

Campagnes budgétaires de 2018 et 2019 pour les soins psychiatriques et les SSR

(en millions d'euros)

	2018						2019			Taux d'évolution (p)	
	Arrêté d'attribution des dotations	Circulaire budgétaire du 31 octobre 2018	Circulaire budgétaire du 8 janvier 2019			Montant final des dotations	Arrêté d'attribution des dotations	Circulaire budgétaire du 7 mai 2019	Dégel des réserves prudentielles (en cas de respect de l'Ondam 2019)		Montant final des dotations (p)
			Augmentation de l'ODAM ¹	Dégel des réserves prudentielles	Crédits pérennes supplémentaires						
DAF PSY	9 039,4	11,5	112,0	59,0	46,0	9 267,9	9 080,9	100,0	54,0	9 234,9	-0,6 %
OQN PSY	735,3				4,0	739,4	763,7			763,7	3,3 %
Total PSY	9 774,7	11,5	112,0	59,0	50,0	10 007,3	9 844,6	100,0	54,0	9 998,6	-0,1 %
ODAM SSR (DMA SSR + Migac SSR)	5 500,0	10,9	95,0	29,0	16,0	5 647,9	5 600,0	50,0	56,0	5 706,0	1,0 %
OQN SSR ²	2 933,8					2 933,8	3 178,4			3 178,4	7,6 %
Total SSR	8 433,8	10,9	95,0	29,0	16,0	8 601,7	8 778,4	50,0	56,0	8 884,4	3,3 %

Source : Arrêtés de tarification et circulaires budgétaires

¹ Cette augmentation de l'ODAM correspond à une mesure d'exception.

² Les dotations attribuées aux établissements de SSR privés commerciaux se déduisent de la différence entre le montant global de l'ODAM SSR tel que défini par l'article L. 162-23 du CSS et précisé par arrêté et le montant de l'ODAM SSR réservé aux établissements publics et privés non lucratifs qui figure en circulaire budgétaire.

Malgré l'abondement notable de crédits intervenu en janvier 2018 (plus de 230 millions d'euros), dont certains ont été reconduits au cours de l'exercice 2019, les taux d'évolution des dotations des secteurs des soins psychiatriques et des SSR se maintiennent à des niveaux préoccupants, et permettent deux constats :

- même en neutralisant l'évolution des crédits de l'apport exceptionnel de 112 millions d'euros pour 2018, la progression du financement du **secteur psychiatrique (- 0,1 % en tenant compte de l'apport, 1 % sans en tenir compte)** évolue à un **rythme significativement moins élevé que l'Ondam hospitalier (2 %)** ;

- dans les deux secteurs des soins psychiatriques et des SSR, **les taux de progression des dotations pour le secteur *privé commercial* sont beaucoup plus élevés que pour le secteur *public* et le secteur *privé non lucratif*.**

C. Le dispositif proposé par l'article 25

1. Financement des SSR : une simplification du modèle et une prorogation des délais d'application

Le I de l'article 25 procède à plusieurs simplifications du modèle de financement des SSR.

Le 2° du I réécrit la **base législative de la composante principale de la dotation attribuée aux établissements de SSR**. Ses deux éléments sont désormais fondus dans un « *financement mixte* » associant des recettes directement issues de l'activité, avec un maintien des divers coefficients susceptibles de l'ajuster et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de ces activités, dont les modalités seront précisées par décret. L'ancien élément du montant forfaitaire par séjour se trouve donc en quelque sorte **absorbé par la DMA**, dont l'article 25 entend à terme faire la principale clef de financement des établissements de SSR.

Le 3° du I abroge les modalités de calcul de la DMA (dans ses contours actuels), qui faisaient intervenir une **fraction** des tarifs nationaux des prestations hospitalières pratiquées en établissements de SSR et le **taux moyen** de prise en charge par l'assurance maladie au titre de ces prestations. La nouvelle rédaction simplifie considérablement le calcul par un renvoi direct au tarif plein de la prestation. Il est néanmoins conservé la possibilité de minorer la nouvelle DMA d'un coefficient géographique, d'un coefficient visant à concourir au respect de l'Ondam et d'un coefficient visant à concourir au respect de l'ODAM SSR pour la part qu'il consacre au remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Le 5° du I prévoit la possibilité pour les établissements de SSR, à partir du 1^{er} janvier 2021 (V), de se voir rembourser par la sécurité sociale, au titre de la liste en sus, les médicaments qui bénéficient d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), à la condition que ces derniers aient été prescrits au sein d'un établissement de santé.

Le 4°, le 6° et le 7° du I procèdent à des coordinations.

Le II proroge les délais d'application de la réforme du financement des SSR. Il s'agit principalement de **prolonger d'un an (jusqu'au 31 décembre 2020) les modalités transitoires de financement.**

2. La création d'un « ODAM psychiatrie »

Le 8° du III prévoit une réforme en profondeur des modalités de financement des activités de soins psychiatriques. Est créée une sous-section spécifique composée de deux articles qui prévoient :

- la **création d'un ODAM spécifique aux activités de psychiatrie.** À l'instar du secteur des SSR, il s'agit d'intégrer l'ensemble des activités de soins psychiatriques au sein d'un unique objectif de dépenses (et d'ainsi fondre la « DAF psy » et les remboursements de la sécurité sociale au sein d'un système de financement unique) ;

- que cet objectif **national** sera composé de **trois dotations distinctes** :

- une **dotation populationnelle**, dont le montant tiendra principalement compte des besoins de la population concernée. Cette dotation globale sera ensuite répartie en dotations régionales, qui seront versées aux établissements par les ARS, **en fonction de critères définis au niveau régional** ;

- des **dotations complémentaires**, dont les montants tiendront compte de l'activité des établissements et qui seront versées **en fonction de critères définis par arrêté ministériel** ;

- d'une dotation accordée sur des critères de qualité et d'amélioration des soins.

Ces trois dotations ne seront pas attribuées aux établissements selon des modalités identiques. Seule la dotation populationnelle fera l'objet d'une répartition préalable entre régions, « *dans le but de réduire progressivement les inégalités* » subsistant actuellement entre ces dernières. Leur distribution aux établissements par les ARS, selon des critères propres à chaque territoire, s'effectuera dans un second temps. Les autres dotations seront versées uniformément par les ARS aux établissements selon des critères établis par arrêté ministériel.

Le texte indique que les médicaments bénéficiant d'une ATU ou ayant bénéficié d'une telle autorisation peuvent être inscrits sur la liste en sus de tout établissement de santé financé par dotation globale, dont feront désormais partie les établissements de soins psychiatriques (**1° du I**).

Il est en outre précisé que les actes et consultations externes, actuellement financés par la « DAF psy », demeureront couverts par l'ODAM psychiatrie (**11° du III**).

Par coordination, le **financement des transports sanitaires**, qui reste à la charge de l'établissement prescripteur, est inclus dans le nouveau mode de financement des établissements psychiatriques (**b) du 2° du III**).

La création de l'ODAM psychiatrie se traduisant par une uniformité du financement pour tous les établissements, de statut public ou privé, l'article 25 procède à l'abrogation des dispositifs spécifiques au secteur psychiatrique privé (**1°, a) du 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 12° du III**).

Elle se traduit également par une redéfinition du modèle de financement des établissements dispensant des soins psychiatriques aux personnes incarcérées, dont le financement par DAF est maintenu mais dont le calcul prendra désormais en compte les nouvelles modalités d'attribution de la DMA (**7° du III**).

Enfin, le **9° du III** renomme la sous-section rassemblant les dispositions communes aux différents établissements financés par objectif global de dépenses en y intégrant les activités psychiatriques, et le **IV** intègre les coordinations nécessaires au code de la santé publique (CSP).

À noter que, bien que l'application de ce nouveau mode de financement soit prévu pour le 1^{er} janvier 2021 (**V**), il n'est **pas prévu de dispositif de financement transitoire**.

3. Activités continuant de faire l'objet d'un versement en dotation annuelle de financement (DAF)

L'article 25 tire les conséquences du retrait des activités de soins psychiatriques de l'ODAM défini à l'article L. 174-1-1 du CSS rassemblant les financements des établissements maintenus dans le système de la DAF. Le **13° du III** redéfinit ainsi les contours de cet ODAM spécifique pour les activités de soins d'établissements limitativement énumérés (établissements de soins pour personnes incarcérées, unités de soins de longue durée, Institution nationale des invalides, établissement public de santé de Mayotte...).

À ce titre, les paragraphes **14° à 22° du III** procèdent aux coordinations qu'appelle cette réécriture.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre onze amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté **treize amendements** à l'article 25, dont la grande majorité apporte des clarifications à la définition et à la répartition des dotations qui structurent le nouveau mode de financement des soins psychiatriques :

- un amendement du rapporteur général visant à intégrer à la future couverture des soins psychiatriques assurée par l'**ODAM** les frais de « *prise en charge* » en plus des « *frais d'hospitalisation* », afin d'acter la pleine participation du soin psychiatrique au virage ambulatoire ;

- un amendement du rapporteur général précisant que les **dotations régionales composant l'ODAM** devront tenir compte du projet régional de santé (PRS) ;

- quatre amendements du rapporteur général et de plusieurs députés du groupe Mouvement démocrate (Modem) sont venus préciser les critères de *définition* de la **dotation populationnelle et de la dotation complémentaire qui composent l'ODAM**, afin que ces dernières tiennent également compte du virage ambulatoire ;

- les critères de *répartition entre régions* de la **dotation populationnelle qui compose l'ODAM** ont par ailleurs fait l'objet de trois amendements spécifiques : l'un déposé par Mme Wonner visant à y intégrer la spécificité sociologique et démographique des territoires et les deux autres déposés par le rapporteur général visant à tenir compte du maillage de l'offre médico-sociale ainsi que des indications du projet régional de santé (PRS) ;

- trois amendements du rapporteur général et un amendement de plusieurs députés du groupe Les Républicains ont apporté des précisions aux critères de *répartition* par les ARS des **dotations populationnelles régionales** entre établissements, qui devront tenir compte des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ainsi que des avis des associations d'usagers et de représentants des familles ;

- un amendement du rapporteur général a affiné les critères de *répartition* par les ARS des **dotations complémentaires régionales**, qui pourront tenir compte des activités auxquelles **participe** l'établissement destinataire et non plus seulement des activités qu'il **assure**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission ne peut que se réjouir du dispositif prévu à l'article 25, qui **marque la fin pour le secteur psychiatrique d'un système de financement inadapté**. Elle tient toutefois à inviter le Gouvernement à la plus grande prudence lorsqu'arrivera le temps de la déclinaison de ce modèle par voie réglementaire.

La réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), déployée depuis 2016, s'était appuyée sur un principe similaire d'une meilleure visibilité des financements et d'une convergence des modèles tarifaires entre les différents établissements, quel que soit leur statut public ou privé. Pour autant, l'application d'un modèle tarifaire uniforme s'était immanquablement traduite par des « gagnants » et des « perdants », sans que les pertes n'aient été préalablement objectivées et anticipées.

Cette remarque formulée, et compte tenu des rythmes actuels de progression des dotations dans le secteur psychiatrique, largement favorables au secteur privé commercial, on peut néanmoins s'attendre à ce que **la convergence tarifaire se traduira par un rééquilibrage au bénéfice du secteur public**. Votre rapporteure s'y montrera d'autant plus attentive que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) lui a confirmé que *« s'agissant plus spécifiquement de l'évolution des crédits alloués à chaque secteur, il n'y aura pas de convergence à proprement parler, mais le financement de l'ensemble des établissements à travers un modèle de financement commun permettra de rapprocher sensiblement les dynamiques de progression des enveloppes allouées à chacun des secteurs »*.

Les orientations actuelles du nouveau financement du secteur psychiatrique, largement inspirées des résultats de la mission « Réforme des modes de financement et de régulation » conduite par Jean-Marc Aubert, dessinent un compromis dont l'ensemble des acteurs semble se satisfaire. La dotation populationnelle devrait normalement représenter 80 à 85 % de l'ONDAM psychiatrie avec, à l'issue des travaux de l'Assemblée nationale, une pondération spécifique par des éléments relatifs à la précarité et à la couverture médico-sociale. Votre commission a souhaité, par **l'amendement n° 195**, y ajouter la **prise en compte des soins pédopsychiatriques**.

Votre commission se montrera également attentive aux **effets de l'introduction d'une dotation liée à l'activité, que le secteur aura à s'approprier**. La DGOS a indiqué à votre rapporteure que *« la répartition entre les deux dotations pour les différents secteurs pourra être différente afin de garantir de la souplesse et de la progressivité dans la montée en charge de la réforme »*. Un **amendement n° 196** vise ainsi à pallier les effets potentiellement délétères que pourra provoquer l'introduction d'une dotation liée à l'activité pour les établissements assurant des soins psychiatriques. En effet, les établissements montrant la file active la plus faible sont souvent les établissements les moins dotés en personnel médical, sans être ceux dont les besoins sont pour autant

les moins élevés. La transition vers le nouveau modèle de financement ne doit pas se traduire, pour ces établissements en particulier, souvent situés en zone sous-dotée, par une baisse de leur dotation.

Enfin, bien que l'Assemblée nationale se soit montrée soucieuse de préciser les critères de définition et de répartition des dotations régionales par les ARS aux établissements, votre commission a été fortement sensibilisée aux risques de **maintien d'inégalités infrarégionales que le silence du législateur permettrait de perpétuer**. La ministre des solidarités et de la santé a certes assuré, lors de son audition par votre commission le 19 octobre 2019, que « *la répartition territoriale [...] sera assurée par les agences régionales de santé, qui connaissent les besoins et les indicateurs de santé des territoires* », mais il conviendrait de préciser ces critères de répartition en y ajoutant les spécificités des territoires en matière de présence de professionnels de santé. C'est l'objet de **l'amendement n° 197**.

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

Article 26

Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

Objet : Cet article modifie le mode de calcul du ticket modérateur à l'hôpital.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit en vigueur : un dispositif censément transitoire, peu transparent, et qui accroît les restes à charge

1. Un dispositif initialement transitoire

Depuis la tarification à l'activité (T2A), instaurée par la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les établissements de santé sont financés selon le principe de tarifs correspondant à un paiement forfaitaire par type de séjour donné. Les ressources tirées antérieurement de la dotation globale ne pouvant correspondre aux tarifs nouveaux, le législateur a mis en place des dispositifs transitoires, notamment s'agissant de la part restant à la charge de l'assuré.

Avant la réforme de la T2A, l'assuré participait à l'ensemble des charges supportées par l'établissement au moyen du ticket modérateur, cette part de 20 % appliquée aux tarifs journaliers de prestations (TJP) calculés **dans chaque établissement**, ainsi que par le paiement du forfait journalier hospitalier fixé nationalement.

Maintenir le même niveau de participation des assurés exigeait, une fois passé à la T2A, de choisir entre asseoir le ticket modérateur sur les seules prestations d'hospitalisation mais en en augmentant le taux, ou maintenir son taux à 20 % mais en l'asseyant également sur les autres composantes du financement des établissements – dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), forfaits annuels d'urgence et de greffe, etc.

La deuxième solution a été choisie par l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003, en sorte que le ticket modérateur non seulement fait participer l'assuré au financement des Migac et des fonds annuels d'urgence, mais surtout dépend toujours des TJP, établis pour chaque établissement. Pour les établissements privés, en revanche, le ticket modérateur est calculé sur l'assiette des groupes homogènes de séjour, c'est-à-dire sur la base des tarifs de l'assurance maladie pour la pathologie dont relève le patient hospitalisé.

Conçu pour être transitoire, ce mécanisme n'en a pas moins été prorogé jusqu'au 31 décembre 2019 par la LFSS pour 2016, après l'avoir été jusqu'au 31 décembre 2015 par la LFSS pour 2013 et jusqu'au 31 décembre 2012 par la LFSS pour 2009. Le rapporteur général pour le Sénat du PLFSS pour 2016, Jean-Marie Vanlerenberghe, en a donné dans son rapport sur la branche assurance maladie la double raison :

- d'une part, *« l'impossibilité, pour les établissements anciennement sous dotation globale, d'établir une facturation individuelle sur la base des tarifs nationaux »* ;
- d'autre part, l'effet financier qu'aurait eu la modification du mode de calcul du ticket modérateur, compte tenu du moindre niveau des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global des séjours.

Ces deux raisons sont restées d'actualité. Dans les observations soumises au Conseil constitutionnel à l'occasion de sa saisine par soixante députés sur l'article 77 du PLFSS pour 2016, le gouvernement de l'époque assurait que sa fin provoquerait une *« perte nette de recettes pour les établissements d'environ 2,5 Md€ par an puisque ces derniers sont dans l'incapacité technique d'établir une facture patient sur la base des groupes homogènes de séjour. Cette perte représenterait environ 5 % des recettes des établissements concernés, ce qui mettrait ces structures dans une situation financière extrêmement difficile voire insoutenable et poserait la question de la continuité des soins »*.

2. Un dispositif complexe

Le TJP est calculé en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades par le nombre de journées prévisionnel. Il est fixé tous les ans par les ARS sur proposition du directeur d'établissement et doit suivre des modalités de calcul précisées par voie réglementaire.

Aux termes du décret n° 2009-213 du 23 février 2009, « Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation des patients [...] sont établis pour au moins chacune des catégories suivantes :

1° L'hospitalisation complète en régime commun en distinguant :

- a) Services spécialisés ou non ;
- b) Services de spécialités coûteuses ;
- c) Services de spécialités très coûteuses ;

2° L'hospitalisation à temps partiel ;

3° La chirurgie ambulatoire ;

4° L'hospitalisation à domicile ;

5° Les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation ».

3. Un dispositif qui a contribué à alourdir le reste à charge des patients

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, la Cour des comptes relève que « les valeurs retenues ont largement correspondu, au moins jusqu'en 2012, aux demandes de chaque établissement en fonction de ses conditions d'exploitation, de ses coûts et de sa situation financière propre, sans toujours respecter les modalités de calcul réglementaires ».

Il en a résulté une grande hétérogénéité des TJP, à types de soins identiques, selon les établissements. Selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, l'éventail des TJP pratiqués en médecine par les CHU allait en 2012 de 862 euros par jour à l'AP-HP à 1 476 euros par jour au CHU de Rouen ; en dehors des CHU, certains TJP étaient inférieurs à 300 euros. Des travaux effectués par la Cour des comptes en 2013 sur des données 2011 ont mis en évidence des écarts similaires : de 140 à 1 832 euros en médecine, de 429 à 2 243 euros en chirurgie et de 146 à 1 318 euros en psychiatrie.

La Cour des comptes, dans le même rapport, estimait en outre que « l'augmentation de la valeur des TJP entre 2004 et 2012 à un rythme nettement supérieur à celle de la dépense hospitalière a[vait] augmenté de près de 1 Md€ la part relative de financement des ménages au sein de la CSBM ».

Depuis 2012 et à l'exception de 2018, la circulaire ministérielle annuelle relative à la campagne tarifaire des établissements de santé reconnaît bien volontiers que « le niveau des tarifs journaliers de prestation (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer », mais n'appelle les gestionnaires qu'au strict respect des règles de calcul prévues par le décret de 2009 et à la « baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15 % au niveau auquel ils devraient être » en application de ces règles. En 2019 ainsi, la diminution des TJP de ces établissements devait atteindre 3 %.

Depuis la LFSS pour 2016, les établissements non concernés par cette consigne sont certes tenus de respecter un plafond d'augmentation des TJP, fixé par le décret n° 2016-650 du 20 mai 2016 au niveau du sous-objectif « *Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité* » déterminé par la LFSS de l'année en cours. Ainsi, en 2019, l'augmentation des TJP ne pouvait-elle dépasser 2,4 %.

Reste donc que les hôpitaux publics peuvent depuis 2005 laisser aux patients des restes à charges importants. Leur niveau est d'autant moins sensible depuis que la loi n° 2013-504 du 16 juin 2013 a rendu obligatoire la prise en charge du ticket modérateur par les contrats collectifs que les employeurs sont tenus de souscrire au profit de leurs employés.

D'après Santéclair, le TJP représentait en 2016 pour de grandes mutuelles 54 % des dépenses hospitalières prises en charge en MCO, charge en hausse de 31 % sur trois ans¹. Les complémentaires couvrent ainsi une part de marché de plus en plus large des frais de santé des patients hospitalisés.

B. Une réforme nécessaire, des modalités à surveiller

L'article 26 maintient le principe des TJP mais les rationalise selon une nomenclature nationale.

Le **I 1°** dispose que la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, qui instaure (**I 2°**) une « *tarification nationale journalière des prestations* » établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement où ils sont donnés, et ne concerne que les établissements des secteurs public, privé non lucratif participant au service public hospitalier, et privé non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement.

Pour les autres établissements privés, les GHS continueront à servir de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie. Les activités de psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation en revanche reposeront elles aussi sur la nouvelle tarification nationale journalière des prestations.

Le **II** précise que la tarification nationale journalière et les GHS continueront à servir également à l'exercice de recours contre des tiers, à la facturation de soins des patients relevant d'un autre système de sécurité sociale coordonné avec le système français, et à la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance maladie.

¹ L'Argus de l'assurance, le 21 janvier 2016.

Le **III** dispose que les GHS restent applicables aux patients affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française, bénéficiant de l'aide médicale d'État ou bénéficiant de la prise en charge des soins urgents.

Les **I 3°** et **4°** suppriment des dispositions devenues inutiles. Les **5°**, **6°** et **7°** sont de coordination.

Le **II** procède à des coordinations dans le code de la santé publique. Son **2°** retire notamment au directeur d'établissement le pouvoir de fixer les « *propositions de tarifs* » des prestations de soin.

Le **III** modifie la LFSS pour 2003 pour repousser au 31 décembre 2020 l'extinction du régime actuel.

Le **IV** précise que le nouveau dispositif entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021 pour les activités de MCO, et à la date prévue au **V** de l'article 25 du projet de loi pour les activités de psychiatrie et de SSR, soit le 1^{er} janvier 2021.

Le **V** prévoit une période transitoire : à compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2023 au plus tard, les montants annuels de la dotation populationnelle de chaque établissement, prévue par l'article 25 du présent PLFSS pour les activités de psychiatrie et de SSR, ainsi que de la dotation Migac pour les autres établissements, seront modulés selon les modalités fixées par arrêté afin de limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations sur les recettes des établissements.

D'après l'étude d'impact, les centres hospitaliers non régionaux et les établissements à but non lucratif seront les plus nombreux à bénéficier favorablement de la réforme ; les proportions sont inversées pour les centres hospitaliers régionaux et les centres de lutte contre le cancer. Les niveaux de gains et de pertes restent cependant limités : plus ou moins 0,9 % des recettes totales, la catégorie la plus touchée étant celle des centres hospitaliers non régionaux, avec une variation possible de plus ou moins 1,3 % des recettes totales. Ces effets seront par ailleurs lissés sur trois ans comme le prévoit le **V** du dispositif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur général.

Un amendement déposé par des députés du groupe LREM a également été adopté, avec un avis favorable du Gouvernement, qui inclut les services de santé des armées dans le champ d'application de cet article.

L'Assemblée nationale a adopté l'article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Cet article est le seul du PLFSS à s'attaquer, si l'on peut dire, au reste à charge des patients à l'hôpital, dont de nombreuses études, telles celles du Haut conseil pour le financement de l'assurance maladie de 2013, celle de l'Irdes de 2016 ou encore l'Observatoire de la Mutualité française de 2019, ont montré le caractère inéquitable.

Même si l'on peut regretter qu'il ne soit pas explicitement mis fin à un régime initialement transitoire et que le ticket modérateur ne soit pas enfin assis sur les GHS, cette réforme semble à votre rapporteure de nature à remédier aux inconvénients du système actuel, source d'importants restes à charge et d'inégalités de traitement des assurés selon les établissements.

Certains acteurs auditionnés s'inquiètent néanmoins de la concomitance d'une telle réforme, pour les activités de SSR et de psychiatrie du secteur privé, avec celle de leur financement, opérée par l'article 25, craignant notamment un transfert de charges au détriment des patients. La période transitoire prévue par le V semble toutefois de nature à absorber l'impact du nouveau régime sur la situation financière de ces établissements.

L'essentiel de la mise en œuvre de cette réforme dépend cependant de mesures réglementaires qui devront être prises. Compte tenu de leur impact sur les assurés, il conviendra de surveiller de près leur élaboration.

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

Article 26 bis (nouveau)

Réforme du financement des services d'urgence

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à réformer le mode de financement des services d'urgence en combinant une dotation populationnelle, un financement à l'activité et une dotation complémentaire liée notamment à la qualité des prises en charge.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis « très » favorable du Gouvernement, un amendement de la commission des affaires sociales issu d'une initiative de Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en Marche, réformant le financement des services d'urgence.

Cet amendement est issu du travail mené par Thomas Mesnier et Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière, dans le cadre de la mission sur l'amélioration de la situation dans les services d'urgences que leur a confiée la ministre des solidarités et de la santé en juin 2019. Il traduit en outre des annonces faites par la ministre dans le « pacte de refondation des urgences » présenté le 9 septembre dernier.

• **Le financement des structures d'urgence comporte à l'heure actuelle plusieurs éléments essentiellement liés à l'activité**, dont les modalités sont fixées par voie réglementaire :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) d'un montant de 25,32 euros dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement ;

- un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève depuis 2016 à 730 000 euros pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000.

À ces financements s'ajoutent ceux liés à la facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation en UHCD.

D'après la Cour des comptes¹, les services d'urgence des établissements de santé ont accueilli 21,2 millions de passages en 2016 pour un coût de 3,1 milliards d'euros à la charge de l'assurance maladie et des autres financeurs (complémentaires santé et ménages). Ces dépenses ont connu une hausse moyenne annuelle de 4 % depuis 2013, pour une progression de l'activité de l'ordre de 5 % en moyenne annuelle pour les passages non suivis d'hospitalisation.

• Le présent article rétablit au sein du code de la sécurité sociale un article L. 162-22-8-2 réformant, tout en l'érigeant au niveau législatif, **le mode de financement de l'activité de soins de médecine d'urgence** au sein des établissements de santé publics comme privés.

Le modèle de financement mixte et dérogatoire proposé (I) s'appuie sur **trois composantes** :

- une **dotation populationnelle** qui aurait vocation à être majoritaire (de l'ordre de 66 %) dont le montant serait arrêté par région en fonction des besoins de la population – en fonction notamment de la démographie – et des caractéristiques de l'offre de soins, puis répartis entre les établissements selon des critères définis au niveau régional ;

- des **recettes liées à l'activité**, dans lesquelles est introduit le principe d'une **modulation selon l'intensité des prises en charge** des patients. Les modalités restent à travailler en concertation avec les acteurs mais d'après les indications transmises à votre rapporteur, ces critères pourraient notamment prendre en compte l'âge des patients, étroitement corrélée à la complexité des prises en charge ;

¹ « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », *Cour des comptes, rapport public annuel 2019, février 2019.*

- enfin, un **financement complémentaire à la qualité**, sur la base de critères liés à « *l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité* », dont les modalités sont renvoyées à un décret en Conseil d'État. Cette dotation est distincte du dispositif IFAQ de financement à la qualité des soins auquel les établissements concernés sont par ailleurs éligibles et les critères (qui pourraient par exemple prendre en compte le temps de passage) devraient être également distincts.

- L'entrée en vigueur de cette réforme est prévue à **compter du 1^{er} janvier 2021 (II)**.

Ce nouveau modèle de financement concernerait également les SMUR (services mobiles d'urgence et de réanimation) qui sont actuellement financés sur la base d'une dotation MIG (mission d'intérêt général), dans l'objectif, d'après les indications transmises à votre rapporteur, de favoriser une plus grande mutualisation entre les SMUR et les services d'urgence. En revanche, les services d'aide médicale urgente (SAMU ou centre 15) en sont explicitement exclus.

II - La position de la commission

- **Le caractère inadapté du mode actuel de financement des services d'urgence a été relevé par de nombreux rapports.**

La commission des affaires sociales l'a ainsi souligné dans un rapport de juillet 2017 sur les urgences hospitalières¹, qui mettait en évidence le **paradoxe** selon lequel ce mode de financement « *incite à l'inflation de l'activité sans pour autant couvrir les besoins des établissements.* » Ce rapport préconisait un mode de financement incitant à une meilleure coopération entre les acteurs de la prise en charge des soins non programmés, en conservant un **financement mixte** (forfaitaire et à l'activité) et **en modulant le montant du financement à l'activité** en fonction de la gravité des pathologies et de la technicité des actes réalisés.

La Cour des comptes, dans le rapport précité de février 2019, relève, dans le même sens, un financement désincitatif à la coopération avec les autres acteurs et à la réorganisation des prises en charge : « *dans le cadre actuel du financement des structures d'urgence, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie des passages évitables sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est financièrement pénalisant pour eux. En effet, la tarification au forfait opère une péréquation entre les cas légers, qui sont « sur-financés », et les cas lourds, qui sont « sous-financés ».* »

¹ « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017), présenté par Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et René-Paul SAVARY, au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, 26 juillet 2017.

• **Votre rapporteur accueille donc favorablement cette réforme dont les modalités restent encore cependant à discuter avec les acteurs concernés.** Il conviendra notamment de prendre en compte le besoin de rééquilibrage des inégalités territoriales dans la répartition des moyens tout en prenant en compte les besoins spécifiques de certains territoires.

Sous réserve d'un amendement du rapporteur portant des clarifications rédactionnelles (amendement n° 146), la commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 26 ter (nouveau)

**Rapport au Parlement sur le financement et l'évolution
du financement des missions de recherche
et d'innovation des établissements de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande la remise d'un rapport au Parlement faisant le point sur le financement des missions de recherche et d'innovation des établissements publics de santé et leur évolution.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article résulte d'un amendement présenté par Jean-Louis Touraine et des membres du groupe La République en Marche, approuvé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en dépit des réserves exprimées par son rapporteur général, et adopté avec l'avis de sagesse du Gouvernement.

Il demande la remise au Parlement, dans un délai de six mois, d'un rapport sur « *le financement et l'évolution des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé* ».

Il s'agit comme le soulignent les auteurs de l'amendement dans son exposé sommaire, de réaliser un bilan permettant d'évaluer l'utilisation des dotations au titre des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation) afin que ces crédits ne servent pas de variable d'ajustement, « *d'en mesurer les impacts concrets dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé et d'envisager une évolution du financement des missions de recherche et d'innovation* ».

II - La position de la commission

Votre rapporteur partage les inquiétudes exprimées par les auteurs de l'amendement quant au financement de la recherche et de l'innovation au sein des établissements de santé.

Destinés à compenser, lors de la mise en place de la tarification à l'activité, les surcoûts liés notamment aux activités de recherche et d'enseignement, **les crédits MERRI constituent une sous-catégorie de l'enveloppe MIGAC¹**, dont ils représentent 54 % soit **3,5 milliards d'euros** en 2016². Le rapport sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) établi par la Cour des comptes à la demande de la commission des affaires sociales³ appelait à réformer le mode d'allocation des crédits MERRI, notant leur dilution sur un plus grand nombre d'établissements éligibles, leur caractère volatile et imprévisible et un « *défait de pilotage stratégique* ».

Votre rapporteur a par ailleurs déjà attiré l'attention sur des modes de financement inadaptés en matière d'accès à l'innovation, à travers notamment l'enveloppe fermée du RIHN (répertoire des actes innovants hors nomenclature) en matière de biologie médicale, qui ne permet pas de couvrir l'ensemble des dépenses engagées par les établissements de santé⁴.

Quelle que soit l'importance de ces enjeux, votre rapporteur doute qu'une demande de rapport sur le sujet - si tant est que ce rapport soit effectivement transmis au Parlement - soit une solution efficace.

L'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale prévoit déjà la présentation au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, d'un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, dont un volet porte explicitement sur les dotations MIGAC, leur évolution et critères d'attribution.

L'analyse des crédits MERRI s'inscrit pleinement dans ce cadre. Il serait cependant souhaitable que ce rapport soit effectivement transmis au Parlement, dans les délais prévus, ce qui est en pratique rarement le cas. La dernière version transmise date en effet de 2017.

C'est la raison pour laquelle votre rapporteur propose la suppression de cet article (amendement n° 147).

La commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

² Source : Cour des comptes, rapport cité ci-après.

³ « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », rapport d'information n° 228 (2017-2018), Sénat, 17 janvier 2018.

⁴ Sur ce sujet, cf. rapport d'information n° 569 (2017-2018), « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce ».

Article 27

Refonte de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de ville

Objet : Cet article engage la refonte de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux relevant de la médecine de ville.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : une procédure longue et complexe, préjudiciable à la pertinence et à l'efficience des soins

1. Une procédure longue et complexe

Depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour être remboursés aux professionnels, être inscrits sur une liste des actes et prestations prévue par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La décision de l'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam) du 11 mars 2005 a distingué deux parties dans cette liste : la classification commune aux actes médicaux (CCAM), qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins, et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui regroupe les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. À cela s'ajoute la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), mentionnée à l'article L. 162-1-7-1.

Ces trois nomenclatures représentent plus de 12 000 catégories d'actes et redistribuent un montant de l'ordre de 27,4 milliards d'euros, soit environ 14 % de la dépense de santé nationale et 16,5 % des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

L'inscription d'un acte sur cette liste implique de suivre la procédure législative et réglementaire prévue par les articles L. 162-1-7, R. 162-52 et R. 162-52-1 du code de la sécurité sociale, qui se recompose comme expliqué ci-après.

1. La demande d'inscription peut émaner de sociétés savantes ou de professionnels de santé ou, plus fréquemment, de l'Uncam, qui fait part de son intention au ministre compétent ainsi qu'aux organisations représentatives des professionnels de santé autorisés à pratiquer cet acte, et saisit la Haute autorité de santé (HAS) pour avis.

2. L'évaluation médicale de l'acte est effectuée, au sein de la HAS, à la demande de son collège, par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts), qui propose un avis formellement rendu, ensuite, par le collège de la HAS, au plus tard à la fin du sixième mois qui suit sa saisine par l'Uncam – délai renouvelable une fois.

3. L'évaluation scientifique et technique est ensuite effectuée par l'Uncam : l'acte est hiérarchisé par des experts choisis par elle, dont les propositions sont transmises à une instance de cohérence composée d'autres experts, qui présente le score obtenu par l'acte à une des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention – ou « commissions de hiérarchisation des actes et prestations » (CHAP).

4. L'évaluation médico-économique et la tarification sont aussi de la compétence de l'Uncam. L'article R.162-52 indique qu'elle « définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation », et que « lorsque l'acte constitue une alternative à des traitements thérapeutiques déjà inscrits (...) l'Uncam évalue l'opportunité de l'inscription de l'acte et définit, le cas échéant, son tarif au regard des coûts de mise en œuvre comparés de ces différents traitements ».

5. L'information et la consultation. L'Uncam consulte ensuite l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) sur l'inscription ou le remboursement des actes et prestations ; elle dispose de six mois pour rendre son avis.

6. L'inscription de l'acte sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie relève du collège des directeurs de l'Uncam, qui peut ne pas donner suite à un avis favorable de la CHAP.

7. L'approbation par les ministres compétents doit être recueillie sous 45 jours.

8. La publication au *Journal officiel* a lieu dans un délai de 30 jours en l'absence d'opposition des ministres.

La **révision** de la hiérarchisation ou de la tarification d'un acte implique de suivre à nouveau les étapes 3 à 8.

Cette procédure se voit fréquemment reprocher sa longueur. Le Snitem estimait en 2012 à 1 000 jours le délai moyen d'examen des dossiers, dont 500 jours pour la HAS, et 581 jours pour l'Uncam. Dans le dernier de ses rapports disponibles en ligne faisant figurer cette information, la Cnedimts indique qu'en 2017, trois catégories de produits concernant des descriptions génériques avaient été évaluées, pour une durée moyenne de 18 mois.

2. Une complexité préjudiciable à la pertinence et à l'efficacité des soins

La procédure décrite ci-dessus se heurte à deux grandes catégories de critiques, bien analysées par le rapport de l'Igas de 2012 et celui de la *task force* « Réforme du financement du système de santé », rendu en janvier 2019¹ :

- d'une part, elle est mal comprise et mal acceptée. « La procédure actuelle est vécue par les acteurs concernés autres que l'Uncam comme longue, peu

¹ « Réforme des modes de financement et de régulation », janvier 2019.

lisible, génératrice de dysfonctionnements et d'incompréhension des arbitrages rendus », écrit l'Igas en 2012¹.

- d'autre part, elle manque d'objectivité. Comme le résume l'Igas, la procédure « est pilotée de fait par la CNAM. La CNAM prend l'initiative de soumettre un acte nouveau à la HAS, elle anime les travaux nécessaires à la hiérarchisation qui seront soumis à la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), elle décide de l'inscription » [...] « Le fait que l'organisme en charge de la maîtrise des dépenses ait la maîtrise entière du processus peut, à tort ou à raison, faire craindre un conflit d'intérêt ».

Les conséquences de telles caractéristiques sont celles que l'on peut attendre d'une nomenclature mal calibrée sur l'état de l'art médical : frein à l'intégration des innovations, maintien d'activités ne correspondant plus aux pratiques en cours, création de rentes économiques pour certaines professions ou certaines activités sans rapport avec l'utilité collective des actes réalisés, etc.

Dans le rapport précité, l'Igas conclut ainsi : « ces constats militent pour qu'une équipe dédiée, indépendante de la CNAM, prenne en charge la procédure d'actualisation de la nomenclature. Il faut en effet que les moyens consacrés à la gestion de l'introduction des actes nouveaux soient préservés et que l'objectif des personnels qui s'y consacrent soit exclusivement la qualité descriptive de la classification ».

« Il convient donc de constituer une équipe indépendante de la CNAM en charge d'actualiser la nomenclature, de conduire les opérations de réévaluation des points travail et de maintenir les coûts de la pratique [...] La CHAP pourrait dans cette hypothèse conserver le rôle qu'elle joue aujourd'hui en matière d'orientation générale des travaux méthodologiques, de définition des priorités de travail et d'instance de validation des travaux techniques effectués. »

Une révision de la méthode d'inscription des actes à la liste des actes et prestations devrait ainsi se donner pour principes directeurs la simplification d'une part, et d'autre part une distinction plus nette entre la hiérarchisation médicale et technique des actes et leur tarification.

B. Le dispositif proposé

L'article 27, dans sa version issue du texte déposé par le Gouvernement sur le bureau de l'Assemblée nationale, disposait que l'ensemble des actes et prestations inscrits sur une liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale feraient l'objet, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi de financement, d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans, selon des modalités précisées par décret en Conseil d'État.

¹ Igas, « Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », mars 2012.

Votre rapporteure accueillait initialement avec circonspection la méthode retenue initialement, consistant à autoriser un décret en Conseil d'État à déroger, pour engager la réforme de la nomenclature, aux règles de concertation avec les professionnels fixés par le code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique trois amendements rédactionnels, ainsi que l'amendement n° 1958 rectifié du Gouvernement, qui réécrit entièrement l'article 27.

Le 1° du I dispose que l'inscription sur la liste peut être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée minimale de trois ans renouvelable une fois.

La procédure prévue par l'article L. 162-1-7 est ensuite réécrite de la manière suivante, et ne concerne que les actes faisant partie de la CCAM :

1. La demande d'inscription est adressée par l'Uncam ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la HAS. La demande peut aussi émaner, outre de conseils nationaux professionnels, d'associations d'usagers agréées, ce qui est nouveau. Dans ce cas de figure, c'est la HAS qui fixe le délai dans lequel elle rend son avis.

2. L'évaluation médicale de l'acte est effectuée par la HAS. Elle porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. À la demande du collègue, l'avis de la HAS peut être préparé par une commission spécialisée - rôle actuellement tenu par la Cnedimts. Cet avis est transmis à l'Uncam dans un délai de six mois suivant le dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes.

3. L'évaluation scientifique et technique est de la compétence d'un nouvel organe, le Haut conseil des nomenclatures (HCN). Le HCN établit son rapport en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est ensuite remis, dans un **délai de six mois**, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Uncam, après avis simple de la commission professionnelle compétente pour la profession de médecin.

Le HCN, chargé de proposer une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations et d'étudier à cette fin ceux qui lui sont soumis, est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que de personnes qualifiées nommées dans des conditions fixées par décret. Un représentant de la HAS, un représentant des patients ainsi que le président de la commission professionnelle compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux. Il remet chaque année un rapport annuel d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation, qui est rendu public. Son secrétariat est assuré par l'Uncam.

Les commissions professionnelles compétentes pour chacune des professions sont des commissions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention, à l'instar des CHAP actuelles. Elles sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation. Présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, elles sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Uncam. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du HCN qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du HCN. Elle émet également un avis sur les rapports du HCN relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret.

Les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont inscrits par l'Uncam après avis de la commission compétente pour leur profession.

4. La phase de tarification n'apparaît pas dans le dispositif – elle est actuellement régie par la partie réglementaire du code – mais, d'après la CNAM, resterait inchangée, c'est-à-dire de la compétence de l'Uncam en fonction de la hiérarchisation.

5. Consultation. L'Uncam sollicite l'avis de l'Unocam et, le cas échéant, de la HAS lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation.

6. Inscription. Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Uncam. Les décisions d'inscription de l'Uncam sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le VIII dispose que tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le IX dispose que les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État.

Le 2° abroge, par cohérence, l'article L. 162-1-7-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la nomenclature des actes de biologie médicale.

Le 3° modifie l'article L. 162-1-8 pour disposer que :

a) En l'absence de hiérarchisation par la commission professionnelle compétente, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Uncam de l'avis de la HAS mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Uncam peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant sous réserve qu'il entre dans l'une des quatre catégories précisée par le **b)** :

- actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie

- actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie

- actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.

- actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles

Les **d), e) et f)** procèdent à des coordinations.

Le **g)** ajoute un alinéa à l'article L. 162-1-8 pour disposer que le ministre de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de l'HAS. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au JO.

Le 4° ajoute une phrase à l'article L. 162-14-1 précisant que la ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le HCN.

Le 5° précise, ainsi que le **I 1°**, que l'Uncam assure le secrétariat du HCN.

Le **II** précise que la liste fait l'objet d'une révision, dont les modalités seront précisées par un décret en Conseil d'État. Ce dernier précisera notamment l'organisation des travaux du HCN, chargé de cette révision.

Le **III** indique que le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2020.

III - La position de la commission

Votre rapporteure observe que ce nouveau dispositif permettra *a priori* de mieux distinguer les phases de description et de tarification, et donc de tenir compte des critiques récurrentes relatives au manque d'impartialité de la procédure actuelle, et donc de rendre la nomenclature plus adéquate à l'état de l'art médical.

La représentation à parité des médecins libéraux et hospitaliers au sein du Haut conseil des nomenclatures est également de nature à rassurer les professionnels de santé, que votre rapporteure a auditionnés sur ce point.

Il n'est en revanche pas manifeste que l'inscription d'actes nouveaux gagnera en célérité, sauf à imaginer que la procédure de révision emprunte une forme beaucoup plus simplifiée. Donner au HCN la compétence d'élaborer la procédure de révision devrait permettre d'assurer la qualité des travaux.

En toute hypothèse, le décret précisant la composition exacte et le mode d'organisation du HCN et le décret en Conseil d'État prévu pour préciser la procédure de révision devront faire l'objet d'une attention particulière.

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

Article 28

Réforme de la prise en charge des dispositifs médicaux

Objet : Cet article porte une réforme importante de la prise en charge de certains dispositifs médicaux. Il précise les obligations incombant à chaque acteur de la mise sur le marché, prévoit une procédure de référencement afin de mieux réguler la couverture et la prise en charge de certains dispositifs et instaure la possibilité d'une remise en bon état d'usage pour les fauteuils roulants.

I - Le dispositif proposé

A. Des précisions apportées au circuit de distribution

L'attribution individuelle d'un dispositif médical¹ fait potentiellement intervenir plusieurs acteurs, dont chacun est défini au sein d'un règlement européen dédié¹.

¹ On désigne par « dispositif médical » tout produit ou prestation couvert par la définition qu'en donne l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale : « dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et leurs dérivés, produits de santé autres que les médicaments et prestations de services et d'adaptation associées ».

Définitions des acteurs de l'attribution d'un dispositif médical

Fabricant : personne physique ou morale qui fabrique ou remet à neuf un dispositif ou fait concevoir, fabriquer ou remettre à neuf un dispositif, et commercialise ce dispositif sous son nom ou sous sa marque ;

Mandataire : personne physique ou morale établie dans l'Union européenne ayant reçu et accepté un mandat écrit d'un fabricant, situé hors de l'Union, pour agir pour le compte du fabricant aux fins de l'accomplissement des tâches déterminées liées aux obligations incombant à ce dernier ;

Importateur : personne physique ou morale établie dans l'Union qui met un dispositif provenant d'un pays tiers sur le marché de l'Union ;

Distributeur : personne physique ou morale faisant partie de la chaîne d'approvisionnement, autre que le fabricant ou l'importateur, qui met un dispositif à disposition sur le marché jusqu'au stade de sa mise en service.

Par ailleurs, l'article 15 du PLFSS pour 2020 insère un nouvel article L. 165-1-1-1 au code de la sécurité sociale qui introduit la qualité générique d'**exploitant d'un produit de santé**, défini comme « *le fabricant ou le distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation. L'exploitation comprend la commercialisation, ou la cession à titre gratuit, sur le marché français. [...] Lorsqu'un mandataire agit pour le compte d'un fabricant, le mandataire est regardé comme étant exploitant* ».

Il a été précisé à votre rapporteure au cours de ses auditions que la mise sur le marché des dispositifs médicaux pouvait faire intervenir **deux types de distributeurs** : les **distributeurs « en gros »**, assimilables aux grossistes-répartiteurs du secteur du médicament, et les **distributeurs « au détail »**, désignant les prestataires (pharmacies ou dépôts de prestataires spécialisés) en lien direct avec le patient.

Les articles du code de la sécurité sociale (CSS) relatifs aux obligations incombant aux acteurs de la filière des dispositifs médicaux **au moment de leur mise sur le marché** ne visent actuellement que les « *fabricants ou distributeurs* ». Or, malgré la définition précise qu'en donne le règlement européen précité, cette désignation semble maintenir une ambiguïté dommageable sur l'application de ces obligations aux détaillants, qui sont les premiers concernés par la qualité et le suivi du service rendu.

C'est pourquoi l'article 28 substitue la rédaction « *exploitant ou distributeur au détail* », la qualité d'exploitant comprenant celle de distributeur en gros, à celle actuellement en vigueur (**A, B, 1°, a) et b) du 3° du D, 1° du F, G, I, 2° à 4° du J, K à Q du I**).

¹ Règlement (UE) n° 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

Inversement, la même ambiguïté se retrouve pour les obligations incombant aux acteurs de la filière **au moment de l'inscription du dispositif médical sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)**. La mention des « *fabricants ou distributeurs* » fait actuellement courir le risque aux distributeurs de détail de voir leur responsabilité engagée pour manquement à des obligations relatives aux qualités techniques de fabrication, qui pourtant ne serait imputable qu'à l'exploitant. C'est pourquoi le **C du I** protège les distributeurs de détail des sanctions que l'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) pourrait prendre quand un produit ne respecte pas les spécifications techniques qui ont motivé son inscription sur la LPPR.

B. Le contingentement du marché des dispositifs médicaux par une nouvelle procédure de référencement

Le **B du I** prévoit, sur initiative ministérielle, le conditionnement possible de l'inscription d'un dispositif médical sur la LPPR à une **procédure de référencement** visant à limiter la distribution des produits et, le cas échéant, des prestations associées, selon plusieurs critères. Ces derniers, que le projet de loi ne mentionne que de manière générique, s'articuleront toutefois autour de trois types de leviers :

- la *qualité intrinsèque*, à savoir le respect des spécifications techniques et la qualité générale des produits et prestations ;
- le *nombre*, à savoir le volume nécessaire pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ;
- le *prix*, à savoir les conditions tarifaires au regard de l'objectif d'**efficience**¹ des dépenses d'assurance maladie.

Le référencement des produits et prestations sélectionnés **ne pourra dépasser une durée de deux ans prorogeable un an**. Il pourra également, à la condition de **ne pas engendrer une situation de monopole**, exclure de la LPPR les produits ou prestations les moins avantageux au regard des critères de sélection.

Il s'agit, en droit comme en fait, d'une **faculté discrétionnaire accordée au pouvoir réglementaire d'administrer, pour une durée maximale de trois ans, un ou plusieurs segments du marché des dispositifs médicaux remboursables**.

Le **E du I** précise par ailleurs que la mise en œuvre de la procédure de référencement pourra impliquer, de la part des exploitants ou des distributeurs au détail des produits et prestations sélectionnés, un engagement à « *fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection* » et à « *garantir une couverture suffisante du territoire français* ». L'article prévoit l'application d'un régime de sanctions administratives ou financières en cas de non-respect de ces engagements.

¹ À noter que, contrairement aux médicaments, les mécanismes de régulation de l'offre des dispositifs médicaux ne tiendront pas compte du respect quantitatif de l'Ondam, mais d'un respect qualitatif de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

C. La possibilité nouvelle d'une remise en bon état d'usage

1. Un contexte propice au recyclage de certains dispositifs médicaux : l'important reste à charge lié aux fauteuils roulants

La couverture financière des **dispositifs médicaux** fait intervenir un nombre importants de financeurs publics et privés. L'inscription de ces dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) des régimes obligatoires de sécurité sociale ouvre droit pour l'assuré à une **couverture partielle par l'assurance maladie**. Pour le cas des accidentés de la vie ou des accidents du travail, il convient également de tenir compte de la participation des assureurs agissant conséquemment à l'engagement de la responsabilité civile du commettant.

Les dispositifs médicaux implicitement visés par la possibilité de remise en bon état d'usage prévue par l'article 28 recouvrent principalement la catégorie des fauteuils roulants (catégorie IV de la LPPR), qui sont également revêtus de la qualité d'**aides techniques** et à ce titre attribuables spécifiquement aux personnes en situation de handicap. Le conseil départemental est dans ce cas appelé à intervenir, de façon subsidiaire par rapport aux financeurs précédents¹, à travers le versement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et par l'intervention des fonds départementaux de compensation (FDC).

Enfin, vient éventuellement s'ajouter la **participation facultative d'autres financeurs publics (Carsat, collectivités territoriales) et des assureurs complémentaires individuels ou collectifs**, auxquels les assurés ont souscrit par ailleurs.

À l'issue de ces financements, le **reste à charge net** assuré directement par la personne handicapée se situe **en moyenne autour de 12 % du coût total de l'aide**². Des études plus récentes ont porté cette moyenne à **16 %**, en montrant qu'une majorité de départements parvenait à contenir le reste à charge net à un **niveau inférieur à 15 %**, mais qu'il pouvait être porté à plus de 20 % pour une petite quinzaine d'entre eux³.

Ce niveau moyen de prise en charge, *a priori* relativement contrôlé, cache des réalités très disparates, non seulement entre départements, mais également entre natures d'aides techniques financées. Ce sont les dépenses de **fauteuils roulants verticalisateurs ou à propulsion électrique** qui sont les plus difficilement absorbables par les personnes. Une étude menée en 2014 par l'association AFM-Téléthon a montré l'importance de ces restes à charge spécifiques.

¹ Il subsiste un débat relatif au droit au recours subrogatoire dont les conseils départementaux s'estiment titulaires à l'égard des assureurs des tiers dans le cas d'une aide technique financée suite à un accident de la vie.

² IGAS, Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, avril 2013.

³ IGAS, Évolution de la prestation de compensation du handicap, op. cit.

**Reste à charge pour le financement
d'un fauteuil roulant non manuel**

	Montant moyen (en euros)
Coût initial	22 895
Reste à charge après financements légaux sans conditions de ressources (assurance maladie, PCH, FDC)	9 837
Reste à charge après financements complémentaires sous conditions de ressources (autres collectivités et caisses de sécurité sociale)	5 458
Reste à charge après financements privés	1 850

Source : AFM-Téléthon

Votre rapporteure tient à souligner que, bien que le reste à charge moyen puisse être « réduit » à 1 850 euros, le reste à charge « **légal** » moyen s'élève quant à lui à 9 837 euros. Les réductions consécutives dépendent de conditions « extra-légales », qui varient selon l'implantation géographique ou la situation personnelle de l'intéressé.

2. L'innovation proposée par l'article 28

a) Un nouveau circuit de distribution

L'une des principales innovations de l'article 28 réside dans l'inscription au sein du CSS de la **possibilité d'une remise en bon état d'usage d'un dispositif médical**. Bien qu'ils ne soient pas explicitement désignés, la mesure concernera essentiellement les fauteuils roulants et autres dispositifs médicaux ayant la qualité d'aides techniques à destination des personnes en situation de handicap.

La *remise en bon état d'usage* d'un dispositif médical doit être soigneusement distinguée de son *renouvellement*, quand bien même ce dernier implique ponctuellement une opération de réparation. En effet, le renouvellement d'un dispositif inscrit sur la LPPR constitue un **droit du seul bénéficiaire**, ouvert et pris en charge par l'assurance maladie dans les cas où le produit *initialement prescrit* est hors d'usage, irréparable ou inadapté, ou encore lorsque son utilisation doit se prolonger au-delà de sa durée normale d'utilisation *au profit du même bénéficiaire* (article R. 165-24 du CSP).

Or la remise en bon état d'usage, telle que décrite par l'article 28 du projet de loi, vise un dispositif médical dont l'usage, une fois sa première durée d'utilisation écoulée, peut être prolongé en faveur d'un *autre bénéficiaire*. Ne figurant pas tel quel au sein de l'article R. 165-24, il n'ouvre actuellement aucun droit à la prise en charge par l'assurance maladie. Autrement dit, **l'exemplaire d'un produit spécifique inscrit sur la LPPR ne peut voir sa prise en charge prolongée qu'au profit unique de son premier attributaire (en cas de besoin)**.

Le II de l'article 28 instaure donc un nouvel article au sein du code de la santé publique (CSP) disposant que *certains dispositifs médicaux à usage individuel* figurant sur une liste spécifique établie par arrêté ministériel pourront faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation *par un patient différent*.

Cet article prévoit également que la réalisation de cette remise en bon état usage *puisse* être subordonnée au respect de certains critères de qualité et sécurité sanitaire ainsi qu'à une procédure d'homologation dispensée par des centres ou des professionnels spécifiquement autorisés.

b) Un nouveau régime d'obligations

L'introduction de ce nouveau régime de distribution de dispositifs médicaux emporte deux types d'obligations (**E du I**), les unes à la charge du distributeur et les autres à la charge des bénéficiaires :

- *nouvelles obligations incombant au distributeur* : l'article prévoit la possibilité d'ajouter aux règles de distribution des dispositifs médicaux concernés l'obligation, à la charge du distributeur au détail, d'**informer** le patient de la disponibilité d'un exemplaire remis en bon état d'usage. Le non-respect de cette obligation pourra se voir sanctionné d'une pénalité financière d'un montant maximal du 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France par le distributeur ;

- *nouvelles obligations incombant aux bénéficiaires* : l'éligibilité d'un dispositif à sa remise en bon état d'usage pourra se traduire, si un arrêté ministériel le prévoit, par la double obligation pour le bénéficiaire de **s'engager à restituer le dispositif à un centre autorisé** lorsqu'il n'en a plus l'usage ou lorsqu'il ne correspond plus à son besoin médical et de **s'acquitter d'une consigne**.

Il est par ailleurs précisé que la consigne ne pourra donner lieu, au moment de son versement, à aucune prise en charge au titre de la sécurité sociale, qu'elle soit assurée par les régimes obligatoires ou par les régimes complémentaires (**R du I**) ou de la protection sociale. Elle sera rétrocédée au bénéficiaire au moment de la restitution du dispositif.

c) Un nouveau régime de fixation des prix

En outre, le CEPS acquiert la *possibilité* de moduler à la baisse, par convention avec l'exploitant ou le distributeur au détail ou par décision unilatérale, le tarif de responsabilité associé à un dispositif médical, en fonction de sa remise en bon état (**2° du F du I**). Aux termes de l'article R. 165-15 du CSS, le CEPS peut déjà, par convention ou par décision unilatérale, **modifier le prix des produits ou des prestations figurant sur la LPPR**.

L'**impact sur le reste à charge** lié aux fauteuils roulants, bien que non explicitement évoqué par l'article 28, ne manquera pas d'être sensible. Le CEPS, lors de son audition par votre rapporteure, a assuré à cette dernière qu'un dispositif médical remis en bon état d'usage bénéficiera d'un **tarif révisé**.

d) Un nouveau système d'informations

Enfin, l'article prévoit la création d'un référentiel nommé « Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux » rassemblant les informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient bénéficiaire et aux opérations de réparation et de maintenance.

D. Une obligation de déclaration des prix des dispositifs médicaux au CEPS

Le **H du I** insère un nouvel article au CSS visant à obliger tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de dispositif médical à déclarer au CEPS **le prix auquel a été vendu chaque produit ou prestation**. L'inapplication de cette disposition pourra se traduire par une pénalité fixée par le CEPS ne pouvant être supérieure à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes de l'exploitant ou du fournisseur intéressé.

E. Un renforcement du contrôle de la qualité de la prescription

Le **2°** et le **c) du 3° du D du I** visent à pouvoir soumettre le **prescripteur** du dispositif médical à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge ainsi que la satisfaction du patient, qui pour l'heure ne concernait que le distributeur. Cette possibilité nouvelle est par ailleurs assortie d'une sanction financière pouvant aller jusqu'à 10 000 euros par an en cas de méconnaissance par le prescripteur des obligations afférentes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre cinq amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a apporté **trois modifications importantes à l'article 28**.

Un amendement de plusieurs députés du groupe Mouvement démocrate (Modem) vise à qualifier le centre chargé de la remise en bon état d'usage de « **centre homologué** », afin de garantir la sécurité du dispositif médical qui y sera reconditionné.

Un amendement identique déposé par l'ensemble des groupes politiques de l'Assemblée nationale a **supprimé le dispositif de la consigne**, considérant que l'engagement du bénéficiaire à restituer le dispositif médical suffisait à sécuriser son cycle de renouvellement.

Enfin, un amendement identique déposé par plusieurs groupes politiques de l'Assemblée nationale a rendu **obligatoire** la procédure d'homologation du dispositif médical remis en bon état d'usage, alors que le texte initial s'était limité à une procédure facultative.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Les dispositions diverses qui figurent à l'article 28, présentées comme formant un ensemble cohérent visant à faciliter l'accès des patients aux dispositifs médicaux, n'emportent pas toutes l'adhésion de votre commission.

A. Sur la procédure de référencement

Votre commission se montre particulièrement **réservée** quant à l'instauration d'une « procédure de référencement », dont le terme déguise mal la **possibilité ouverte au pouvoir réglementaire de contingenter, de façon unilatérale, tout un segment du marché des dispositifs médicaux**. En l'occurrence, bien que le texte actuel ne prévoie pas de restriction particulière, la direction de la sécurité sociale a indiqué que cette procédure serait limitée aux fauteuils roulants.

Votre commission entrevoit **trois effets principaux**.

En premier lieu, comme les représentants des prestataires de santé à domicile en ont fait part à votre rapporteure, le référencement ne pourrait avoir de sens que pour un produit dont les prix actuellement pratiqués entraînent un reste à charge important pour le bénéficiaire. Or le prix d'un fauteuil roulant n'est pas tant le fait de l'objet considéré strictement comme dispositif médical inscrit à la LPPR, mais peut être accompagné de certaines **aides techniques** qui, n'y étant pas inscrites, ne pourraient être concernées par le référencement.

Un rapport récent de l'IGAS mentionne que « *sur environ 10 000 aides techniques [attribuables aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie et donc susceptibles d'engendrer un reste à charge], 250 sont aussi inscrites en LPPR [donc seraient éligibles à la remise en bon état d'usage]* »¹. L'IGAS indique par ailleurs que le « *fondement de la distinction entre aides techniques et dispositifs médicaux n'apparaît pas d'évidence et ce d'autant moins que les informations objectives qui pourraient fonder cette discrimination sont rares ou absentes* ».

Ainsi, bien qu'un fauteuil roulant soit *en soi* inclus au titre IV de la LPPR, les personnes auditionnées par votre rapporteure lui ont signalé que le reste à charge lié au fauteuil résidait essentiellement dans **cet appareillage technique**, constitué de pièces indépendantes, qui ne figure pas, pour sa part, sur la LPPR. Telle qu'actuellement décrite, **cette procédure de référencement court donc le risque de manquer sa cible, faute d'englober les éléments réellement facteurs de reste à charge**.

¹ IGAS, Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, avril 2013.

En second lieu, votre rapporteure s'est montrée particulièrement sensible aux avertissements formulés par le CEPS, selon lequel les éventuels effets bénéfiques d'un référencement sélectif à court terme pouvaient à long terme se montrer nocifs. Il est en effet certain que, lors d'un premier appel d'offre, un référencement permettra d'obtenir des prix plus faibles et des restes à charge plus limités. Cependant, en empêchant pendant deux ou trois ans tout nouvel entrant de pénétrer le marché et en entraînant *de facto* la disparition des entreprises concurrentes qui ne seront pas sélectionnées, **des oligopoles ne manqueront pas de se former**, ce qui engendrera à long terme une hausse des prix.

Enfin, l'injonction qui pourra être faite aux opérateurs (exploitants ou distributeurs détaillants) sélectionnés à l'issue de la procédure de référencement de « *fournir des quantités minimales de produits et de prestations sur le marché français* » ne paraît **pas réaliste** au vu du maillage actuel de la filière du dispositif médical, composé à 84 % de très petites entreprises (TPE).

Pour ces raisons, la procédure de référencement telle que proposée par le texte présente les caractères d'un **dispositif mal abouti aux effets trop incertains**. Il serait, aux yeux de votre commission, beaucoup plus opportun de déterminer au préalable les facteurs véritables du reste à charge et de viser ces derniers à l'aide de procédures moins contraignantes. Par conséquent, votre commission a adopté un **amendement n° 198** visant à **supprimer l'introduction de la procédure de référencement**.

B. Sur la procédure de remise en bon état d'usage

La **procédure de remise en bon état d'usage**, qui vise explicitement (d'après l'étude d'impact) les fauteuils roulants, s'inscrit parfaitement dans la ligne du rapport de notre collègue Philippe Mouiller relatif au financement des politiques du handicap¹. Votre commission, soucieuse de favoriser la diminution du reste à charge des personnes en situation de handicap, ne peut donc que se montrer **favorable aux mesures visant à diminuer le coût final des dispositifs médicaux qui leur sont spécifiquement destinés**.

Elle considère toutefois le dispositif proposé comme **perfectible à plusieurs égards**.

- L'article 28 ne dit rien des **modalités d'attribution** du dispositif médical remis en bon état d'usage. Il précise certes que l'assuré bénéficiaire doit s'engager à la restitution du dispositif médical pouvant faire l'objet d'une remise en état mais reste muet quant aux conditions déterminant son attribution.

¹ Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive, *rapport d'information de M. Philippe MOUILLER, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 35 (2018-2019), 10 octobre 2018.*

N'est par ailleurs mentionnée qu'une obligation d'information du distributeur détaillant à son égard. Il en résulterait, aux yeux de votre commission, le maintien d'une **liberté de choix laissée au patient quant au bénéfice d'un dispositif neuf ou usagé, qui pourra ainsi décider selon le reste à charge.**

• **Le dispositif pourrait être étendu aux aides techniques :** les représentants des prestataires de santé à domicile ont fait remarquer à votre rapporteure que, pour viser les fauteuils roulants à fort reste à charge, la LPPR à elle seule n'était pas une cible pertinente, puisqu'**elle n'incluait pas les aides techniques** qui, tout en contribuant à la compensation de la perte d'autonomie ou du handicap, pouvaient ne pas disposer de la qualité de dispositif médical et n'étaient donc pas inscrites à la LPPR. Votre commission a donc souhaité préciser, par **un amendement n° 200**, le champ de la remise en bon état d'usage en y incluant les aides techniques en tant que dispositifs contribuant à la compensation d'un handicap ou de la perte d'autonomie.

• **Le dispositif pourrait également être davantage sécurisé au profit du patient.**

En premier lieu, l'obligation faite au distributeur d'indiquer au patient l'existence d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ne semble pas explicitement porter sur le *même* dispositif médical que celui initialement prescrit. Or la mise à disposition d'un produit usagé, à laquelle on ne peut qu'adhérer, ne doit pas pour autant permettre des substitutions de produits, qui seraient dommageables à la prise en charge. C'est pourquoi votre commission a adopté un **amendement n° 199** visant à préciser l'identité générique du dispositif prescrit et du dispositif usagé.

Par ailleurs, votre commission a adopté un **amendement n° 201** substituant le « *patient* » à l'« *assuré* », afin d'homogénéiser la rédaction de l'article.

En outre, il n'est actuellement prévu qu'une possibilité ouverte au CEPS de baisser, par convention ou décision unilatérale, le tarif de responsabilité d'un dispositif médical remis en bon état d'usage. Votre commission regrette qu'il ne s'agisse pas d'une obligation, qui seule aurait assuré la pleine effectivité de la baisse du reste à charge mais également évité les ruptures potentielles d'égalité entre un bénéficiaire de dispositif neuf et un bénéficiaire de dispositif usagé.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 28 bis (nouveau)
Accès précoce aux dispositifs médicaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, redéfinit le régime de prise en charge temporaire des dispositifs médicaux qui ne sont pas encore inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A. Le droit existant

L'article 28 *bis*, inséré à l'initiative du Gouvernement, procède à une réécriture intégrale de l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale (CSS). Cet article traite de l'ouverture d'une **prise en charge temporaire** par l'assurance maladie d'un dispositif médical dont la demande d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), au titre d'une indication thérapeutique particulière, est **en cours d'instruction**.

Cette prise en charge temporaire peut être décidée par arrêté ministériel après avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) de la Haute Autorité de santé (HAS). La distribution des dispositifs médicaux temporairement pris en charge ne pourra alors être assurée que par un nombre limité d'établissements de santé. Elle est alors financée par une **compensation versée à chaque entreprise et fixée par arrêté ministériel**.

À l'instar du secteur du médicament, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019¹ a prévu un **mécanisme de régulation financière**.

Ce mécanisme obéit au principe suivant : le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation reverse aux organismes de sécurité sociale, chaque année de la période de la distribution précoce, **sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues selon la compensation**.

Une fois le produit ou la prescription inscrit sur la LPPR, il fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention entre le fabricant et le comité économique des produits de santé (CEPS). S'il résulte de ce prix ou de ce tarif que le fabricant ou le distributeur aurait réalisé un chiffre d'affaires supérieur à celui effectivement facturé aux établissements de santé, minores des remises, **la différence entre ces deux montants lui est alors restituée**. Cette différence ne peut excéder le montant des remises préalablement versées.

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

B. Le dispositif proposé

- **Une nouvelle dénomination des acteurs**

En cohérence avec l'article 16 du présent projet de loi, qui porte une nouvelle définition de l'« *exploitant d'un produit de santé* », l'article 28 *bis* substitue ce terme à la dénomination moins précise actuellement en vigueur d'« *entreprise commercialisant le produit ou la prestation* ». Le renvoi à la notion d'exploitant permet ainsi d'étendre la distribution précoce des produits de santé aux fabricants et aux distributeurs en gros. Compte tenu du caractère limité de la distribution précoce à certains établissements de santé, le dispositif exclut les distributeurs détaillants.

- **La demande de prise en charge transitoire**

Le **a) du 1°** de l'article 28 *bis* redéfinit le champ et les conditions de la prise en charge temporaire, en renommant cette dernière « *prise en charge transitoire* ». Cette dernière **n'est plus conditionnée au dépôt préalable par l'exploitant d'une demande d'inscription sur la LPPR**. Néanmoins, le dispositif indique explicitement que la prise en charge transitoire, lorsqu'elle est accordée, est **suspendue** si aucune demande d'inscription sur la LPPR n'a été déposée dans un **délaï de 12 mois** suivant la demande de prise en charge transitoire.

Par ailleurs, le texte précise que, dans le cas où la demande de prise en charge transitoire d'un dispositif médical, ce dernier doit disposer d'un **marquage « CE »**, qui prouve sa conformité aux normes européennes afférentes¹.

Le texte maintient par ailleurs la décision par arrêté ministériel prise après avis de la Cnedimts, ainsi que la limitation de la distribution précoce à certains établissements de santé.

- **Le renouvellement de la demande de prise en charge en cas de suspension**

Le texte ouvre par ailleurs la faculté à l'exploitant dont le produit de santé a fait l'objet d'une prise en charge transitoire suspendue, de **renouveler sa demande de prise en charge temporaire dans un délai de douze mois après la suspension**. Au-delà de cette période, le droit au renouvellement ne s'applique plus.

¹ Pour les dispositifs médicaux, il s'agit de s'assurer de leur conformité aux dispositions du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

- **La redéfinition du mécanisme de la compensation**

Le **b) du 1°** de l'article 28 *bis* modifie le **régime de fixation de la compensation accordée à l'exploitant**. Cette dernière sera désormais fixée à l'issue d'un « dialogue » entre ce dernier et les ministres compétents : après une première indication par l'exploitant du niveau maximal de la compensation qu'il réclame, les ministres peuvent lui communiquer, par une décision motivée, une proposition alternative. En cas de refus par l'exploitant, la demande de prise en charge transitoire est réputée abandonnée.

Il est implicitement prévu que cette compensation, en tant qu'elle peut être « réclamée » par l'exploitant aux établissements de santé, définit le **plafond en-deçà duquel l'exploitant est autorisé à leur facturer le produit en distribution précoce**.

C'est donc une modification notable par rapport au droit existant, qui permet la libre détermination initiale du prix par l'exploitant, conditionnée toutefois au reversement à l'assurance maladie de la différence entre ce montant et le montant de la compensation accordée, une fois le prix fixé.

- **La redéfinition du circuit de la régulation financière**

En conséquence des nouvelles modalités de fixation de la compensation, l'article 28 *bis* modifie le **régime de la rétrocession financière** une fois le produit ou la prestation inscrit sur la LPPR. La compensation définissant le plafond du chiffre d'affaires facturé à l'établissement de santé, il n'est par conséquent pas envisagé que la négociation conventionnelle avec le CEPS aboutisse à la fixation d'un prix ou d'un tarif de référence qui lui sera inférieur.

Ainsi, l'article 28 *bis* ne prévoit que l'hypothèse où l'exploitant, dans le seul cas d'un prix ou un tarif négocié inférieur à la compensation, sera **redevable à l'égard de l'assurance maladie** de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et celui qui aurait résulté de l'application de ce prix ou tarif. Dans ce cas, il sera tenu de lui reverser, **en une seule fois**, cette différence sous la forme d'une remise.

- **La possibilité laissée au CEPS d'une modulation du prix de référence**

L'article 28 *bis* reconnaît par ailleurs au CEPS la possibilité de **faire ultérieurement évoluer le prix ou le tarif de référence** d'un produit de santé admis à la distribution précoce dans le cas général où ce dernier aurait fait l'objet d'une inscription sur la LPPR, mais également dans les deux cas particuliers où les ministres compétents lui auraient refusé cette inscription et où aucune demande d'inscription sur la LPPR n'aurait été déposée dans un délai de trente mois.

Cette possibilité ouverte au CEPS ne pourra intervenir que dans les cas énumérés aux articles L. 165-2 et L. 165-3 du CSS, qui décrivent pour une large part des situations où la couverture financière des produits de santé par l'assurance maladie serait exposée à des menaces liées à leur coût.

- **Une obligation de continuité des traitements à la charge de l'exploitant**

Le 2° prévoit l'obligation pour l'exploitant d'un produit de santé qui fait l'objet d'une distribution précoce de s'engager à assurer la **continuité des traitements initiés** pendant toute la durée de la prise en charge transitoire et jusqu'à un an après cette dernière, mais aussi, le cas échéant, pendant la durée de la suspension de cette prise en charge. Le délai d'un an est raccourci à 45 jours en cas de refus d'inscription sur la LPPR.

Tout manquement à cette obligation de continuité des traitements pourra entraîner la prononciation par le CEPS d'une pénalité financière pouvant aller jusqu'à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes.

II - La position de la commission

Votre commission reconnaît plusieurs avantages à l'article 28 bis, dont il convient de mentionner que l'examen, compte tenu de l'importance de la matière traitée, aurait mérité des délais supérieurs à ceux qui s'imposent en cas d'adoption d'un dispositif en cours de navette.

Elle reconnaît dans la **mention obligatoire du marquage « CE »**, dans la **possibilité ouverte à l'exploitant de renouveler sa demande de prise en charge temporaire en cas de suspension** et dans l'énonciation d'une **obligation de continuité des traitements** des avancées notables dans l'accès précoce aux produits de santé.

Pour autant, par cohérence avec la position qu'elle a exprimée lors de l'examen de l'article 28 et qu'elle réitérera lors de l'examen des articles 29 et 30, elle maintient ses interrogations face à la remise en cause de la fixation du prix d'un dispositif médical par négociation conventionnelle. Elle propose en conséquence, par un **amendement n° 212**, d'introduire un délai maximal pour la contre-proposition formulée par le ministère concernant la compensation maximale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 28 ter (nouveau)

Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de plusieurs députés du groupe Gauche démocrate et républicaine (GDR), prévoit la remise au Parlement d'un rapport sur la dépense d'assurance maladie relative aux dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 28 *ter* prévoit que, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement.

II - La position de la commission

Bien que votre commission se montre habituellement réservée sur l'adoption d'articles contenant des demandes de rapport, le contenu spécifique de cet article lui paraît pertinent.

L'Assemblée nationale a en effet évoqué, au moment de son adoption, le caractère insuffisamment étayé de l'annexe 7 du PLFSS qui « se contente d'indiquer le volumes d'économies attendues sur les dispositifs médicaux pour l'année à venir »¹, sans distinguer les modalités de leur remboursement (liste en sus ou liste intra GHS). Or ces éléments pourraient être de nature à éclairer utilement le législateur sur la **spécificité des dispositifs médicaux (plus ou moins intensifs en technologie) visés par les mesures d'économies**.

Aussi, la présente demande de rapport pourra-t-elle être considérée comme satisfaite si l'annexe 7 est enrichie des éléments nécessaires.

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

¹ Chiffré à 200 millions d'euros pour l'exercice 2020.

Article 29

**Prise en charge et régulation des prix
de certains médicaments particuliers**

Objet : Cet article comporte de nombreuses dispositions relatives à la prise en charge et à la régulation des prix de certains médicaments particuliers : les médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle sont intégrés au droit commun de la régulation des spécialités pharmaceutiques, le recours aux médicaments biosimilaires est restreint et les prix de certains médicaments distribués aux établissements de santé et des médicaments de nutrition parentérale font l'objet d'une fixation unilatérale par la puissance publique.

I - Le dispositif proposé

A. Une précision relative à l'autorisation de mise sur le marché des spécialités hybrides

L'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit, dans sa version actuelle, qu'une autorisation de mise sur le marché (AMM) puisse être délivrée, avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle attachés au médicament de référence, à tout médicament présentant des caractéristiques communes avec ce dernier sans pour autant en être un générique.

L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹ a précisé le statut de ces médicaments spécifiques, les désignant comme « **spécialités hybrides** », et a posé comme obligation préalable à leur AMM la réalisation d'essais précliniques et cliniques déterminés en fonction des *différences* qu'elles présentent avec leur spécialité de référence. Par conséquent, la délivrance de l'AMM d'une spécialité hybride n'est plus décidée en fonction des caractéristiques communes qu'elle présente avec la spécialité de référence, ce qui contredit la disposition de l'article L. 5121-10-2 précitée.

Le 1^o du I procède par conséquent à sa suppression.

B. La réglementation applicable aux médicaments faisant l'objet d'une importation ou d'une distribution parallèle

1. Un cadre réglementaire lacunaire

La **distribution parallèle** de médicaments est informellement définie par le ministère des solidarités et de la santé comme « *le fait pour un opérateur économique (communément appelé distributeur parallèle), étranger au circuit de distribution officiel du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), d'acquérir une spécialité faisant l'objet d'une AMM communautaire [délivrée par l'agence européenne des médicaments] obtenue par le biais de la procédure centralisée (règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004), en vue de sa commercialisation en France* »².

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Site internet du ministère.

Elle est à distinguer de l'**importation parallèle**, qui concerne les spécialités bénéficiant d'une AMM délivrée par l'État membre de provenance et d'une AMM délivrée par l'État membre de destination.

Le CSP détaille les conditions dans lesquelles un médicament peut être importé sur le territoire français, mais limite singulièrement son champ d'application aux spécialités ayant reçu une AMM délivrée par un État membre de l'Union européenne (l'importation parallèle), et non à celles ayant reçu une **AMM communautaire** (la distribution parallèle). En outre, alors qu'est précisément défini le cadre réglementaire de l'importation parallèle (articles R. 5121-108 et suivants), aucune précision similaire n'existe pour la distribution parallèle.

Par ailleurs, le distributeur parallèle, en raison de la nature spécifique de l'AMM communautaire, n'est **pas tenu d'être titulaire ou mandataire de son exploitation**. En effet, la distribution parallèle d'un médicament s'applique au médicament qui a obtenu une AMM selon la procédure dite « centralisée ». Dans le cadre de cette procédure, l'AMM est délivrée par l'agence européenne du médicament et autorise **la libre distribution du produit dans tous les États membres de l'Union européenne**, en dehors du réseau de distribution mis en place par le fabricant ou son distributeur agréé, **sans autre contrainte juridique que de répondre aux conditions fixées dans l'autorisation pour le marché de distribution considéré**¹.

Or l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose explicitement que le prix de vente au public des médicaments remboursables est fixé par convention entre l'entreprise *exploitant le médicament* et le comité économique des produits de santé (CEPS). Dans les termes actuels de la loi, le distributeur parallèle n'est donc pas intégré au champ conventionnel du CEPS. En conséquence, l'ensemble des prérogatives exercées par ce dernier, parmi lesquelles figure notamment celle de contrôler le prix de vente d'un produit au public ou aux établissements lorsque ce dernier menace l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, ne lui est pas applicable.

On peut à ce titre utilement signaler que la **procédure centralisée au niveau européen** est *obligatoire* pour les médicaments de **thérapie innovante**, ceux issus des **biotechnologies**, les médicaments contenant une **nouvelle substance active** et dont l'indication thérapeutique est le traitement de certaines affections (SIDA, cancer, maladie neurodégénératives, diabète, maladies auto-immunes et maladies virales) ainsi que les **médicaments orphelins** indiqués dans le traitement des maladies rares².

¹ Jean LORENZI, « Les nouveaux facteurs de la distribution du médicament », LSJEA, n° 35, 2007.

² Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, rapport d'information de M. Yves DAUDIGNY, Mmes Catherine DEROCHE et Véronique GUILLOTIN, présenté à la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat (n° 159, 2017-2018).

**Annexe du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen
et du Conseil du 31 mars 2004**

Aux termes de l'article 3 du règlement, aucun médicament de la liste suivante ne peut être mis sur le marché dans la Communauté **sans qu'une autorisation de mise sur le marché n'ait été délivrée par la Communauté** :

1) médicaments issus de l'un des procédés biotechnologiques suivants : technologie de l'acide désoxyribonucléique recombinant, expression contrôlée de gènes codant pour des protéines biologiquement actives dans des procaryotes et des eucaryotes, y compris des cellules transformées de mammifères, méthodes à base d'hybridomes et d'anticorps monoclonaux ;

2) médicaments à usage vétérinaire destinés principalement à être utilisés comme améliorateurs de performance pour accélérer la croissance ou pour augmenter la productivité des animaux traités ;

3) médicaments à usage humain contenant une nouvelle substance active qui, à la date d'entrée en vigueur du présent règlement, n'était pas autorisée dans la Communauté et dont l'indication thérapeutique est le traitement d'une des affections suivantes : syndrome d'immunodéficience acquise, cancer, maladie neurodégénérative, diabète et, à compter du 20 mai 2008, maladies auto-immunes et autres dysfonctionnements immunitaires ainsi que les maladies virales ;

4) médicaments désignés comme des médicaments orphelins.

Ainsi, la distribution parallèle de médicaments, bien que fondamentalement dérogatoire au schéma classique de la distribution des produits de santé (le distributeur est titulaire de l'exploitation ou mandataire de l'exploitant) ne fait l'objet d'**aucun régime juridique spécifique**. La seule formalité requise figure (incidemment) à l'article R. 5121-132-1 du CSP et prévoit que l'établissement pharmaceutique distributeur parallèle *notifie* son intention au fabricant ou à l'exploitant titulaire de l'AMM, à l'ANSM ainsi qu'à l'agence européenne des médicaments.

2. L'article 29 pose une définition de la distribution parallèle et l'intègre au droit commun de la distribution du médicament en France

a) Une définition de rang législatif

La définition de la distribution parallèle, qui n'était visée à ce jour par aucune disposition juridique au sein du CSP¹, fait désormais l'objet d'un nouvel article (3° du I), qui rappelle la réunion nécessaire des deux conditions suivantes :

- la spécialité doit bénéficier d'une **AMM délivrée par l'Union européenne** ;

- elle est **importée** d'un autre État membre ou partie à l'Espace économique européen **par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'AMM**.

¹ À la différence de l'importation parallèle, définie à l'article R. 5121-115 du CSP (simplement au niveau réglementaire).

b) L'application des mécanismes de régulation de droit commun

L'article 29 prévoit la complète application des différents leviers de régulation du marché des médicaments aux spécialités issues de la distribution parallèle. Ces leviers agissent concurremment sur les **volumes** et sur les **prix** des produits distribués.

La **régulation par le volume** est ainsi assurée par un triple mécanisme :

- un **encadrement des fournitures aux collectivités publiques** demandeuses et **des possibilités de remboursement par les caisses de sécurité sociale** : elles ne seront désormais possibles qu'à la condition d'une inscription des médicaments distribués sur la liste des indications thérapeutiques ouvrant droit à une prise en charge (**2° du I** et **10° du II**) ;

- une obligation de **définir** ultérieurement, par décret en Conseil d'État, **les obligations des distributeurs parallèles** de médicaments ainsi que les conditions de leur commercialisation (**4° du I**) ;

- l'intégration du chiffre d'affaires hors taxes résultant de l'activité des distributeurs et importateurs parallèles de médicaments à l'assiette des différentes contributions auxquelles sont assujettis les grossistes et industriels du médicament :

- la contribution grossistes-répartiteurs (**1° du II**) ;
- la contribution sur le montant M (dite « clause de sauvegarde ») (**2° et 3° du II**) ;
- la contribution sur les dépenses de publicité (**18° du II**) ;
- la contribution sur le chiffre d'affaires (**20° du II**).

La **régulation par le prix** est réalisée, quant à elle, par l'intégration des distributeurs parallèles de médicaments au champ conventionnel du CEPS, jusqu'alors limité au seul exploitant :

- la possibilité est ouverte aux importateurs et distributeurs parallèles de médicaments de définir, au sein d'une convention avec le CEPS, des remises conventionnelles sur les spécialités concernées (**4° et 16° du II**) ;

- le **a) du 6°** et le **8° du II** disposent que le prix de cession au public des médicaments ayant fait l'objet d'importation ou de distribution parallèle sera désormais fixé par convention entre l'importateur ou le distributeur d'une part, et le CEPS d'autre part. En cohérence, le **9° du II** intègre le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des médicaments issus de l'importation ou de la distribution parallèle au champ conventionnel du CEPS ;

- par ailleurs, le **b) du 6° du II** prévoit la possibilité, par avenant à une convention signée avec le CEPS ou par décision unilatérale de ce dernier, d'une baisse du prix de vente de médicaments spécialisés non titulaires d'une AMM européenne et ayant fait l'objet d'une importation ou d'une distribution parallèle¹ ;

- de façon plus large, les médicaments diffusés par les importateurs et distributeurs parallèles pourront également voir leur prix ou leur tarif de responsabilité modulé par le CEPS en cas de dépassement d'un certain seuil de remboursement par la sécurité sociale, avec la possibilité d'éviter cette modulation par le versement d'une remise conventionnelle à l'assurance maladie (**14° du II**) ;

- les distributeurs parallèles pourront se voir assujettis à la pénalité financière définie en cas de rétention d'information (**15° du II**).

Enfin, les spécialités issues de la distribution parallèle pourront être inscrites, à la demande des distributeurs ou sur décision de l'État, sur la liste des médicaments remboursables en sus des prestations hospitalières (**17° du II**).

C. La fin de la possibilité d'une substitution de médicaments biosimilaires dispensés en officine

La publication en mai 2016 par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'un rapport général sur les médicaments biosimilaires² a permis de mieux identifier les enjeux spécifiques liés à ces spécialités pharmaceutiques.

Il s'agit moins d'apporter une modification aux médicaments biologiques de référence existants, dont les propriétés suffisent à couvrir le besoin médical correspondant, que d'élargir la couverture des besoins par une offre pharmaceutique quasi-bioéquivalente et qu'**une concurrence par les prix rendrait plus accessible**. Par ailleurs, en raison des difficultés d'approvisionnement qu'engendre la production délicate des médicaments biologiques, la promotion des médicaments biosimilaires rend le marché « *moins sensible aux tensions, accidents de production et/ou aux éventuelles ruptures de stock* ».

Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du CSP déclinent le cadre dans lequel **le pharmacien peut, au moment de la dispensation en officine, substituer un médicament biosimilaire à un médicament biologique de référence** :

- l'article L. 5125-23-2 pose le principe de substitution d'un biosimilaire à un médicament biologique de référence, auquel il ne peut être fait exception qu'en cas de mention expresse de non-substitution apposée manuellement sur la prescription par le médecin (mention « non-substituable ») ;

¹ On notera que le cas d'une distribution parallèle d'un médicament non titulaire d'une AMM européenne n'est juridiquement pas réalisable, l'AMM européenne définissant précisément la distribution parallèle.

² ANSM, État des lieux sur les médicaments biosimilaires, mai 2016.

- l'article L. 5125-23-3 précise les conditions dans lesquelles le pharmacien d'officine peut, sans accord exprès et préalable du médecin, délivrer un biosimilaire par substitution au médicament biologique : appartenance au même groupe biologique similaire, substitution obligatoirement réalisée en initiation de traitement, lorsque le prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'une substitution et remboursement selon les modalités de droit commun. **La mise en œuvre de cette possibilité de substitution ainsi que de l'information obligatoire du prescripteur, devaient être précisées par un décret en Conseil d'État, qui n'a jamais été pris.**

Le 5° du I de l'article 29 **abroge ces deux articles**, avec pour effet de réintégrer la substitution d'un produit biosimilaire à un produit biologique de référence dans le droit commun de la dispensation décrit au premier alinéa de l'article L. 5125-23 : **l'impossibilité pour le pharmacien d'officine de dispenser un autre médicament que celui qui a été prescrit sans l'accord exprès et préalable du médecin.** Le 5° du II opère une coordination.

On rappelle à cet égard que le principe général régissant la dispensation est en effet celui d'une subordination du produit dispensé au produit prescrit, **ou ayant la même dénomination commune que le produit prescrit.** C'est en vertu de ce principe que le pharmacien est autorisé à dispenser un **médicament générique ou hybride** dans le cas d'une prescription libellée en *dénomination commune*. Si la spécialité est nommément désignée dans la prescription, la dispensation d'une spécialité générique ou hybride est également possible, à la condition que le prescripteur n'ait pas expressément exclu cette possibilité dans l'ordonnance.

D. De nouveaux modes de fixation des prix

Le 7° du II de l'article 29 crée deux nouveaux mécanismes de régulation des prix, en ouvrant la possibilité d'une **fixation directe par arrêté ministériel**, pour certaines catégories de médicaments.

Est tout d'abord instaurée la **fixation automatique du prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières pour la nutrition parentérale**, lorsqu'elles sont délivrées par des établissements de santé, afin de permettre, selon l'étude d'impact, la définition de « *règles homogènes de facturation de cette activité pour les établissements hospitaliers sur l'ensemble du territoire* ».

Par ailleurs, est également prévue la **possibilité** pour les ministres de la santé et de la sécurité sociale de **fixer un prix maximal de vente** pour « *certaines* » médicaments fournis aux établissements de santé ou pour « *certaines* » produits de santé financés au titre des prestations hospitalières dans au moins l'une des deux situations suivantes :

- **risque de dépenses injustifiées**, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des produits de santé comparables ;
- **caractère particulièrement coûteux** pour certains établissements.

Selon le CEPS, il pourrait s'agir de médicaments en situation de monopole qui, à l'occasion d'un rachat, voient leur prix facial augmenté par le nouvel exploitant.

Notons que le **13° du II** retire le prix de *tous* les médicaments vendus aux établissements de santé (et non les seuls médicaments visés par le 7°) du champ des conventions tarifaires conclues entre le CEPS et les entreprises pharmaceutiques.

E. Un nouveau « bulletin officiel des produits de santé »

Le **11°** et le **12° du II** prévoient que les informations relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux et des autres produits de santé soient désormais publiés au sein d'un document officiel spécifique : le Bulletin officiel des produits de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre quatre amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté **quatre modifications** au dispositif de l'article 29.

Un amendement du rapporteur général est venu utilement clarifier la définition d'une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle, en précisant que cette dernière pouvait également être importée par un établissement autre que l'entreprise qui en assure l'exploitation au vue de sa commercialisation en France.

Un amendement du Gouvernement précise le régime applicable aux substitutions que le pharmacien peut opérer au moment de la dispensation. Il précise que le pharmacien, **même lorsque l'ordonnance ne l'exclut pas**, peut être tenu, pour certaines situations médicales précisées par arrêté, de **ne pas appliquer de substitution entre la spécialité prescrite et une spécialité générique ou hybride** et d'obligatoirement dispenser le médicament *princeps*.

Un amendement du rapporteur général clarifie les conditions de fixation du prix maximal de cession aux établissements de santé de certains médicaments ou produits de santé, en précisant que cette fixation se fera en-dehors de la négociation conventionnelle entre les exploitants et le CEPS, mais tiendra tout de même compte des éléments qui interviennent habituellement au cours de cette dernière.

Enfin, deux amendements identiques du Gouvernement et des membres du groupe La République en marche **modifient substantiellement le dispositif de « tiers payant contre générique »**, qui consiste à consentir aux assurés une dispense d'avance de frais totale ou partielle au moment de la facturation, à la condition que ces derniers consentent à la dispensation d'un médicament générique.

Ce dispositif ne s'applique toutefois pas lorsque le remboursement de ces génériques est soumis à un tarif de responsabilité défini par le CEPS **ou lorsque le prix du générique est supérieur ou égal à celui du princeps**. Autrement dit, le tiers payant peut toujours être applicable au patient à qui est dispensé un *princeps* dont le prix est inférieur ou égal à celui de son générique.

L'amendement supprime l'application du tiers payant **en cas d'égalité de ces deux prix** et le limite au seul cas où le *princeps* est moins coûteux strictement que le générique. Dans le cas contraire, le patient devra opter pour le générique avec tiers payant, ou conserver le *princeps* sans bénéfice du tiers payant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Bien que l'article 29 soit porteur de plusieurs avancées en matière de régulation (notamment pour ce qui regarde les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle), **votre commission se montre circonspecte** quant à trois de ses dispositions principales : **le régime de substitution des biosimilaires, l'avènement d'un régime de fixation unilatéral des prix des produits de santé et l'application du mécanisme de tiers payant aux patients auxquels sont dispensés des génériques.**

A. La fin de la substitution des biosimilaires : un dispositif a priori incohérent avec l'ambition affichée par le Gouvernement

L'abrogation des articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du CSP semble de prime abord **contradictoire avec un discours politique favorable à la pénétration du marché par les médicaments biosimilaires**, porté sans ambiguïté par la ministre lors de son audition par votre commission le 19 octobre 2019¹ et par ailleurs confirmé par le dispositif de l'article 43 du présent projet de loi.

Initialement exclus de toute *interchangeabilité* ou *substitution*, les médicaments biosimilaires ont fait l'objet, en 2016, d'une importante modification de doctrine de la part de l'ANSM.

¹ « Les médicaments biosimilaires contribuent à sécuriser la disponibilité de certaines classes de médicaments et à dégager des marges financières par la mise en concurrence. Le PLFSS complète les outils existants pour accompagner le développement des bio-similaires, en encourageant les établissements de santé à acheter ces médicaments. Une marge de progrès existe qui devrait permettre des gains considérables pour nos hôpitaux publics. »

**Les recommandations de l'ANSM
en matière de médicaments biosimilaires
(2016)**

« Bien que les médicaments biosimilaires soient en principe autorisés pour traiter les mêmes maladies que le médicament de référence, un médicament biosimilaire peut avoir moins d'indications que le médicament de référence, le plus souvent faute d'études probantes d'efficacité et de sécurité dans l'indication concernée. »

« Si le choix entre deux médicaments biologiques (de référence ou biosimilaire) reste libre en l'absence de traitement antérieur identifié, il n'est cependant pas souhaitable, pour des raisons de sécurité et de traçabilité, de modifier la prescription initiale, en remplaçant une spécialité par une autre, sans garantie. »

« Au vu de l'évolution des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et de sécurité des médicaments biosimilaires au sein de l'Union européenne, il ressort qu'une position excluant formellement toute interchangeabilité en cours de traitement ne paraît plus justifiée. »

Ainsi, si tout échange non contrôlé entre médicaments biologiques de référence et biosimilaires doit être évité, une interchangeabilité peut être envisagée si :

- le patient traité est informé et donne son accord ;
- il reçoit une surveillance clinique appropriée lors du traitement ;
- une traçabilité sur les produits concernés est assurée.

La position de l'ANSM est donc la suivante : la substitution d'un biosimilaire à un médicament biologique de référence, même en cours de traitement, ne présente pas de danger particulier, **pour autant que cette substitution soit exclusivement de l'initiative du médecin (« interchangeabilité ») et non de celle du pharmacien d'officine sans accord exprès et préalable du prescripteur (« échange non contrôlé »).**

C'est en ce sens que les dispositions de l'article 29, qui abrogent la possibilité pour le pharmacien d'opérer la substitution sans accord préalable du prescripteur, se font l'écho des recommandations de l'ANSM. Votre commission le regrette d'autant plus que :

- le contrôle par le prescripteur était exercé *ex ante* par la possibilité qui lui était ouverte de spécifier le caractère non substituable du médicament biologique de référence (par l'apposition de la mention NS) ;
- l'article L. 5125-23-3 prévoyait bel et bien l'information du prescripteur en cas de substitution par le pharmacien, mais n'a pu être mis en œuvre en l'absence du décret requis.

Il a été objecté à votre rapporteure que les impacts de cette abrogation seraient de toute façon mineurs, étant donné que les substitutions entre médicament biologique de référence et médicament biosimilaire se faisaient dans un cadre essentiellement hospitalier, sans intervention du pharmacien d'officine.

Deux constats militent néanmoins pour le maintien de ces dispositions :

- le signal très négatif qui serait envoyé aux fabricants de biosimilaires alors que l'on exige d'eux des décotes tarifaires significatives ;
- l'utilité pour certaines pathologies (notamment le diabète) d'une substitution d'un biosimilaire (notamment de l'insuline glargine) par le pharmacien d'officine.

C'est pourquoi votre commission a adopté un **amendement n° 202** visant à **rétablir la possibilité, sous certaines conditions, de la substitution par le pharmacien d'un biosimilaire à un biologique de référence.**

B. L'attachement à la détermination du prix par négociation conventionnelle

Cette disposition de l'article 29, manifestement disproportionnée, a suscité l'incompréhension de votre commission, pour deux raisons principales :

- en ouvrant la possibilité d'une fixation unilatérale par le pouvoir réglementaire d'un prix de vente maximal de médicaments ou de produits de santé, elle introduit une **dérogation notable et dommageable au principe équilibré de la négociation conventionnelle** du prix entre l'industriel et le CEPS ;
- les critères susceptibles de provoquer cette fixation unilatérale sont **décrits de façon à être à tout moment opposables aux industriels, au mépris de la loyauté qui régit normalement les conditions de la commande publique** : il suffirait en effet que le ministère des solidarités et de la santé se prévale du « *risque* » de dépenses injustifiées ou du coût « *prévisible* » de certains produits.

En conséquence, votre commission a adopté un **amendement n° 203** qui renvoie à la négociation conventionnelle entre l'industriel et le CEPS les deux cas évoqués par l'article 29, tout en précisant leurs contours. Elle a également supprimé, par le même amendement, la disposition de l'article 29 qui ôte la négociation du prix des médicaments rétrocédés aux établissements de santé du champ de la négociation conventionnelle¹.

C. Tiers payant et génériques : une disposition insuffisamment concertée

Votre commission déplore enfin qu'une disposition aussi importante que l'impossibilité pour un patient de se voir appliquer le tiers payant lorsqu'il privilégie le princeps en cas d'égalité de prix entre ce dernier et son générique ait été introduite par un simple amendement du Gouvernement en séance publique à l'Assemblée nationale. Elle a en conséquence adopté un **amendement n° 210** de suppression de cette disposition.

¹ Cette disposition de l'article 29 était fort mal coordonnée avec l'article L. 162-16-5 du CSS qui maintenait le principe général de la négociation conventionnelle des prix de cession des médicaments au public.

Sous réserve de l'adoption de l'amendement n° 215 rédactionnel,
vostra commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 bis (nouveau)

Expérimentation de l'usage médical du cannabis

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du rapporteur général, ouvre la possibilité d'expérimenter, pour une durée de deux ans, l'usage médical du cannabis.

I - Le dispositif proposé

• À la demande de la ministre des solidarités et de la santé, l'ANSM a mis en place, le 18 septembre 2018, un comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) chargé d'évaluer, sur une durée d'un an, la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France. Après avoir jugé, en décembre 2018, qu'il était pertinent d'autoriser l'usage du cannabis dans le traitement de certaines situations cliniques, le CSST a proposé à l'ANSM, en juin 2019, un cadre pour l'expérimentation du cannabis thérapeutique. À la suite de la consultation des différentes parties sur cette question, dont le président de votre commission qui a transmis au CSST un avis écrit, l'ANSM a validé en juillet 2019 le cadre expérimental proposé par le comité.

En octobre 2019¹, le directeur général a ainsi institué un comité scientifique temporaire dédié à la mise en œuvre de l'expérimentation du cannabis médical en France, chargé de collaborer à la rédaction du cahier des charges de cette expérimentation (médicaments utilisés, contenu des formations des professionnels de santé et contenu du registre de suivi des patients) et des recommandations à destination des prescripteurs. Pour mémoire, les situations thérapeutiques retenues par le CSST pour l'administration du cannabis thérapeutique sont les suivantes :

- les douleurs réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles ;
- certaines formes d'épilepsie sévères et pharmacorésistantes ;
- les soins de support en oncologie ;
- les situations palliatives ;
- la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques.

¹ Décision DG n° 2019-365 du 15 octobre 2019 portant création d'un comité scientifique temporaire « mise en œuvre de l'expérimentation du cannabis médical en France » à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Ce comité scientifique devrait rendre ses conclusions dans un délai de six mois. L'ANSM et les services de l'État se sont d'ores et déjà engagés à déployer cette expérimentation à l'issue de ce délai.

- Adopté par l'Assemblée nationale par la voie d'un amendement du rapporteur général Olivier Véran, l'article 29 *bis* du PLFSS pour 2020 vise à poser un cadre législatif pour l'expérimentation de l'usage thérapeutique du cannabis qui est autorisée pour une durée de deux ans. Il précise ainsi que l'usage médical du cannabis doit être envisagé « *sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles* » (I). Il prévoit, par ailleurs, que les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation seront définies par voie réglementaire, notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine, ainsi que les conditions d'information, de suivi des patients et de formation des professionnels de santé (II).

Enfin, dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, un rapport sur sa mise en œuvre devra être adressé par le Gouvernement au Parlement. Ce rapport a vocation à examiner la pertinence du maintien du cadre de l'usage médical du cannabis à l'issue de l'expérimentation (III).

II - La position de la commission

- Dans son avis adressé à l'ANSM, le président de votre commission avait souligné que le succès et la crédibilité de cette expérimentation étaient conditionnés à la pleine adhésion des professionnels de santé et des patients concernés à la démarche de suivi qui lui était associée. À cet égard, le caractère obligatoire de la participation tant du prescripteur que du patient au registre national électronique de suivi de l'expérimentation constitue une exigence incontournable.

Ce registre n'aura pas vocation à collecter des données cliniques à proprement parler, l'expérimentation n'étant pas un essai clinique destiné à évaluer le service médical rendu du cannabis thérapeutique. La pertinence de son utilisation dans un certain nombre d'indications a déjà été validée par le CSST à partir de la littérature scientifique existante. D'autres essais cliniques sont du reste en cours pour déterminer l'efficacité clinique de plusieurs médicaments à base de cannabis.

L'objectif de l'expérimentation du cannabis thérapeutique en France étant de tester la pertinence du cadre d'administration validé par l'ANSM, le registre de suivi doit, selon le président de votre commission, avoir vocation à collecter des données de vie réelle. Ces données observationnelles peuvent être collectées par le médecin prescripteur ou l'équipe médicale de suivi à l'occasion de points routiniers dont la périodicité pourrait être précisée par l'ANSM. Il s'agit de pouvoir non seulement recenser les effets indésirables ressentis ou constatés

mais également évaluer l'observance et la tolérance du traitement, identifier les éventuelles comorbidités, les interactions avec d'autres médicaments ou encore les facteurs de risque (par exemple, pour les personnes insuffisantes rénales ou hépatiques, immunodéprimées, schizophrènes ou bipolaires...).

Il recommandait, par ailleurs, de s'appuyer sur les actuels centres d'évaluation et de traitement de la douleur labellisés par les agences régionales de santé, déjà répartis sur le territoire¹, qui pourraient alimenter la réflexion sur le cahier des charges des centres de référence habilités à prescrire du cannabis médical et sur la formation des professionnels de santé.

Dans la mesure où la *quasi*-totalité des produits susceptibles d'être utilisés dans le cadre de l'expérimentation devrait provenir d'entreprises étrangères, l'avis du président de votre commission attirait l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'assurer une traçabilité solide de ces produits, non encore commercialisés en France, tout en permettant aux pharmaciens hospitaliers d'adapter la posologie ou la forme galénique des produits, en particulier dans le cadre d'un usage pédiatrique.

Enfin, le président de votre commission insistait sur la délivrance d'une information complète et loyale au patient candidat, réactualisée tout au long de l'expérimentation afin de tenir compte d'éventuelles nouvelles contre-indications. En l'état des connaissances scientifiques sur les effets du cannabis pour la santé, ne peuvent être écartés les soupçons de lien entre la consommation de cannabis et l'aggravation de troubles psychotiques, notamment par des phénomènes de décompensation pour certaines pathologies psychiques (schizophrénie, bipolarité...), la prolifération tumorale ou encore le risque de réduction de l'efficacité de certains traitements anticancéreux.

• Afin de garantir que les données cliniques et de vie réelle collectées lors de l'expérimentation soient complètes et couvrent un temps suffisamment long, votre commission a adopté un amendement tendant à :

- inscrire dans le cadre de l'expérimentation du cannabis thérapeutique le caractère obligatoire d'un registre de suivi des patients qui devra permettre de collecter des données de vie réelle afin d'évaluer la tolérance du cannabis thérapeutique et de pouvoir, le cas échéant, déterminer le lien entre l'administration du cannabis médical et d'éventuelles comorbidités, de possibles interactions avec d'autres médicaments et traitements et des facteurs de risque ;

- réduire de six à deux mois avant le terme de l'expérimentation le délai dans lequel un rapport de bilan devra être transmis au Parlement, afin de permettre à l'ANSM de disposer du maximum de données dans son évaluation du cadre d'administration du cannabis thérapeutique (amendement n° 173).

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Notamment auprès des centres de lutte contre le cancer.

Article 30

Accès précoce et soutenabilité financière des ATU

Objet : Cet article apporte d'importantes modifications au régime d'accès ainsi qu'au régime financier des médicaments auxquels a été attribuée une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Il restreint de façon notable les conditions d'accès aux ATU nominatives et revoit en profondeur les modalités de remboursement par les laboratoires des remises dues au titre de médicaments en post-ATU non encore inscrits au remboursement de droit commun.

I - Le dispositif proposé

A. Conditions d'accès précoce dans le cas d'autorisations temporaires d'utilisation nominatives

1. Un régime d'accès particulièrement conditionné

L'article L. 5121-12 du code de la santé publique (CSP) précise le régime juridique applicable aux médicaments bénéficiaires d'une **autorisation temporaire d'utilisation (ATU)**. Il s'agit de « *certaines médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié* », auxquels n'a pas encore été attribuée d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'attribution d'une ATU se fait à plusieurs conditions : une condition générale et plusieurs conditions complémentaires, pour le cas spécifique de l'ATU nominative.

La condition générale consiste à :

- pour une **ATU de cohorte**, qui s'adresse à des groupes de patients, présenter une **présomption forte d'efficacité et de sécurité** de ces médicaments au vu d'**essais thérapeutiques** auxquels il a été procédé dans le cadre d'une demande d'AMM (qui, si elle n'a pas encore été déposée, doit l'être au maximum un an après l'octroi de l'ATU). Les conditions d'octroi de l'ATU de cohorte concernent donc des produits dont le développement clinique est avancé et dont les effets sont solidement documentés ;

- pour une **ATU nominative**, délivrée pour un patient nommé désigné qui ne peut participer à une recherche impliquant la personne humaine, présenter un « **bénéfice** » **individuel** pour son état de santé et d'une **présomption simple d'efficacité et de sécurité** au vu des connaissances scientifiques disponibles. L'octroi se fait alors sous la responsabilité du médecin prescripteur.

La demande d'ATU *nominative* n'est en outre valable qu'à l'**une des conditions complémentaires suivantes** :

- l'industriel a déposé ou s'engage à déposer, pour le même médicament, une demande d'ATU de cohorte ;

- l'industriel a déposé ou s'engage à déposer, pour le même médicament, une demande d'AMM nationale ou européenne ;

- des essais cliniques sont conduits en France ou ont été demandés.

Ces conditions complémentaires ont vocation à s'assurer que la demande d'ATU nominative formulée par l'industriel ne se fait **pas au détriment d'une mise ultérieure sur le marché**.

Ces conditions complémentaires d'attribution de l'ATU nominative peuvent toutefois être contournées dans l'un des cas suivants :

- en l'état des thérapeutiques disponibles, l'état du patient est susceptible de fortement s'aggraver ;

- le médicament est commercialisé *pour une autre indication thérapeutique* et il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité dans l'indication sollicitée ;

- l'entreprise s'est vue refuser une ATU de cohorte pour l'indication thérapeutique considérée, mais le médicament est susceptible de présenter un bénéfice individuel pour le patient.

Ce régime d'exception permet qu'une ATU nominative soit accordée, sans considération particulière de sa commercialisation ultérieure, mais sous réserve que l'état personnel du patient soit sensiblement amélioré.

2. Un resserrement important des conditions d'octroi prévu par l'article 30

Le I de l'article 30 du projet de loi entend **resserrer les conditions d'octroi de l'ATU nominative**.

Il redéfinit *en premier lieu* la condition générale d'attribution de l'ATU nominative en :

- substituant un « *une efficacité cliniquement pertinente et un effet important* » au seul « *bénéfice* » individuel du patient **(a) du 1° du A** ;

- en adjoignant la condition de conséquences graves pour l'état du patient dans l'état des thérapeutiques disponibles **(b) du 1° du A** ;

- en substituant une présomption *forte* d'efficacité et de sécurité à la présomption *simple* **(c) du 1° du A**.

Il étoffe *en second lieu* la liste des conditions complémentaires en :

- précisant qu'aucune des demandes d'ATU de cohorte ou d'AMM ne doit avoir reçu de réponse (positive ou négative) pour que l'ATU nominative soit accordée **(b) du 2° du A** ;

- supprimant le simple dépôt de demande d'essai clinique et en exigeant la réalisation de ces derniers **(c) du 2° du A)** ;

- limitant dans le temps l'engagement de l'industriel de déposer l'une des deux demandes précitées **(d) du 2° du A)** ;

- prévoyant une condition complémentaire supplémentaire d'urgence vitale pour le patient, pour le seul cas des maladies aiguës sans alternative thérapeutique possible **(e) du 2° du A)** ;

- ajoutant un deuxième ensemble de conditions complémentaires obligatoires consistant pour le médicament à ne **pas dépasser un certain nombre total d'ATU nominatives** et à ne pas déjà disposer d'une première AMM ou d'une ATU de cohorte **(f) du 2° du A)**. Cette mesure explique la coordination du **B du II**.

Enfin, il réduit considérablement les possibilités de dérogation aux conditions complémentaires en les limitant au seul cas d'un médicament autorisé pour une autre indication thérapeutique mais pour lequel il existe de fortes présomptions de sécurité et d'efficacité sur l'état de santé du patient **(3° du A)**.

B. Prise en charge financière des médicaments bénéficiant d'une ATU et dispensés en établissement de santé

1. La chaîne d'autorisation du médicament innovant expose le patient à certains risques de rupture de la prise en charge

La prise en charge financière d'un médicament innovant bénéficiant de l'ATU soulève deux principaux problèmes, comme l'a récemment montré un rapport¹ présenté à la commission des affaires sociales du Sénat :

- un problème de **viabilité financière**, lié au caractère particulièrement coûteux de nouveaux traitements contre l'hépatite C et de nouvelles molécules anticancéreuses ;

- un problème de **continuité de la prise en charge financière**, lié à un manque de coordination entre la fin du dispositif de l'ATU, qui marque théoriquement la fin de la couverture intégrale de son prix par l'assurance maladie (ce dernier ayant été librement fixé par les laboratoires), et son entrée dans le droit commun du remboursement des produits de santé (le prix est fixé par le CEPS à l'issue d'une négociation). Il peut concrètement s'écouler une **période dite « post-ATU »** (fixée à 7 mois maximum par le législateur) au cours de laquelle le médicament anciennement sous ATU, auquel l'AMM a bien été délivrée, n'est pas encore inscrit au remboursement et **continue de bénéficier de la couverture financière ATU**.

¹ Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, *rapport d'information de M. Yves DAUDIGNY, Mmes Catherine DEROCHE et Véronique GUILLOTIN, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 569 (2017-2018)*.

Comme l'a souligné le rapport précité, la délivrance de plus en plus précoce des AMM a récemment abouti à une « *compression de la phase d'ATU proprement dite et à une extension concomitante de la séquence post-ATU* », entraînant la **concentration des enjeux - financier et de continuité de la prise en charge - sur cette phase de post-ATU**.

2. Une régulation financière du dispositif ATU qui repose sur un partage des coûts

L'article 97 de la LFSS pour 2017¹, puis l'article 65 de la LFSS pour 2019², ont été adoptés dans l'objectif affiché par le précédent gouvernement de « *préserver* » les dispositifs d'ATU et de post-ATU en assurant leur soutenabilité financière pour l'assurance maladie. Il s'agissait de mettre en place un « *accès précoce plus régulé* », reposant sur « *un partage des coûts entre l'industriel et la collectivité* ».

A été introduit un **plafonnement de la dépense moyenne annuelle par patient au titre des produits sous ATU** : pour tout produit dont le chiffre d'affaires hors taxes global (tous industriels confondus) excède 30 millions d'euros par an, le coût annuel par patient est limité à 10 000 euros.

Le cas échéant, ce plafonnement se traduit par un **remboursement rétroactif annuel** à l'assurance maladie, par le laboratoire pharmaceutique, de la **part de son chiffre d'affaires en dépassement de ces seuils**, sous la forme d'une remise. Ce montant est calculé par rapport au « *prix net de référence* » (prix net des remises conventionnellement consenties par le laboratoire) pour le produit concerné³.

3. Un dispositif particulier de prise en charge pour les extensions d'indications de médicaments en post-ATU

Le rapport sénatorial précité s'est longuement penché sur certaines rigidités liées au séquençage de la chaîne financière de prise en charge (faisant se succéder les régimes financiers de l'ATU, du post-ATU une fois l'AMM délivrée et du remboursement de droit commun). Il souligne notamment que « *passée la délivrance de l'AMM [donc en post-ATU], le périmètre de l'ATU se fige et se trouve limité au produit employé dans les indications ayant fait ou faisant l'objet de la demande d'AMM* »⁴, ce qui **restreint le public éligible au médicament post-ATU** à deux catégories seulement : « *les patients répondant strictement aux indications de l'AMM et ceux relevant d'extensions d'indications demandées par l'industriel et en cours d'évaluation par l'agence européenne des médicaments* ».

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

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

³ Cette disposition figure au III de l'article L. 162-16-5-1 du CSS : lors d'une première inscription au remboursement, si le prix net d'une spécialité est inférieur au montant de l'indemnité ATU déclarée au CEPS, le laboratoire reverse sous forme de remise la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'entendant de l'obtention de l'ATU à la première date d'inscription au remboursement, et le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

⁴ Ce qui résulte des dispositions combinées du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1-1 et du premier alinéa de l'article L. 162-16-5-2 du CSS.

L'extension d'indication non concernée par la procédure d'AMM européenne tombait par conséquent dans le champ du droit commun de la négociation conventionnelle avec le CEPS, ce qui ne présentait pour le laboratoire exploitant qu'une faible incitation et exposait de nombreux patients à d'importantes pertes de chances. C'est pourquoi l'article 65 de la LFSS pour 2019 a introduit une disposition spécifique prévoyant que lorsqu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une AMM pour au moins l'une de ses indications tout en bénéficiant du régime financier du post-ATU, l'autorité ministérielle fixe « *la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication¹ pour laquelle une prise en charge est autorisée* ». **Ce régime de la compensation se trouve néanmoins limité aux spécialités bénéficiant d'une ATU de cohorte.**

Par ailleurs, ce même article soumet l'entreprise pharmaceutique, pour les spécialités bénéficiant du versement de cette compensation, à un régime financier de remboursement à l'assurance maladie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication spécifique hors AMM (pour toutes les spécialités commercialisées par l'entreprise) et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication et selon la compensation (donc comme si le médicament considéré avait effectivement bénéficié du régime financier post-ATU).

4. Le dispositif proposé par l'article 30

L'extrême complexité des régimes financiers des médicaments non-inscrits au remboursement, variable selon leur entrée dans le circuit de financement (ATU ou post-ATU) et selon les indications thérapeutiques pour lesquelles ils sont prescrits, est depuis longtemps fortement critiquée, notamment par les laboratoires pharmaceutiques qui dénoncent leurs effets désincitatifs et l'aberration comptable du caractère rétroactif du remboursement (qui les contraint à des provisionnements importants).

a) Fin du remboursement rétroactif et aménagement des modalités de versement des remises

Le **II** de l'article 30 comprend plusieurs mesures de **redéfinition et d'assouplissement du régime général de ce remboursement** auxquels les laboratoires sont soumis pour les spécialités sous ATU ou post-ATU.

Le **b) du 1° du A** prévoit que l'intégralité des remises² dues par le laboratoire devra être versée en une seule fois au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement a eu lieu. L'intégralité des remises s'apprécie à l'aune de l'indication, et non du produit. **Le remboursement cesse donc d'être rétroactif, pour ne désormais intervenir qu'au moment de l'inscription du produit dans le droit commun de la prise en charge.**

¹ Qui n'est pas celle pour laquelle l'AMM a été accordée.

² On rappelle que les remises désignent la part de son chiffre d'affaires facturé au titre de la spécialité en dépassement du seuil de 10 000 euros par patient.

Le laboratoire pourra par ailleurs bénéficier de modalités dérogatoires de versement de ces remises s'il signe avec le CEPS une convention prévoyant :

- soit le versement sur deux années successives d'un montant de remises ne pouvant être inférieur à celui qu'il doit (le laboratoire y bénéficie donc d'un **étalement** de la période de versement des remises, postérieure à l'inscription au remboursement) ;

- soit le versement en une seule fois, au titre de l'année de l'inscription au remboursement, d'un montant de remise égal à celui prévu hors convention, auquel cas pourra être appliquée une **décote maximale de 3 %**. Il est manifeste, dans ce cas-ci, que le laboratoire devra, pour bénéficier de la décote, **adapter en conséquence sa négociation avec le CEPS pour la définition du prix du médicament mis sur le marché**.

Il est également prévu que le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire exploitant le médicament en ATU ou en post-ATU, **uniquement pour l'indication pour laquelle l'AMM du produit a été demandé**, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourra prendre en charge cette indication.

b) Prise en charge financière pour une extension d'indication de médicament en post-ATU dans le cas d'une ATU nominative

Le **2° du A du II** étend le bénéfice du **mécanisme de la compensation** (qui joue, pour rappel, dans le cas d'une demande d'extension d'indication d'un médicament en post-ATU) aux laboratoires exploitant des médicaments auxquels a été attribuée une **ATU nominative**, mais **uniquement pour ceux d'entre eux auxquels il a également été attribué une ATU de cohorte**.

C. Application de l'article 30

Le **A du III** prévoit une application à **partir du 1^{er} mars 2020** des dispositions de l'article 30 relatives à :

- la restriction des conditions d'accès aux ATU nominatives ;
- l'éligibilité de certaines ATU nominatives au bénéfice de la compensation en cas d'extension d'indication thérapeutique en cours de phase post-ATU.

Le **B du III** prévoit une application des dispositions de l'article 30 relatives aux nouveaux modes de versement des remises liées à la phase post-ATU à compter d'une date postérieure à l'entrée en vigueur du présent projet de loi ou pour lesquelles la prise en charge a pris fin au cours de l'année 2019.

Le **C du III** exclut les ATU nominatives de la disposition de l'article 30 prévoyant la communication obligatoire par le ministre de la sécurité sociale aux laboratoires d'un montant prévisionnel indiquant la prise en charge après inscription au remboursement.

Le **D du III** garantit le maintien de l'engagement des laboratoires exploitants à garantir la continuité des traitements ATU ou post ATU initiés, malgré les modifications apportées par le présent article 30.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En plus de huit amendements rédactionnels, le rapporteur général a déposé un amendement de précision visant à soustraire l'ensemble des ATU nominatives déposées (et non délivrées) avant le 1^{er} mars 2020 du champ d'application du présent article.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

L'article 30, dont l'objectif est de garantir la soutenabilité financière du modèle de l'ATU, contient plusieurs mesures visant concurremment à faciliter le pilotage financier des ATU nominatives pour les entreprises pharmaceutiques tout en restreignant leur accès. Or votre commission, à travers de nombreux travaux, s'alarme depuis plusieurs années des **restrictions croissantes** que connaît le régime des ATU en termes d'accès précoce aux médicaments innovants.

A. Des dispositions favorables au pilotage des coûts pour les laboratoires

Votre commission salue les dispositions de l'article 30 qui clarifient le régime de financement des ATU par l'assurance maladie, notamment :

- la fin du caractère rétroactif du remboursement après la délivrance de l'AMM ;
- la possibilité de négocier l'étalement de ce remboursement avec le CEPS ;
- l'extension du mécanisme de la compensation aux ATU nominatives ayant déjà bénéficié d'une ATU de cohorte ;
- l'obligation faite au ministère de la sécurité sociale de communiquer au laboratoire un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge la spécialité sous ATU pour l'indication ayant fait l'objet de l'AMM.

Ces mesures sont de nature à permettre aux exploitants d'**adapter au mieux leurs prévisions** et d'assurer un **pilotage financier plus prospectif** des spécialités qui ne sont pas encore ouvertes au remboursement.

B. La restriction des conditions d'accès aux ATU nominatives

Pour autant, votre commission s'inquiète vivement des nouveaux critères de délivrance des ATU nominatives, qui font l'objet d'un resserrement d'autant moins compréhensible que **leur financement est de toute façon rétrocedé à l'assurance maladie** en cas de chiffre d'affaires prévisionnel annuel de plus de 30 millions d'euros, pour la part supérieure à 10 000 euros par patient traité.

Elle déplore la mesure prévoyant que le nombre total d'ATU nominatives par médicament sera désormais limité par un **plafond fixé par arrêté ministériel, qui ne manquera pas de drastiquement limiter l'accès des patients à l'innovation thérapeutique.**

Elle interroge par ailleurs la **cohérence** du dispositif retenu, qui refuse à un médicament l'ATU nominative s'il dispose d'une première AMM, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée, mais qui autorise tout de même son attribution si « *le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée* ».

Elle a donc adopté un **amendement n° 204** proposant une réécriture moins restrictive des conditions d'accès aux ATU nominatives. Elle a également, par un **amendement n° 213**, précisé le cas d'éligibilité du patient à l'ATU nominative : l'absence d'alternative thérapeutique doit s'apprécier au regard de la poursuite efficace du traitement.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 30

Expérimentation d'une évaluation et d'une prise en charge temporaires de certains médicaments sur la base de leur valeur thérapeutique relative

Objet : Cet article, adopté par la commission à l'initiative de son rapporteur, met en place à titre expérimental une évaluation de certains médicaments sur la base de leur valeur thérapeutique relative et une prise en charge conditionnée à la production de nouvelles données de vie réelle.

L'amendement n° 149 fait suite, notamment, aux travaux engagés par la Mecss sur l'accès précoce aux médicaments innovants¹.

¹ « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », rapport d'information n° 569 (2017-2018) de Yves DAUDIGNY, Catherine DEROCHE et Véronique GUILLOTIN, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 13 juin 2018.

Ceux-ci ont mis en évidence la nécessité d'adapter les procédures de droit commun au changement de paradigme en matière d'innovation thérapeutique, afin de fluidifier l'accès des patients aux médicaments innovants après leur autorisation de mise sur le marché.

Les conclusions, en juillet 2018, du 8^{ème} conseil stratégique des industries de santé (CSIS) ont confirmé cet objectif et ont envisagé, dans un objectif de lisibilité, une réforme de l'évaluation du médicament sur la base de sa valeur thérapeutique relative (VTR), telle que préconisée par le rapport remis en 2015 par Dominique Polton. Cette réforme n'est pas encore engagée.

Or, l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé est rendue difficile dans certaines situations, lorsque l'autorisation de mise sur le marché est délivrée par l'agence européenne du médicament sur la base de données précoces, jugées peu robustes sur le plan scientifique.

Il est donc proposé, **à titre expérimental**, de pouvoir **fonder le prix du médicament sur un autre critère, la VTR, qui serait soumis à des réévaluations périodiques en fonction des données de vie réelle collectées après l'autorisation de mise sur le marché.**

La prise en charge de ces médicaments, y compris sur la liste en sus à l'hôpital, serait conditionnée à la collecte de ces données. Afin de rendre ce dispositif opérationnel, un mécanisme de récupération du différentiel de prix est envisagé en cas de révision du prix.

Il s'agit ainsi d'une proposition équilibrée entre la volonté de favoriser l'accès des patients à une innovation thérapeutique porteuse d'espoir, les exigences indispensables en termes d'efficacité et de sécurité ainsi que les enjeux de maîtrise du prix des médicaments par une réévaluation plus dynamique.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 31
**Transfert du financement
de l'ANSP et de l'ANSM vers l'Ondam**

Objet : Cet article procède au transfert du financement de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'agence nationale de santé publique de l'État vers l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

• L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'agence nationale de santé publique (ANSP), plus communément connue sous le nom de « Santé publique France », sont aujourd'hui financées sur le budget de l'État, par le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ». En loi de finances initiale pour 2019, les crédits de paiement consentis à ces deux opérateurs se sont établis à :

- 118 millions d'euros pour l'ANSM ;
- 153,74 millions d'euros pour Santé publique France.

Deux autres opérateurs sanitaires sont financés par le programme 204 : l'institut national du cancer (INCa) et, pour partie, l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS).

• Comme l'a décrit notre collègue Corinne Imbert dans le rapport pour avis de votre commission sur les crédits de la mission « Santé » dans le projet de loi de finances pour 2019, plusieurs modifications du périmètre du programme 204 sont intervenues dans la période récente dans un souci de simplification des circuits de financement des politiques publiques de santé afin de mettre en œuvre les préconisations de la Cour des comptes pour un décroisement des financements des opérateurs sanitaires par l'État et l'assurance maladie :

➤ *dans la loi de finances initiale pour 2015* : ont été transférées à l'assurance maladie les parts de financement par l'État :

- de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) (3,3 millions d'euros de la part de l'État en 2014) ;

- du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) (3,7 millions d'euros de la part de l'État en 2014) ;

- de la Haute Autorité de santé (HAS) (14,8 millions d'euros de la part de l'État en 2014) ;

- de la formation médicale initiale¹ (139 millions d'euros de la part de l'État en 2014) ;

➤ *dans la loi de finances initiale pour 2017 :*

- a été transférée à l'assurance maladie la part de financement par l'État du fonds d'intervention régional (FIR)² (116 millions d'euros de la part de l'État en 2016) ;

- a été transférée à l'État la part de financement par l'assurance maladie de Santé publique France (ANSP) (65 millions d'euros de la part de l'assurance maladie en 2016) ;

➤ *dans la loi de finances initiale pour 2018 :* ont été transférées à l'assurance maladie les parts de financement par l'État :

- de l'agence de la biomédecine (ABM) (14 millions d'euros de la part de l'État en 2017) ;

- de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) (9 millions d'euros de la part de l'État en 2017).

• Afin de mettre en œuvre le transfert de financement envisagé, l'**article 31** du PLFSS pour 2020 procède aux modifications suivantes au sein du code de la santé publique :

- le **I** rétablit à l'article L. 1413-12 du code de la santé publique un 2° prévoyant le financement de Santé publique France par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ;

- le **II** ajoute à l'article L. 5321-2 du code de la santé publique un 5° prévoyant, parmi les ressources de l'ANSM, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret.

Il est à noter que l'article 31 du PLFSS pour 2020 n'exclut pas définitivement un éventuel financement complémentaire de ces opérateurs par l'État dès lors que sont maintenues les dispositions permettant, aux articles L. 1413-12 et L. 5321-2 précités, un financement par une subvention de l'État.

• L'**article 17** du PLFSS pour 2020 prévoit une compensation à l'euro près de ces transferts par une majoration, au bénéfice de l'assurance maladie, du transfert des recettes de TVA de l'État aux régimes de sécurité sociale, à hauteur de 268,6 millions d'euros, dont 156,1 millions d'euros pour le financement de Santé publique France et 112,5 millions d'euros pour le financement de l'ANSM³.

¹ Essentiellement l'indemnisation des internes de médecine générale et de certaines spécialités en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement.

² Qui subventionne des actions et expérimentations territoriales dans le domaine de la santé validées par les agences régionales de santé (ARS).

³ Montants des dotations précisés par le projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2020.

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 partage le souci de simplifier les modalités de financement des opérateurs sanitaires, à la condition que tout décroisement de ce financement soit opéré dans le respect des missions de chaque opérateur et de l'exigence d'un pilotage national efficient.

Le financement intégral de l'ANSM par l'assurance maladie apparaît ainsi justifié au regard de la place centrale que cette agence occupe dans la mise en œuvre de notre politique de sécurité du médicament et d'encadrement des pratiques médicales, principalement financée par l'assurance maladie. Deux autres opérateurs intervenant dans la mise en œuvre de cette politique sont du reste d'ores et déjà financés intégralement par l'assurance maladie : la HAS et l'agence de la biomédecine¹.

En revanche, le transfert du financement de Santé publique France de l'État vers l'assurance maladie intervient seulement trois ans après que le Gouvernement eut précisément fait le choix inverse en loi de finances initiale pour 2017². Il était alors apparu au Gouvernement légitime d'assurer un financement intégral par l'État de cet opérateur chargé principalement de missions de surveillance épidémiologique, de prévention et de promotion de la santé, à l'instar de l'ANSÉS, autre agence intervenant en matière de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique et financée par l'État³ et par une part du produit de la taxe sur les ventes de pesticides.

Dans un contexte de multiplication des risques sanitaires qui mobilise fortement les agences de surveillance épidémiologique⁴, votre commission craint que le désengagement financier de l'État n'affaiblisse le pilotage national de notre politique de veille sanitaire. En outre, la disparition de tout financement de Santé publique France par l'État conduirait à dépouiller encore plus la mission « Santé » des opérateurs chargés de mettre en œuvre ses deux principaux objectifs : « améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » et « prévenir et maîtriser les risques sanitaires ».

¹ Qui encadre notamment les pratiques médicales et thérapeutiques associées à l'assistance médicale à la procréation, à l'examen des caractéristiques génétiques humaines ou encore aux dons d'organes, de tissus et de cellules.

² Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

³ La subvention pour charges de service public globale de l'ANSÉS comprend également des dotations de l'État au titre des programmes 206 « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation », 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail », 181 « Prévention des risques » et 190 « Recherches dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables ».

⁴ Maladie de Lyme, affaire Lactalis, agénésies transverses des membres supérieurs de nouveaux-nés, émissions toxiques de l'usine de Mournex, pollution au plomb à la suite de l'incendie de Notre-Dame, conséquences de l'incendie de l'usine Lubrizol...

Actant le transfert envisagé par l'article 31 du PLFSS pour 2020, le projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2020 n'intègre plus désormais que le financement et les emplois de l'INCa, l'ANSéS étant financée en premier lieu par le programme 206 de la mission « Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales ». Or l'INCa est un groupement d'intérêt public (GIP) chargé d'élaborer, dans le domaine de l'oncologie, des recommandations de bonne pratique à destination des professionnels et des établissements de santé, et d'accompagner les patients et leurs proches dans leur parcours de prise en charge : la question du transfert de son financement de l'État vers l'assurance maladie se posera donc vraisemblablement à l'avenir. Compte tenu de ses missions étroitement liées à l'organisation de l'offre de soins en oncologie, le transfert de son financement apparaît d'ailleurs plus légitime que celui de Santé publique France, d'autant que la CNAM est membre de ce GIP. Dans cette éventualité, la mission « Santé » se retrouverait dépourvue de tout opérateur sanitaire à part entière.

Par conséquent, votre commission a adopté un amendement tendant à supprimer le I de l'article 31 afin que le financement de Santé publique France reste intégralement assuré par le budget de l'État (amendement n° 174).

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

CHAPITRE II

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 32

Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé

Objet : Cet article comprend des mesures d'achèvement de la fusion entre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : la refonte des dispositifs dits « contrats de sortie » visant à lisser la fin de droit des assurés, ainsi que le changement de mode de calcul des remises de gestion octroyées aux organismes complémentaires gestionnaires et la possibilité d'ouvrir des droits en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019¹ a fusionné, à compter du 1^{er} novembre 2019, deux dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins des personnes aux revenus les plus modestes :

- la **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)**, créée en 1999², qui offrait aux personnes aux revenus inférieurs à un plafond – fixé pour une personne seule à 8 951 euros annuels (ou 746 euros par mois) au 1^{er} avril 2019 –, et résidant de manière stable et régulière en France depuis plus de trois mois, une **complémentaire santé gratuite**, gérée au choix par son organisme d'assurance maladie d'affiliation³ ou par un organisme complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance) inscrit sur une liste nationale des organismes volontaires ;

- l'**aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)**, créée en 2004⁴, qui permettait aux personnes au revenu compris entre le plafond de ressources de la CMU-c et 135 % de ce plafond (soit 12 803 euros par an ou 1 006 euros par mois pour une personne seule) de financer tout ou partie d'un contrat de complémentaire santé privé au moyen d'un « **chèque santé** ». Cette aide prenait la forme d'un crédit d'impôt que l'organisme complémentaire déduisait du montant dû au titre de la taxe de solidarité

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 – Article 52.

² Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

³ Par exemple : CPAM, MSA, régimes spéciaux.

⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA) et dont le montant variait selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer.

La fusion étend les garanties attachées à la CMU-c aux personnes dont le revenu est compris entre le plafond fixé par décret et 135 % de ce plafond, sous réserve d'acquitter une **participation financière mensuelle** calculée en fonction de leur âge. La mise en œuvre de cette nouvelle CMU-c contributive, désormais dénommée « **Complémentaire santé solidaire** » (CSS), est organisée par deux décrets¹ et un arrêté² en date du 21 juin 2019.

La participation mensuelle des personnes anciennement éligibles à l'ACS s'élève ainsi de 8 euros par mois, pour les assurés âgés de moins de 30 ans, à 30 euros pour ceux âgés de 70 ans et plus³. En outre, lorsque le contrat est souscrit auprès d'un organisme complémentaire, une **majoration au titre des frais de gestion** est appliquée à ces personnes. Cette majoration forfaitaire sera de 8 euros pour les dépenses engagées en 2019 et en 2020, de 7,50 euros pour celles engagées en 2021, puis de 7 euros pour celles engagées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les contrats ACS en cours à la date du 1^{er} novembre 2019 restent cependant éligibles au bénéfice du crédit d'impôt jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire.

A. La refonte des « contrats de sortie » de la Complémentaire santé solidaire

1. Des dispositifs peu usités

- L'article 6-1 de la loi « Évin » du 31 décembre 1989⁴ prévoit qu'à l'expiration de son droit à la CMU-c, toute personne ayant bénéficié dans ce cadre de la prise en charge d'un organisme complémentaire (option retenue par 9 % des bénéficiaires fin 2018) reçoit obligatoirement de cet organisme la proposition de prolonger son adhésion pour une période d'un an, à un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté. Cette personne bénéficie alors de prestations identiques à celles de la CMU-c, « à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 » du code de la sécurité sociale, qui

¹ Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale et décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

² Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

³ Ces montants sont inférieurs pour les assurés relevant du régime local d'Alsace-Moselle, avec une participation mensuelle allant de 2,80 à 10,50 euros.

⁴ Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Ces dispositions ont été introduites au sein de cette loi par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, et modifiées par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

définit les critères du « contrat responsable ». Ainsi, ne sont pas pris en charge les majorations dues au non-respect du parcours de soins coordonnés, les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 euro aux consultations médicales, ni les dépassements d'honoraires au-delà d'un plafond.

Ce dispositif, dit « **contrat de sortie** », permet donc aux personnes qui voient leurs revenus s'améliorer et ne remplissent plus les conditions pour bénéficier de la CMU-c d'opter, pendant une période limitée, pour une couverture intermédiaire avec un **tarif encadré**. Pour une personne seule, le tarif annuel maximum hors taxes est fixé à 370 euros. Les tarifs, dégressifs en fonction de la taille du foyer, sont majorés de 90 % par adulte supplémentaire et de 50 % par mineur.

Selon une étude du Fonds CMU-c, ce contrat de sortie est **peu usité**. Outre que les personnes concernées basculent souvent vers l'ACS, ce dispositif s'avère méconnu et peu avantageux, notamment pour les jeunes adultes puisque **son tarif n'est pas différencié en fonction de l'âge**¹. Enfin, il ne concerne pas les assurés ayant opté pour une prise en charge par leur organisme d'assurance maladie.

- Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-c conservent le bénéfice du **tiers payant** pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit, pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité² ainsi que pour la part prise en charge par les organismes complémentaires³. Lorsque ces personnes acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel, **aucune période probatoire** ne peut leur être opposée.

- Jusqu'au 31 octobre 2019, un dispositif équivalent⁴ était prévu à l'ancien article L. 863-7 du code de la sécurité sociale pour les **bénéficiaires de l'ACS** et reste applicable jusqu'à l'extinction des derniers contrats ACS : à l'expiration de ses droits, toute personne ayant bénéficié d'un tel contrat reçoit de son organisme complémentaire gestionnaire la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les trois contrats ACS offerts par cet organisme et sélectionnés par l'État. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation ACS. Toutefois, le bénéficiaire ne dispose plus du « chèque ACS » et doit donc acquitter intégralement ce tarif.

Le Fonds CMU-c évalue à 170 000 le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie ACS à fin décembre 2018, soit l'équivalent de 15 % du nombre de personnes couvertes par un contrat ACS (hors contrat de sortie). Le fonds estime que « *la possibilité de souscrire un contrat collectif obligatoire pour les personnes retrouvant un emploi et le renchérissement du coût des contrats (primes et restes à charge) peut limiter le recours aux contrats de*

¹ Cf. évaluation préalable.

² Art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

³ Art. 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

⁴ Introduit par l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

sortie »¹. Cependant, le taux de recours varierait fortement entre les groupements gestionnaires. Par ailleurs, certains organismes utiliseraient ce dispositif de manière transitoire pour gérer l'attente d'une nouvelle attestation ACS dans le cadre d'un renouvellement de contrat.

2. Les évolutions proposées

a) La refonte des contrats de sortie dans un dispositif unifié

Le 7° du I prévoit, dans un nouvel article L. 861-12 du code de la sécurité sociale, **un dispositif de contrat de sortie unifié destiné aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire**. Ce contrat au tarif réglementé s'adressera aux personnes ayant bénéficié dans ce cadre de la prise en charge d'un **organisme complémentaire** (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance). Comme pour la CSS, il devra être conforme aux critères du contrat responsable et proposera notamment, en application de la réforme du « 100 % santé », un accès à des soins dentaires prothétiques, à des équipements d'optique, à des aides auditives et à certains autres dispositifs médicaux sans reste à charge.

Le texte renvoie à un **arrêté la fixation du tarif**, qui sera **variable en fonction de l'âge** du bénéficiaire. Cet arrêté doit être publié d'ici fin 2019 pour une application aux contrats souscrits à compter du 1^{er} janvier 2020. Il est notamment attendu des nouvelles modalités de tarification un recours accru des jeunes à ce dispositif.

Le 5° du I complète en outre l'article L. 861-8 du code de la sécurité sociale pour préciser que **les organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes volontaires pour assurer la CSS seront tenus de proposer ce contrat de sortie**. Selon l'évaluation préalable, les assurés seront informés, dès le remplissage du formulaire de demande de CSS, de leur droit à bénéficier d'un tel contrat s'ils choisissent comme gestionnaire de leur prise en charge un organisme complémentaire.

Le c) du 2° du I précise au sein de l'article L. 861-3 du même code qu'aucune période probatoire ne peut être opposée aux bénéficiaires de la CSS qui souscrivent une protection complémentaire à titre individuel lorsque leurs droits arrivent à expiration.

Par ailleurs, sont intégrées au sein du code de la sécurité sociale, dans un nouvel article L. 861-4-1, les dispositions de l'article 6-2 de la loi « Évin » du 31 décembre 1989 selon lesquelles les nouveaux bénéficiaires de la CMU-c (et, désormais, de la CSS) voient le cas échéant leur contrat de complémentaire santé souscrit auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'un institut de prévoyance transformé en contrat de CSS auprès du même organisme, si celui-ci appartient à la liste des gestionnaires de ce dispositif (3° du I).

¹ Rapport d'activité 2018 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

b) Les coordinations et dispositions transitoires

Par coordination, les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi « Évin » précitée sont abrogés (II).

Le nouveau contrat de sortie s'appliquera aux personnes dont le droit à la CMU-c ou à l'ACS arrivent à expiration à compter du **1^{er} janvier 2020 (III-A)**. Quant aux assurés dont le droit à la CMU-c ou à l'ACS arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019, date d'entrée en vigueur de la CSS, et le 1^{er} janvier 2020, ils pourront se voir proposer, respectivement, l'actuel contrat de sortie de la CMU-c ou de l'ACS (III-B). Ces contrats s'éteindront donc au plus tard le 31 décembre 2020.

B. La modification du mode de calcul des remises de gestion attribuées aux organismes complémentaires gestionnaires

1. La LFSS pour 2019 a prévu des remises de gestion proportionnelles aux dépenses

L'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale prévoit que les sommes correspondant au remboursement aux organismes complémentaires des dépenses afférentes à la CSS, à la charge du Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (Fonds CMU-c), sont affectées, pour les bénéficiaires redevables d'une participation financière, d'un **coefficient de majoration au titre des frais de gestion**¹. Ce remboursement est effectué trimestriellement par imputation, lors de chaque échéance, sur les montants de la TSA due par ces organismes².

À titre de comparaison, il est rappelé qu'aucune contribution au titre des frais de gestion n'était précédemment versée aux organismes complémentaires qui avaient fait le choix de gérer la CMU-c.

2. Le dispositif proposé : une remise forfaitaire *per capita*

Le 9^o du I modifie, à l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale, le mode de calcul de la majoration du remboursement au titre des frais de gestion en prévoyant non plus un pourcentage des dépenses mais **un montant forfaitaire versé au titre de chaque bénéficiaire** dont l'organisme gère la protection complémentaire. En effet, les coûts de gestion assumés par les organismes complémentaires sont davantage corrélés au nombre d'assurés pris en charge qu'au volume de prestations servies. En outre, un montant forfaitaire offrira à ces organismes une meilleure visibilité sur les remises qu'ils percevront.

Ce montant sera fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

¹ Article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article D. 862-2 du code de la santé publique.

À titre indicatif, les montants négociés en juin 2019 entre le Gouvernement et les organismes complémentaires s'élèvent à 32 euros par contrat en 2020, 30 euros en 2021 et 28 euros en 2022 afin de tenir compte des « coûts de bascule » entre l'ACS et la CSS¹. Le surcoût de cette mesure pour la Caisse nationale d'assurance maladie par rapport à une majoration du remboursement de 5 % est évalué à **4 millions d'euros** en 2020².

C. La possibilité d'ouvrir des droits en cours de mois lorsque la situation du demandeur l'exige

1. Le droit existant permet une ouverture de droits au premier jour du mois de la demande en cas d'urgence médico-sociale

En principe, la prise en charge des frais de santé assurée dans le cadre de la CSS prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision d'ouverture des droits du directeur de l'organisme gestionnaire, comme le prévoit l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale. Toutefois, « lorsque la situation du demandeur l'exige », le bénéfice de cette prise en charge est **attribué de manière immédiate** au premier jour du mois de dépôt de la demande - c'est-à-dire **avec effet rétroactif** - aux personnes présumées éligibles à la CSS.

Les situations pouvant exiger une admission dès le dépôt de la demande sont les suivantes :

- lorsque des soins immédiats ou programmés sont nécessaires ;
- lorsqu'il apparaît indispensable, compte tenu de leur situation sociale, que les personnes bénéficient sans délai de la possibilité de recourir au système de santé (par exemple, pour les familles avec de jeunes enfants, pour des personnes vivant dans des situations d'exclusion)³.

Sont notamment présumés remplir les conditions pour bénéficier de la CSS les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Dans ce cas, les droits à la CSS sont généralement attribués pour une période provisoire de trois mois, une nouvelle attestation étant délivrée pour les neuf mois restants dès lors que le droit à la CSS de l'intéressé est confirmé.

En cas d'hospitalisation au moment de la demande, la date d'hospitalisation peut être assimilée à la date de dépôt de la demande de Complémentaire santé solidaire. La CSS peut alors prendre effet avec rétroactivité dans la limite de deux mois.

¹ Communiqué de presse de la ministre des solidarités et de la santé du 13 juin 2019.

² Cf. évaluation préalable.

³ Circulaire n° DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

2. Le dispositif proposé : un alignement sur la date d'ouverture des droits de base

Le **4° du I** apporte une souplesse à la fixation de la date d'effet de la prise en charge en prévoyant que celle-ci peut avoir lieu « à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé », soit **en cours de mois**, si cette date est postérieure au premier jour du mois de la demande.

Selon l'évaluation préalable, cette modification concerne les personnes qui déposent simultanément une demande d'ouverture de droits de base et de CMU-c. En effet, pour ces assurés, la rétroactivité de la prise en charge complémentaire au 1^{er} janvier du mois ne peut avoir lieu en l'absence à cette date de droits de base qui, eux, sont ouverts à la date de réception de la demande par la caisse.

D. Les autres précisions ou coordinations

En cohérence avec la suppression au 1^{er} novembre 2019 de l'ACS, l'intitulé du titre 6 du livre VIII du code de la sécurité sociale cesse d'y faire référence pour devenir : « Protection complémentaire en matière de santé » (**1° du I**).

Le Fonds CMU-c, chargé de financer cette protection complémentaire, est par ailleurs rebaptisé « **Fonds de la Complémentaire santé solidaire** », en cohérence avec la nouvelle dénomination de ce dispositif (**8° du I**). Il convient cependant de rappeler que l'article 52 de la LFSS pour 2019 a déjà modifié cette dénomination de « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » en « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » à compter du 1^{er} novembre 2019.

En outre, à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, les mentions de la procédure de dispense de l'avance de frais sont remplacées par l'expression : « tiers-payant » (**2° du I, a) et b)**).

Enfin, le **6° du I** procède à la correction d'une coquille à l'article L. 861-11 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Un **amendement du rapporteur général** a réécrit le **4° du I** pour introduire, à l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale, la **mise en place d'une démarche active d'information auprès des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** sur leur éligibilité potentielle au dispositif de Complémentaire santé solidaire et d'un **accompagnement de ces publics par les caisses d'assurance maladie pour leurs démarches** d'ouverture ou de renouvellement de droit.

En effet, le rapport du Gouvernement au Parlement sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, prévu par la LFSS pour 2018¹ et remis en juillet 2018, a mis en évidence des situations de non-recours ou de rupture de droit à la protection complémentaire en matière de santé.

L'amendement s'inscrit dans la lignée des mesures de simplification qui ont déjà été prises pour tenter de résoudre ces situations, permettant par exemple le renouvellement automatique de la protection complémentaire en matière de santé pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

Dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, il ne vise toutefois que les bénéficiaires de « l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 » du code de la sécurité sociale, soit ceux ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % (bénéficiaires de l'« AAH-1 »). Aussi, les bénéficiaires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % assorti d'une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (« AAH-2 »), qui relèvent de l'article L. 821-2, ne sont pas explicitement couverts par cette mesure.

Deux amendements rédactionnels du rapporteur général ont par ailleurs été adoptés.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Les représentants des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance ont pris acte de la décision du Gouvernement de maintenir un dispositif spécifique de contrat de sortie et de fixer le montant des cotisations en fonction de l'âge. Les organismes complémentaires demandent en revanche, dès lors qu'ils seront obligés de proposer ces contrats, à être associés aux travaux sur leur équilibre économique et à la fixation des tarifs.

S'il convient de refondre les dispositifs existants pour tenir compte de l'entrée en vigueur de la Complémentaire santé solidaire, votre rapporteur estime nécessaire d'améliorer à cette occasion les contrats de sortie pour en augmenter le taux de recours, de telle sorte qu'ils jouent effectivement le rôle de lissage de la fin de droits qui leur est assigné. À cet égard, il est important que les assurés soient informés de l'existence de ces contrats par leur organisme complémentaire et **que les tarifs soient non seulement différenciés en fonction de l'âge, pour les rendre attractifs auprès des plus jeunes, mais demeurent acceptables financièrement pour l'ensemble des assurés.**

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 – Article 64.

La commission des affaires sociales sera attentive au résultat des discussions entre le Gouvernement et les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie, qui devront aboutir à la parution d'un arrêté avant la fin de l'année. Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale, les tranches d'âges retenues pourraient être les mêmes que celles applicables à la participation financière à la Complémentaire santé solidaire dans son volet contributif (moins de 30 ans, 30-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans et 70 ans et plus).

Reste une **interrogation sur la fin de droits des assurés optant pour une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**, option choisie par la grande majorité des bénéficiaires de l'ancienne CMU-c : on peut en effet se demander à quelle logique répond l'exclusion du nouveau dispositif de contrat de sortie des bénéficiaires de la CSS ayant choisi pour gestionnaire leur caisse d'assurance maladie, si ce n'est la conservation du périmètre existant dans le droit actuel. Quant à l'argument selon lequel l'ouverture du contrat de sortie à l'ensemble des sortants de la CSS affaiblirait la plus-value d'opter en amont pour un organisme complémentaire gestionnaire, il ne semble pas dirimant à votre rapporteur.

Votre commission a adopté à l'initiative de son rapporteur un **amendement n° 148 tendant à corriger l'oubli des bénéficiaires de l'« AAH-2 »** parmi les publics visés par le dispositif d'information et d'accompagnement concernant la Complémentaire santé solidaire.

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

Article 33

Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

Objet : Cet article propose l'extension à toutes les mineures, sans distinction d'âge, de la prise en charge intégrale des frais liés à la contraception.

I - Le dispositif proposé

- À l'heure actuelle, aux termes du 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, seules les mineures âgées d'au moins quinze ans bénéficient d'une prise en charge intégrale et d'une dispense d'avance de frais pour obtenir une contraception ou réaliser des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive. Cette contraception ou ces examens peuvent être prescrits soit par un médecin, en application de l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale, soit par une sage-femme, en application de l'article L. 162-8-1 du même code.

Ainsi, en application du 5° de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul de la prise en charge des frais de santé est supprimée pour les mineures âgées d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive.

- Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020, plusieurs études ont identifié la prise irrégulière de la contraception, notamment en raison de difficultés financières d'accès, comme l'une des causes des grossesses non désirées. En outre, l'enquête relative à la sexualité des jeunes scolarisés (*Health Behaviour in School-Aged Children*) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), coordonnée en France par Santé publique France, fait apparaître que les mineures dont le premier rapport sexuel a lieu à l'âge de treize ans utilisent moins la contraception que ceux dont le premier rapport sexuel a lieu à l'âge de quinze ans.

Un rapport¹ de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2015 avait ainsi préconisé l'extension de la gratuité et de l'anonymat dans l'accès à la contraception pour l'ensemble des mineures, sans distinction d'âge.

- Afin de faire bénéficier l'ensemble des mineures de la gratuité de l'accès à la contraception, quel que soit leur âge, le **I de l'article 33** du PLFSS pour 2020 supprime la condition d'âge « *au moins quinze ans* » figurant au 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale pour bénéficier d'une prise en charge intégrale et d'une dispense d'avance de frais.

Les **II et III de l'article 33** du PLFSS pour 2020 procèdent aux coordinations nécessaires afin de tenir compte de cette nouvelle disposition dans la législation sanitaire applicable au département de Mayotte² et à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon³.

- Le coût annuel de cette mesure est évalué par l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 à 200 000 euros pour l'assurance maladie, sur la base de l'évaluation produite par le rapport de l'IGAS de 2015 précité, qui se décomposait ainsi :

- 50 000 euros au titre de la délivrance de contraceptifs en pharmacie ;
- 50 000 euros au titre des examens biologiques ;
- 100 000 euros au titre de la prise en charge des consultations.

¹ S. DUPAYS, C. HESSE et B. VINCENT, L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures, rapport IGAS n° 2014-167, avril 2015.

² À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

³ À l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

La généralisation de la gratuité dans l'accès à la contraception devrait, en parallèle, permettre de prévenir le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour les mineures concernées. L'étude d'impact rappelle ainsi qu'un nombre significatif de grossesses est enregistré chez les mineures de moins de quinze ans, avec près de 1 000 jeunes filles enceintes entre douze et quatorze ans en France chaque année, et que, parmi ces grossesses, 770 se concluent par une IVG, selon des données de 2013.

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 souscrit pleinement à l'objectif de renforcement de l'accès de l'ensemble des mineurs aux moyens de contraception et aux consultations de santé sexuelle. Les dispositions de l'article 33 viennent ainsi utilement compléter celles relatives au renforcement de l'anonymat des consultations de santé sexuelle et reproductive que votre commission avait introduites dans la dernière loi « Santé »¹.

Toutefois, elle regrette que le rôle des services de santé scolaire dans la promotion auprès des jeunes de la santé sexuelle n'ait pas été renforcé dans la loi pour une école de la confiance². Les propositions de l'Assemblée nationale et du Sénat en faveur d'un pouvoir de prescription des médecins scolaires d'actes diagnostiques ou de produits de santé au titre de leur mission de prévention n'ont en effet pas été retenues dans la version définitive du texte.

Considérant que les services de santé scolaire ont un rôle fondamental à jouer dans la facilitation de l'accès des mineures à la contraception, tout particulièrement des jeunes filles issues de milieux modestes et éloignées des parcours de soins, votre commission aurait souhaité que les médecins de l'éducation nationale soient autorisés, à l'article L. 541-1 du code de l'éducation³, à prescrire, dans le cadre de consultations de santé sexuelle et reproductive, des contraceptifs ou des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

³ L'article L. 2325-1 du code de la santé publique prévoit que les dispositions de cet article sont applicables aux services de santé scolaire et universitaire.

Une telle disposition semble en effet indispensable pour garantir l'effectivité de l'accès des mineures à la contraception, tout particulièrement des mineures âgées de moins de quinze ans pour lesquelles il est souvent délicat d'obtenir une consultation de contraception auprès du « médecin de famille ».

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

Article 34

Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments

Objet : Cet article propose plusieurs mesures destinées à mieux prévenir et gérer les ruptures de stock de médicaments essentiels.

I - Le dispositif proposé

A. Les pénuries de médicaments : un problème de santé publique majeur en pleine expansion

1. Une explosion du nombre de ruptures de stock au cours des dix dernières années

En 2018, l'ANSM a recensé 871 signalements de ruptures de stock et de risques de rupture de stock de médicaments¹. Ce nombre est en augmentation de plus de 64 % par rapport aux 530 signalements enregistrés en 2017, qui constituaient déjà un record et correspondaient à une multiplication par dix du nombre de ruptures ou risques de rupture relevé il y a dix ans.

Ces pénuries ont fortement perturbé l'approvisionnement de médicaments d'utilisation courante, bien souvent essentiels et difficilement substituables dans l'arsenal thérapeutique disponible pour le traitement de pathologies graves. Les ruptures de stock ont ainsi porté majoritairement sur des produits injectables et anciens, les classes thérapeutiques les plus touchées étant :

- les anticancéreux, comme l'Erwinase® en 2016 ;
- les antiinfectieux, tant les antibiotiques comme l'amoxicilline en 2014 et 2018, que les vaccins comme celui contre l'hépatite B en 2017 ;
- les anesthésiants, comme le Forene® en 2019 ;
- les médicaments du système nerveux central, comme le Sinemet® en 2018, prescrit dans le traitement de la maladie de Parkinson ;
- les médicaments dérivés du plasma.

¹ ANSM, Rapport annuel d'activité de 2018.

2. Des causes multifactorielles

Une mission d'information du Sénat, présidée par Yves Daudigny et dont le rapporteur était Jean-Pierre Decool, a été constituée en juin 2018 afin d'analyser les causes de ces pénuries et de proposer des solutions pour y remédier. Parmi les causes des ruptures de stock de médicaments, le rapport¹ de cette mission distingue :

- les causes industrielles, liées à la soutenabilité et à l'intégrité du processus de fabrication des médicaments : elles comprennent notamment les défauts de qualité sur les matières premières à usage pharmaceutique et sur les produits finis, les incidents survenus dans la chaîne de production ou encore l'insuffisance des substances pharmaceutiques actives ;

- les causes économiques, liées à l'environnement économique du médicament et aux stratégies commerciales des entreprises pharmaceutiques : elles comprennent ainsi l'inadéquation des capacités de production du laboratoire aux accroissements inattendus de la demande, les décisions de suspension ou d'arrêt de la commercialisation de certains produits dont la rentabilité est jugée insuffisante ou encore les décisions d'allocations des stocks prises par les laboratoires en fonction non seulement des besoins estimés de chaque marché national mais également de l'attractivité dudit marché, dont le prix du médicament et le dynamisme de la demande ;

- les dysfonctionnements du circuit de distribution du médicament, qui peuvent résulter de défauts dans la circulation de l'information entre laboratoires, dispensateurs (hôpitaux et pharmaciens) et grossistes-répartiteurs, ou de pratiques commerciales des distributeurs occasionnant des tensions d'approvisionnement, notamment au travers des exportations parallèles au sein du marché européen.

B. La nécessité d'une réponse globale qui dépasse le seul champ juridique

1. Le dispositif français de prévention et de gestion des pénuries

La réglementation française en matière de prévention et de gestion des ruptures de stock de médicaments s'inscrit dans le cadre juridique européen défini par la directive 2001/83/CE² dont :

- l'article 81 pose le principe de la responsabilité des industriels et des distributeurs dans l'approvisionnement approprié et continu du marché ;

- l'article 23 *bis* prévoit une notification obligatoire de l'autorité compétente nationale par l'industriel exploitant de toute indisponibilité provisoire ou définitive du médicament, au plus tard deux mois avant l'interruption de la mise sur le marché du médicament.

¹ Rapport d'information n° 737 (2017-2018) de M. Jean-Pierre DECOOL, fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, déposé le 27 septembre 2018.

² Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Comme le rappelle le rapport précité de la mission d'information sénatoriale, l'arsenal juridique français dans la lutte contre les pénuries de médicaments a été renforcé par la loi « Santé » du 26 janvier 2016¹. Celle-ci a placé les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), dont l'indisponibilité représente un danger pour la survie des patients, au cœur du dispositif de prévention et de gestion des ruptures de stock.

Elle garantit en outre la publication sur le site Internet de l'ANSM de la liste des MITM concernés par une rupture de stock ou une tension d'approvisionnement, et impose aux laboratoires exploitant des MITM l'élaboration et la mise en place de plans de gestion des pénuries (PGP). Enfin, elle interdit aux grossistes-répartiteurs d'exporter des médicaments figurant sur la liste publiée par l'ANSM des MITM signalés en rupture ou risque de rupture.

2. Les propositions de la mission d'information du Sénat

Entrées en vigueur en janvier 2017, ces dispositions n'ont pas permis d'enrayer le phénomène des pénuries de médicaments qui s'est aggravé au cours de l'année 2018. La mission d'information du Sénat sur les pénuries de médicaments avait formulé 30 propositions afin d'apporter une réponse globale à cette problématique lourde de conséquences pour la prise en charge des patients. Plusieurs de ces préconisations ont été reprises dans une proposition de loi² déposée par notre collègue Jean-Pierre Decool en avril 2019.

Ce texte vise en particulier à :

- renforcer la stratégie nationale de lutte contre les ruptures de stock, en instituant un conseil stratégique de lutte contre les difficultés d'approvisionnement placé sous l'autorité du Premier ministre ;

- renforcer l'information disponible sur le phénomène des pénuries, en rendant obligatoire la publication des plans de gestion des pénuries et en proposant la mise en place d'une plateforme d'information partagée sur les situations de ruptures ou risques de rupture, susceptible d'être renseignée par l'ensemble des acteurs concernés (ANSM, laboratoires, pharmaciens d'officine et hospitaliers, grossistes-répartiteurs) ;

- renforcer les sanctions à l'encontre des comportements des acteurs de la chaîne du médicament entravant l'approvisionnement du marché national, notamment en permettant à l'ANSM de sanctionner financièrement les laboratoires qui ne respecteraient pas leur obligation d'approvisionnement approprié et continu du marché national ;

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments et de vaccins, texte n° 463 (2018-2019) de M. Jean-Pierre DECOOL et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 16 avril 2019.

- mieux prendre en compte les impératifs d'approvisionnement dans les conditions encadrant la commercialisation, notamment en ouvrant la possibilité de prendre en considération des critères liés au bon approvisionnement du marché français parmi les critères de fixation du prix des médicaments ;

- recréer les conditions d'une production pharmaceutique de proximité en France, en permettant la constitution d'un pôle public de production et de distribution de certains médicaments essentiels et en accordant des exonérations fiscales limitées dans le temps aux entreprises s'engageant dans des investissements consacrés au développement en France de nouvelles capacités de production de médicaments et de substances actives pharmaceutiques stratégiques.

C. Les mesures de prévention et de gestion des pénuries de médicaments envisagées dans le PLFSS pour 2020

L'article 34 du PLFSS pour 2020 envisage plusieurs mesures destinées à renforcer la régulation du phénomène des ruptures de stock de médicaments essentiels, principalement articulées autour de la responsabilité des entreprises pharmaceutiques exploitantes.

• *L'instauration d'une obligation de constitution par les laboratoires d'un stock de sécurité d'une durée maximale de quatre mois pour tous les médicaments :*

Le **a) du 1° du I** modifie l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, relatif à l'obligation des laboratoires d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national, afin d'imposer à ces derniers la constitution d'un stock de sécurité destiné au marché national, quel que soit le médicament, qu'il s'agisse d'un MITM ou pas. Le volume de ce stock de sécurité tiendra compte de la classe thérapeutique du médicament et sera constitué dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Il ne pourra excéder quatre mois de couverture des besoins du marché national, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants.

Il est prévu que cette obligation n'entre en vigueur qu'à compter du 30 juin 2020 (V de l'article 34 du PLFSS pour 2020).

• *Le renforcement de l'obligation des laboratoires d'informer l'ANSM en cas de rupture ou de risque de rupture :*

Le **2° du I** modifie l'article L. 5121-32 du code de la santé publique, relatif à l'obligation des laboratoires d'informer l'ANSM en cas de rupture ou de risque de rupture d'un MITM, afin :

- d'étendre le champ des laboratoires concernés par cette obligation aux titulaires d'autorisation de mise sur le marché d'un MITM commercialisé sur le marché national. Cette précision permet de tenir compte du fait que certains laboratoires titulaires d'une AMM n'exploitent pas la spécialité correspondante sur le marché national, l'exploitation pouvant être déléguée

à d'autres sociétés. Le champ des entreprises auxquelles il incombe d'informer l'ANSM d'une rupture ou d'un risque de rupture ne sera donc plus limité aux seules entreprises pharmaceutiques exploitant un MITM sur le marché national. Un certain nombre d'informations susceptibles d'avoir un impact sur l'approvisionnement du marché national ne sont en effet bien souvent détenues que par les entreprises titulaires d'une AMM délivrée par l'agence européenne du médicament (« *European Medicines Agency* »), notamment des données de pharmacovigilance relatives à un défaut de qualité du médicament commercialisé ;

- de préciser que l'information de l'ANSM sur la rupture ou le risque de rupture par les industriels doit intervenir « *dès que* [les titulaires de l'AMM ou les entreprises exploitantes] *en ont connaissance* » et selon un « modèle-type » défini par voie réglementaire ;

- d'étendre, par coordination, aux titulaires d'une AMM concernant un MITM, les obligations de mise en œuvre de solutions alternatives en cas de rupture de stock, de déploiement d'un plan de gestion des pénuries et de mise en place de mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients.

• *L'instauration d'une obligation d'importation à la charge de l'entreprise défaillante :*

Le 3° du I procède à une réécriture de l'article L. 5121-33 du code de la santé publique. Celui-ci autorise, dans sa rédaction en vigueur, les officines pharmaceutiques à dispenser au détail des MITM disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'ANSM en cas de rupture de stock affectant ces médicaments.

Il est ainsi ajouté à cet article un paragraphe permettant au directeur général de l'ANSM, hors cas de force majeure et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, de faire procéder par l'entreprise exploitante, qui aura échoué à couvrir les besoins nationaux d'un médicament dont la difficulté d'approvisionnement peut présenter un risque grave et immédiat pour les patients en l'absence d'alternatives disponibles sur le territoire national, à l'importation de toute alternative médicamenteuse. Le volume de la spécialité importée sera déterminé à proportion de la part du médicament exploité par l'entreprise défaillante dans la couverture des besoins nationaux au cours des six mois précédant la rupture de stock.

Le paragraphe nouvellement inséré à l'article L. 5121-33 du code de la santé publique prévoit également le remboursement par l'entreprise pharmaceutique défaillante au profit de l'assurance maladie du différentiel entre le coût de la prise en charge de l'alternative thérapeutique et celui qui aurait résulté de la prise en charge du médicament initial pendant la durée de la pénurie, dans la limite de la part de l'entreprise dans la couverture des besoins au cours des six derniers mois précédant la rupture de stock.

Les dispositions du 3° du I de l'article 34 du PLFSS pour 2020 constituent ainsi le pendant, pour l'approvisionnement des distributeurs et dispensateurs (grossistes-répartiteurs et officines) en médicaments, de la clause d'achat pour compte pratiquée aujourd'hui par les centrales d'achat hospitalières pour l'approvisionnement en médicaments des établissements hospitaliers.

La clause d'achat pour compte dans les marchés hospitaliers¹

Afin de faire face aux risques de rupture, plusieurs groupements d'achats utilisent une « clause d'achat pour compte » : si le médicament est en rupture, c'est au fournisseur de fournir les quantités demandées, même s'il les paye plus cher, en s'approvisionnant auprès d'un autre fournisseur.

L'AP-HP intègre ainsi de manière systématique une clause prévoyant, en cas de défaillance du titulaire, la mise en œuvre d'une procédure d'exécution aux frais et risque (EFR) de celui-ci.

Cette procédure est prévue par l'article 36 du cahier des clauses administratives générales des marchés publics ; dans le cas présent, cela signifie que lorsqu'un laboratoire pharmaceutique titulaire d'un marché en France est dans l'incapacité d'approvisionner en une spécialité, l'acheteur hospitalier public peut recourir à une prestation par un tiers, aux frais et risques du titulaire.

Source : Rapport d'information n° 737 (2017-2018) de M. Jean-Pierre Decool, fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, déposé le 27 septembre 2018.

• *Le renforcement des sanctions susceptibles d'être prises à l'encontre des industriels ne respectant pas leurs obligations en matière d'approvisionnement approprié et continu du marché national :*

Le III détaille l'ensemble des sanctions financières qui pourront être prononcées par l'ANSM à l'encontre des laboratoires ne respectant pas leurs obligations légales en matière d'approvisionnement approprié et continu du marché national.

Est ainsi créé au sein du code de la santé publique un nouvel article L. 5423-9 entièrement consacré aux manquements soumis à sanction financière concernant les obligations des industriels en matière de prévention et de gestion des ruptures de stock. Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 du même code, prévoyant aujourd'hui des sanctions en cas de manquement des laboratoires à leurs obligations d'information de l'ANSM en cas de décision de suspension ou d'arrêt de commercialisation d'un médicament essentiel ou en cas de risque de rupture de stock ou de rupture de stock, sont ainsi abrogés et repris aux 2° à 4° du nouvel article L. 5423-9.

¹ Cette définition figure dans le rapport de la Cour des comptes de juin 2017 consacré aux achats hospitaliers.

Des sanctions pourront en outre être prononcées en application de l'article L. 5423-9 lorsque :

- l'industriel n'aura pas constitué de stock de sécurité ;
- le titulaire de l'AMM ou l'entreprise pharmaceutique exploitante n'aura pas respecté, pour les MITM dont l'indisponibilité présente un risque grave et immédiat pour les patients, et pour les vaccins les obligations suivantes :
 - l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de gestion des pénuries ;
 - la déclaration à l'ANSM de la liste des médicaments pour lesquels l'industriel élabore un plan de gestion des pénuries ;
 - l'inscription dans le plan de gestion des pénuries de mesures suffisantes de nature à permettre de faire face à une situation de rupture de stock ;
 - l'importation d'une alternative à la demande de l'ANSM ;
- l'industriel méconnaît ses obligations concernant la gestion des difficultés d'approvisionnement de MITM, dont :
 - l'information de l'ANSM sur les risques de rupture ou les ruptures devant être déclarés à l'ANSM ;
 - la mise en œuvre des mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries ;
 - l'accompagnement et l'information des professionnels de santé et des patients.

Par ailleurs, le **IV** précise les limites dans lesquelles doivent s'inscrire les sanctions prononcées par l'ANSM à l'encontre d'une entreprise qui méconnaîtrait ses obligations en matière d'approvisionnement. Il procède ainsi à une coordination au sein de l'article L. 5471-1 du code de la santé publique afin de prévoir que les sanctions prononcées en application du nouvel article L. 5423-9 du code de la santé publique ne pourront être supérieures à 150 000 euros pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

Le **IV** prévoit également la possibilité pour l'ANSM, audit article L. 5471-1, d'assortir ses sanctions financières à l'encontre des entreprises pharmaceutiques d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté. Le montant de cette astreinte ne pourra dépasser 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.

• Enfin, le **II** procède à une coordination à l'article L. 5124-6 du code de la santé publique. Cet article impose à toute entreprise pharmaceutique qui prend une décision de suspension ou d'arrêt de la commercialisation

d'un médicament, ou qui a connaissance de faits susceptibles de motiver une telle décision, d'informer au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'ANSM lorsque le médicament concerné « *est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français.* » Il est préféré à cette rédaction la référence aux MITM pour lesquels il n'existerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français.

- L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 évalue à six millions d'euros les économies pour l'assurance maladie susceptibles de découler de la mise en œuvre des mesures de l'article 34 du PLFSS pour 2020, liées essentiellement à l'éventuel reversement au bénéfice de l'assurance maladie par l'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament en rupture du différentiel de prix entre la spécialité importée et la spécialité initiale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général Olivier Véran visant à préciser que les stocks de sécurité que les industriels seront tenus de constituer pour leurs médicaments devront être situés sur le territoire de français, d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Un certain nombre d'entreprises pharmaceutiques ne disposent en effet pas de capacités de stockage en France, notamment les médicaments exigeant un strict respect de la chaîne du froid comme les vaccins. Dans le même temps, cette disposition permettra de garantir la proximité géographique et donc une meilleure disponibilité des stocks, en évitant la constitution de stocks dans des pays éloignés où sont généralement produites les substances pharmaceutiques actives comme l'Inde ou la Chine.

Dans ses réponses au questionnaire de votre commission, le Gouvernement précise que chaque laboratoire devra tenir à la disposition de l'ANSM les informations relatives à la localisation précise de ce stock de sécurité. L'ANSM sera chargée du contrôle de la constitution du stock par les laboratoires et pourra, le cas échéant, se voir transmettre toute information relative à leur localisation. En cas de stock localisé hors du territoire français, l'ANSM pourra ainsi déléguer le contrôle à ses homologues européens pour s'assurer de la constitution des stocks, en application des accords de reconnaissance mutuelle.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement de notre collègue députée Stéphanie Rist (LREM) visant à ne pas rendre applicables à la pharmacie centrale des armées les dispositions du I du nouvel article L. 5121-33 du code de la santé publique proposé par l'article 34 du PLFSS pour 2020, relatives à la possibilité pour le directeur général de

l'ANSM de faire procéder une entreprise pharmaceutique défailante à l'importation d'une alternative médicamenteuse. La pharmacie centrale des armées étant un établissement pharmaceutique de l'État chargé de fabriquer, de stocker, d'exploiter ou de distribuer des spécialités pharmaceutiques, notamment dans le cadre de crises sanitaires au profit de certains services publics, il convient de ne pas la soumettre aux obligations de droit commun concernant les entreprises privées exploitant des médicaments.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite du renforcement de l'arsenal juridique dans la lutte contre les pénuries de médicaments et de vaccins, et tout particulièrement de l'accent porté sur la responsabilité des industriels en matière d'approvisionnement approprié et continu du marché national. Les obligations de service public des grossistes-répartiteurs dans la couverture des besoins de leur territoire de répartition avaient été progressivement renforcées au fil des réformes intervenues depuis 2011. À l'inverse, les obligations des laboratoires en matière d'approvisionnement du marché national n'avaient pas été déclinées sur le plan opérationnel, ni assorties d'un dispositif de sanctions solide.

Elle salue notamment l'instauration d'une obligation de constitution d'un stock de sécurité pour tout médicament afin de couvrir les besoins du marché jusqu'à quatre mois, de même que l'ouverture de la possibilité pour l'ANSM d'exiger d'une entreprise pharmaceutique défailante l'importation d'une alternative médicamenteuse avec remboursement par ladite entreprise de l'éventuel surcoût de la prise en charge de la spécialité de remplacement. La durée limite de quatre mois pour les stocks de sécurité correspond du reste aux pratiques actuelles des laboratoires en termes de stockage.

Votre commission s'interroge néanmoins sur l'opportunité d'inscrire ces mesures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. La seule disposition susceptible d'avoir un impact sur les finances sociales semble être celle visant à imposer à une entreprise pharmaceutique défailante de rembourser à l'assurance maladie l'éventuel différentiel de prix entre une alternative médicamenteuse plus chère qu'elle aurait été contrainte d'importer et la spécialité en rupture. Les autres mesures concernent la disponibilité des médicaments et le pouvoir de sanction de l'ANSM, qui sont sans conséquence directe sur les modalités de prise en charge et de remboursement par l'assurance maladie : ces dispositions relèvent du champ de l'organisation du système de santé et courent le risque, dans un PLFSS, d'être regardées comme constituant un cavalier social.

Votre commission regrette, par ailleurs, que le Gouvernement n'ait pas prévu de dispositions permettant la constitution d'un pôle public ou public-privé de production de médicaments essentiels, alors même que la feuille de route de la lutte contre les pénuries de médicaments présentée par la ministre des solidarités et de la santé en juillet 2019 comprenait une action consistant à « *d'expertiser la mise en place d'une solution publique permettant d'organiser, de façon exceptionnelle et dérogatoire, l'approvisionnement en MITM dans les cas d'échec des négociations avec les laboratoires concernés.* »¹ À la suite de cette feuille de route, la ministre a institué un comité de pilotage de la stratégie de prévention et de lutte contre les pénuries de médicaments. Ce comité a vocation à suivre les actions menées par sept groupes de travail.

Pour mémoire, le rapport précité de la mission d'information sénatoriale faisait référence, à l'appui de sa proposition relative à l'institution d'un pôle public de production de médicaments stratégiques, à l'initiative de l'entreprise sans but lucratif « *Civica Rx* » aux États-Unis, lancée en septembre 2018 et rassemblant plus de 120 organismes de santé représentant près du tiers des hôpitaux américains. Cette entreprise prévoit ainsi, dans un premier temps d'ici la fin de l'année 2019, d'assurer l'approvisionnement, avec des volumes garantis, de ses hôpitaux partenaires dans 14 médicaments génériques sur des spécialités essentielles, régulièrement exposées à des ruptures, en développant notamment des partenariats avec des compagnies pharmaceutiques.

Dans ses réponses au questionnaire de votre commission, le Gouvernement indique qu'un groupe de travail est aujourd'hui chargé d'examiner l'opportunité d'une solution publique-privée de production de médicaments en cas de pénurie. En complément de ce groupe de travail, le Premier ministre a confié, en septembre 2019, à M. Jacques Biot, ancien président de l'École polytechnique, une mission d'analyse des causes profondes de ruptures de stock de médicaments en matière de choix industriels. Il devra dans un délai de trois mois analyser les processus de production et logistiques en vue d'en identifier les points de faiblesse et de proposer des solutions. Dans ce cadre, cette mission devrait évaluer la pertinence de la création d'une solution mixte publique-privée pour la production de certains médicaments anciens en cas de pénurie.

Afin de compléter le dispositif prévu par l'article 34 du PLFSS pour 2020, votre commission a adopté plusieurs amendements visant à renforcer l'effectivité des mesures de prévention des ruptures de stock.

¹ *Ministère des solidarités et de la santé, « Lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France », feuille de route 2019-2022, 8 juillet 2019.*

• *Garantir le caractère opérationnel des mesures de prévention des ruptures de stock :*

Certains médicaments présentent des contraintes de production et de conservation qui rendent difficiles leur stockage sur une durée longue. En particulier, les médicaments biologiques et thermosensibles tels que les vaccins et les médicaments dérivés du sang font l'objet de cycles de production longs et peu souples, généralement assortis de lourdes contraintes de sécurité à tous les stades de production et de conservation. La fixation de la durée des stocks de sécurité applicable à ces médicaments doit donc tenir compte de ces contraintes, de même que les conditions de conservation et de renouvellement de ces stocks de sécurité.

Votre commission a ainsi adopté un amendement tendant à préciser que le décret en Conseil d'État appelé à définir la limite de la durée des stocks de sécurité pour les différentes classes thérapeutiques devra tenir compte des conditions spécifiques de conservation et de renouvellement de ces stocks (amendement n° 175). Il est précisé que ce décret devra être pris en concertation avec les représentants des entreprises pharmaceutiques mais également avec les représentants des professions de santé et des établissements de santé qui peuvent utilement alerter la puissance publique sur l'état de la demande pour certains types de médicaments.

Par ailleurs, la possibilité pour le directeur général de l'ANSM de contraindre une entreprise pharmaceutique défailante à importer une alternative médicamenteuse soulève deux interrogations :

- le nouvel article L. 5121-33 du code de la santé publique proposé par l'article 34 du PLFSS pour 2020 reste silencieux quant aux responsabilités de l'entreprise importatrice en cas d'incident sanitaire lié à l'administration de la spécialité importée, notamment pour défaut de qualité. Or il apparaît délicat de rendre l'entreprise pharmaceutique importatrice responsable de ce type d'incident alors qu'elle ne maîtrise pas le cycle de production et le contrôle de la qualité de la spécialité importée ;

- certaines entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament en France ne disposeront pas nécessairement d'un établissement pharmaceutique autorisé par l'ANSM pour assurer une activité d'importation.

Compte tenu de ces interrogations, votre commission a adopté un amendement renvoyant à un décret en Conseil d'État, pris après consultation de l'ensemble des parties prenantes, le soin de préciser la répartition des responsabilités entre l'entreprise pharmaceutique défailante contrainte d'importer et l'entreprise pharmaceutique exploitant la spécialité importée en matière de pharmacovigilance, de contrôle de la qualité, de conditionnement et de traçabilité de la spécialité importée (amendement n° 177). Il devra en outre définir les modalités d'importation lorsque l'entreprise défailante ne dispose pas d'un établissement pharmaceutique préalablement autorisé pour une activité d'importation. Le même

amendement modifie également l'article L. 5124-13 du code de la santé publique afin de préciser, par coordination avec le nouvel article L. 5121-33 du même code, que les décisions du directeur général de l'ANSM tendant à faire procéder une entreprise pharmaceutique à l'importation d'une alternative médicamenteuse valent autorisation d'importation au sens dudit article L. 5124-13.

Enfin, la mise sur le marché français d'une spécialité pharmaceutique n'est pas le fait des seuls titulaires de l'AMM ou de l'entreprise exploitant la spécialité. Elle peut également résulter d'une autorisation d'importation accordée par l'ANSM ou d'une autorisation de distribution parallèle accordée par l'agence européenne du médicament, en application du principe de libre circulation des marchandises au sein du marché unique. Ainsi, peuvent être commercialisés en France, généralement par des grossistes-répartiteurs ou des distributeurs en gros, des médicaments faisant l'objet :

- d'une autorisation d'importation parallèle accordée par l'ANSM lorsque le médicament bénéficie d'une AMM dans un autre État membre et à la condition que sa composition, sa forme et ses effets thérapeutiques soient identiques à ceux d'une spécialité ayant obtenu une AMM délivrée par l'ANSM ;

- d'une autorisation de distribution parallèle accordée par l'agence européenne du médicament lorsque le médicament bénéficie d'une AMM communautaire et à la condition que sa composition, sa forme et ses effets thérapeutiques soient identiques à ceux d'une spécialité commercialisée en France. La liste des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une distribution font l'objet d'une notification émise par l'agence européenne du médicament, publiée sur le site Internet de l'ANSM.

L'augmentation des importations parallèles de médicaments en France

Un certain nombre de grossistes peuvent être tentés d'importer en France des molécules dont le prix de vente dans le pays où elles ont reçu leur AMM reste sensiblement inférieur à celui pratiqué en France. Dans un avis de décembre 2013¹, l'Autorité de la concurrence rappelait ainsi que « *le chiffre d'affaires exprimé en PFHT de la vente de médicaments importés parallèlement en France a triplé ces dernières années, passant d'un peu moins de 5 millions d'euros en 2009 à environ 15 millions d'euros en 2012.* »

¹ Autorité de la concurrence, avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville.

À titre d'exemple, le grossiste italien BB Farma a été autorisé¹ le 4 octobre 2019 pour une durée de cinq ans à importer la spécialité Coveram® 5mg/10mg (traitement de l'hypertension), autorisée par les autorités sanitaires grecques. Or cette spécialité est commercialisée au prix de 6,97 euros en Grèce², contre 12,09 euros en France (hors honoraire de dispensation)³, soit un différentiel de près de 73,5 %. On observe, d'une façon générale, une recrudescence des demandes d'importation parallèle de médicaments provenant de pays pratiquant des prix de vente inférieurs aux prix français, tels que la Grèce et la Pologne.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Les spécialités commercialisées en France dans le cadre d'une autorisation d'importation n'échappent pas aux risques de rupture de stock. À titre d'exemple, le marché des médicaments contre l'hypertension est « sous tension » à l'heure actuelle, des pénuries ayant affecté en 2019 l'approvisionnement du marché français en Valsartan® et en Irbesartan®. Par effet de domino, ces tensions pourraient se répercuter sur les spécialités faisant l'objet d'une autorisation d'importation parallèle sur lesquelles se reporteraient les prescriptions.

Par conséquent, votre commission a adopté un amendement tendant à étendre aux titulaires d'une autorisation d'importation parallèle les dispositions relatives à l'obligation de constitution d'un stock de sécurité (amendement n° 176).

• *Le renforcement de la capacité d'anticipation des pouvoirs publics en cas de suspension ou d'arrêt de la commercialisation d'un MITM :*

L'article L. 5124-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 34 du PLFSS pour 2020 adopté par l'Assemblée nationale, continuera de ne contraindre les industriels à informer l'ANSM de leurs décisions de suspension ou d'arrêt de commercialisation que lorsque le médicament concerné est un MITM pour lequel aucune alternative n'est disponible sur le marché français.

Or une telle décision peut avoir des conséquences notables sur la couverture des besoins du marché national quand bien même des alternatives médicamenteuses existeraient déjà. En effet, la disparition non anticipée d'une spécialité essentielle dans l'arsenal thérapeutique peut avoir pour conséquence de faire peser une pression excessive sur les autres spécialités prescrites pour la même indication si celles-ci venaient à devoir couvrir des besoins plus importants sans avoir pu adapter leurs capacités de production en conséquence.

¹ Décision du directeur général de l'ANSM du 4 octobre 2019.

² <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/citations/588>.

³ <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extraire.php?specid=60972480>.

Dans cette logique, votre commission a adopté un amendement tendant à étendre l'obligation d'information de l'ANSM en cas de décision de suspension ou d'arrêt de commercialisation à tous les MITM, qu'il existe ou pas d'alternatives disponibles sur le marché français (amendement n° 178).

Elle a enfin adopté un amendement rédactionnel (amendement n° 179).

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

Article 35

Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

Objet : Cet article vise à renforcer le bilan de santé réalisé à l'entrée du mineur dans un dispositif de protection de l'enfance et assurer sa prise en charge par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

A. Une évaluation médicale et psychologique du mineur protégé qui apparaît insuffisante et mal appliquée

1. L'évaluation médicale et psychologique, composante obligatoire du projet pour l'enfant

Aux termes de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles, tout mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une protection judiciaire doit faire l'objet d'un « **projet pour l'enfant** ». Refondé et renforcé par loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant¹, le projet pour l'enfant est un document destiné à recenser, selon une approche pluridisciplinaire, les besoins de l'enfant protégé, afin de garantir « *son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social* ».

Construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision de placement, sous la responsabilité du président du conseil départemental, **il comprend la nature et les objectifs des interventions menées pour le mineur protégé, ses parents et son environnement**. Il est élaboré en association avec le mineur concerné, dans des conditions qui varient selon son âge et sa maturité, et est remis à ses représentants légaux.

¹ Art. 21 de la loi n° 2016 297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

L'évaluation médicale du mineur est une composante obligatoire du projet pour l'enfant, l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles disposant que « *l'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document.* »

Ce projet est régulièrement mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux du mineur protégé, sur la base d'un rapport effectué tous les ans¹ par les services de la protection de l'enfance relatif à la situation de l'enfant. Ce rapport est établi après **une évaluation pluridisciplinaire du mineur et porte sur sa santé physique et psychique**, sur son développement, sa scolarité, sa vie sociale et ses relations avec sa famille et les tiers intervenant dans sa vie. Il permet enfin de s'assurer que le projet pour l'enfant est effectivement mis en œuvre².

2. Les insuffisances du dispositif actuel au regard des besoins de soins des mineurs protégés

Alors que le code de l'action sociale et des familles impose l'évaluation médicale et psychologique du mineur protégé dans le cadre de l'élaboration du projet pour l'enfant, **cette mesure est inégalement appliquée sur le territoire**. Des travaux de recherche financés par le Défenseur des droits et le Fonds CMU-C, intitulés *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin* (mars 2016) ont fait état de cette application disparate :

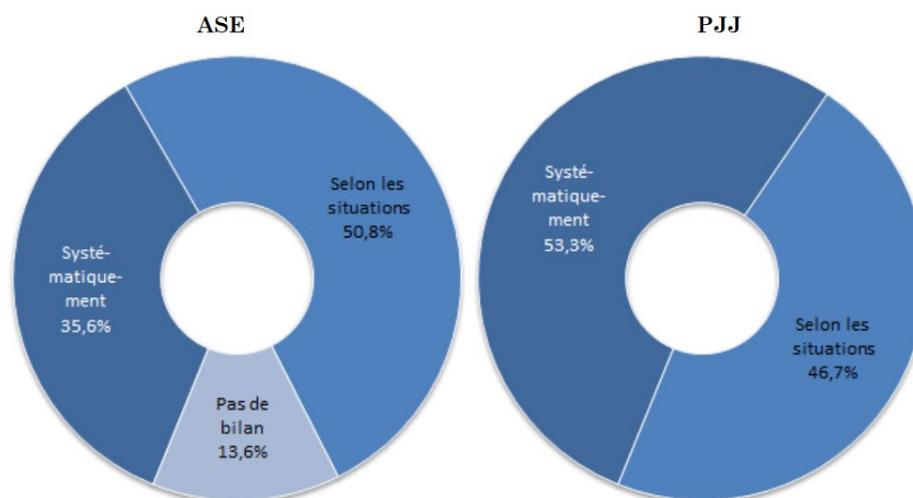
– la réalisation du bilan de santé à l'arrivée du mineur dans le dispositif de protection n'est systématique que dans 35 % des services départementaux de l'ASE et 53 % des directions territoriales de la PJJ ;

– 44 % des services de l'ASE ne font aucun bilan de santé en cours de placement et seuls 28 % en réalisent un systématiquement.

¹ Ou tous les six mois pour les enfants âgés de moins de deux ans.

² Article L. 223-5 du code de l'action sociale et des familles.

Réalisation d'un bilan de santé des enfants lors de leur entrée dans le dispositif



Source : Défenseur des droits et Fonds CMU-C, L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin (mars 2016), page 74

Nos collègues députés Alain Ramadier et Perrine Goulet indiquent dans leur rapport d'information de juillet 2019 consacré à *L'aide sociale à l'enfance*¹ que cette application partielle de l'obligation d'une évaluation médicale et psychologique s'explique essentiellement par des dysfonctionnements dans la prise en charge des mineurs et un manque de moyens pour assurer leur accompagnement. En effet, le rapport fait état d'un manque de temps des éducateurs pour accompagner les enfants chez le médecin, en raison du taux d'encadrement limité des mineurs en particulier dans les foyers. En outre, des dysfonctionnements de l'offre médicale ont été constatés, en particulier des services de la protection maternelle et infantile et de pédopsychiatrie. Enfin, les députés ajoutent que les services de la protection maternelle et infantile (PMI) manquent de moyens et sont accaparés par certaines tâches au détriment des activités de suivi médical. Le rapport émet ainsi une recommandation destinée à renforcer l'accès aux soins des mineurs protégés : « Proposition n° 10 : améliorer la prise en charge médicale des enfants confiés en : généralisant à court terme la prise en charge au forfait des enfants placés auprès des services de l'ASE ; inscrivant le droit à un bilan de santé dès le premier mois de placement au niveau législatif ou réglementaire [...] »².

En outre, **les modalités de l'évaluation médicale et psychologique et sa prise en charge financière ne sont pas unifiées**, ce qui complexifie la procédure et contribue à limiter sa réalisation. Cette évaluation est parfois réalisée sous la forme d'une consultation chez un médecin généraliste ou un

¹ Assemblée nationale, rapport d'information n° 2110 déposé par la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance et présenté par M. Alain RAMADIER, président et Mme Perrine GOULET, rapporteure (3 juillet 2019).

² Rapport précité, page 64.

pédiatre, ou dans le cadre d'un examen de prévention en santé au sein d'un centre d'examen en santé (CES). Dans ces cas, l'évaluation médicale et psychologique est prise en charge par l'assurance maladie. Elle peut aussi être réalisée par les services du conseil départemental, à leur charge, en ayant recours à un médecin de la PMI ou en mobilisant les ressources internes aux établissements de l'ASE, lorsque ceux-ci disposent d'équipes médicales¹.

L'accès à la santé des mineurs protégés est pourtant essentiel, compte tenu des besoins de ce public particulièrement vulnérable. La Haute Autorité de santé (HAS) a eu l'occasion de le préciser lors de la publication, en 2019, des résultats d'une enquête menée entre 2016 et 2018 sur *la bientraitance des enfants et adolescents accueillis dans les établissements de la protection de l'enfance et de la protection de la jeunesse*². Selon ces résultats, la moitié des mineurs accueillis ont dans leur dossier des faits ou des risques de maltraitements. L'impact des situations de violences, de maltraitements et d'isolement relationnel qu'ont subies nombre de mineurs protégés conduit à une surreprésentation des troubles psychologiques et du handicap. En outre, quatre mineurs sur dix ont des troubles de la compréhension et 10 % à 20 % d'entre eux sont sujets à une possible altération physique, sensorielle ou cognitive. La HAS souligne donc « *la nécessité d'un bilan de santé et d'un bilan psychologique* » ainsi que « *la nécessité pour les établissements et les professionnels de santé de renforcer la prise en compte de la santé des enfants et des adolescents faisant l'objet d'une mesure de protection* ».

Afin de préparer une nouvelle stratégie pour la protection de l'enfance, le Gouvernement a engagé une concertation au premier semestre 2019, organisée en groupes de travail. À l'occasion de la restitution de cette concertation nationale sur l'aide sociale à l'enfance, qui s'est tenue en juin 2019, le rapport du groupe de travail n°1 « sécuriser les parcours en protection de l'enfance » a émis des recommandations visant à **renforcer le suivi médical des mineurs protégés**. Il préconise ainsi de « *garantir l'accès des enfants et adolescents protégés à la santé et notamment la réalisation systématique de l'évaluation médicale et psychologique obligatoire au moment de l'entrée dans le dispositif de protection, et son actualisation annuelle.* »

B. Le dispositif proposé vise à renforcer l'évaluation médicale et à prévoir sa prise en charge par l'assurance maladie

Le présent article propose de remplacer l'évaluation médicale et psychologique du mineur, par « *un bilan de santé obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance* » en modifiant l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Il est

¹ Ces précisions ont été apportées à votre rapporteure par les services de la direction générale de la cohésion sociale.

² Haute autorité de santé, Résultats de l'enquête sur les pratiques professionnelles contribuant à la bientraitance des enfants et des adolescents accueillis dans les établissements d'accueil de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, décembre 2018.

ajouté que ce bilan devra permettre « *d'engager un suivi médical régulier et coordonné* » et d'identifier « *les besoins de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant* ». La rédaction proposée précise expressément que **ce bilan sera pris en charge par l'assurance maladie**.

Le dispositif proposé s'inscrit dans le cadre de la **stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022**, présentée par le ministre Adrien Taquet le 14 octobre dernier.

Le deuxième engagement de cette stratégie, qui vise à « *sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures* » fixe notamment comme objectif de « *systématiser le bilan complet de santé des enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soins coordonnés.* »

Pour atteindre cet objectif, deux mesures sont prévues :

- la première consiste en la « mise en place en 2020 **d'une tarification en consultation complexe pour les médecins réalisant le bilan de santé**. Ce bilan a vocation à engager un suivi médical régulier des enfants et adolescents protégés, dans le cadre d'un parcours de soins somatiques et psychiques coordonné ». **Cette mesure prend ainsi appui sur les dispositions proposées par le présent article ;**

- la seconde prévoit « une extension dès 2020 à 10 nouveaux territoires de l'expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 du parcours de soins coordonné ».

L'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés

Le ministère des solidarités et de la santé a lancé à l'été 2019 une expérimentation instituant un parcours de soins coordonné pour les mineurs protégés, dans les départements de Loire-Atlantique, de la Haute-Vienne et des Pyrénées-Atlantiques, pour une durée de quatre ans (2019-2022), prolongeable à cinq ans en fonction des premiers résultats de l'expérimentation. Cette expérimentation est prise sur le fondement de l'article 51 de la LFSS pour 2018 qui permet de conduire des expérimentations visant notamment à « *optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale* ».

L'expérimentation institue ainsi un forfait annuel de prise en charge par enfant protégé, d'un montant de 430 euros, qui permet de financer les mesures suivantes.

1/ Un suivi médical régulier incluant une évaluation médicale et psychologique systématique, annuellement actualisée. Des compléments de rémunération des médecins particulièrement formés à la réalisation de ces évaluations sont prévus pour s'aligner sur la facturation des consultations complexes.

2/ L'accès à une prise en charge somatique et en santé mentale précoce, en prévoyant que le mineur protégé puisse être orienté à la demande de son médecin vers une structure dédiée ou un professionnel libéral formé à la protection de l'enfance.

3/ La mobilisation et la formation de professionnels, en particulier des professionnels de santé pour renforcer le soutien dans la prise en charge des mineurs.

L'objectif est de toucher 100 % des enfants placés et 30 % des enfants protégés sans placement, ce qui représente une population cible de 7 047 mineurs dans les trois départements désignés.

Source : Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés

La modification proposée entend renforcer et clarifier les modalités de recours au bilan de santé. D'une part, selon l'annexe 9 du PLFSS, la rédaction proposée permettra de clarifier la nécessité de conduire un examen de santé complet pour les mineurs protégés, en indiquant explicitement que celui-ci doit être réalisé à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance. La précision indiquant que ce bilan « permet d'engager un suivi médical et régulier » doit en outre permettre de renforcer l'accompagnement médical du mineur protégé, déjà prévu par la loi.

La modification proposée clarifie également la modalité de prise en charge du bilan de santé, en prévoyant explicitement son financement par l'assurance maladie. Le bilan de santé sera ainsi pris en charge par l'assurance maladie quel que soit le praticien qui la réalise, médecin de ville ou médecin des services de la PMI. Cette consultation sera facturable par le médecin en une seule fois pour chaque enfant protégé adressé par le conseil départemental.

En outre, la terminologie retenue de « bilan de santé » et la mention explicite de la prise en charge par l'assurance maladie reflètent le souhait du Gouvernement, comme l'indique l'annexe 9 du PLFSS, de **mettre en place une nouvelle tarification du bilan de santé en tant que consultation complexe**, au regard de la vulnérabilité des enfants protégés et des pathologies qu'ils sont susceptibles de présenter. La ministre des solidarités et de la santé demanderait ainsi à l'UNCAM¹ l'ouverture de négociations pour créer, au plus tard le 1^{er} janvier 2021, une nouvelle consultation complexe à 46 euros pour ce bilan de santé².

¹ Union nationale des caisses d'assurance maladie.

² PLFSS 2020, annexe 9, page 312.

À titre d'exemple, les trois consultations obligatoires du nourrisson donnant lieu à certificat ou la consultation annuelle de suivi de l'enfant autiste sont considérées comme des consultations complexes et facturées à hauteur de 46 euros¹.

L'évaluation préalable annexée au PLFSS estime que 110 000 consultations complexes devraient être réalisées chaque année à compter de 2021. **L'impact sur les finances de la sécurité sociale serait donc nul pour 2020 et représenterait une dépense sur l'ONDAM « soins de ville » à hauteur de 5 millions d'euros par an pour les années 2021, 2022 et 2023.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements.

D'une part, elle a adopté deux amendements identiques du rapporteur général et de M. Isaac-Sibille visant à préciser que **le bilan de santé comporte un volet de prévention.**

D'autre part, elle a adopté trois amendements identiques de Mme Anthoine, Mme Firmin Le Bodo et M. Quatennens indiquant que le bilan de santé « est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse ». Il s'agit d'un amendement de précision, les enfants entrant dans un dispositif de protection de l'enfance, ASE ou protection judiciaire de la jeunesse, étant déjà suivis par un « projet pour l'enfant » dans le cadre duquel se déroulera le bilan de santé.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Alors que les enfants accueillis dans des dispositifs de protection de l'enfance présentent une grande vulnérabilité, il est nécessaire de renforcer leur évaluation et leur suivi médical. Votre rapporteure a eu notamment l'occasion de constater ces vulnérabilités lors des travaux de la mission commune d'information sur les violences sexuelles commises sur les mineurs par des majeurs dans le cadre de leurs fonctions, qu'elle a présidée au premier semestre 2019².

La mesure proposée permet de clarifier le caractère obligatoire du bilan de santé et de prévention et de préciser qu'il doit être réalisé dès l'arrivée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfant et permettre d'engager un suivi médical régulier. **Son financement par l'assurance**

¹ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/516099/document/consultations_complexes_et_tres_complexes_des_medecins_generalistes_et_specialistes_en_medecine_generale-changement_au_10_fevrier_2019.pdf

² Rapport d'information de Mmes Marie MERCIER, Michelle MEUNIER et Dominique VÉRIEN, fait au nom de la MCI Répression des infractions sexuelles sur mineurs, n° 529 (2018-2019), « Violences sexuelles sur mineurs en institutions : pouvoir confier ses enfants en toute sécurité ».

maladie, quel que soit le professionnel qui réalise ce bilan, est de nature à augmenter sa réalisation sans faire peser de charges supplémentaires sur les conseils départementaux. Sa classification en consultation complexe incitera en outre les médecins à assurer un bilan plus complet des mineurs concernés.

Néanmoins, **cette mesure ne lèvera pas toutes les difficultés expliquant le faible recours actuel à l'évaluation médicale et psychologique prévue par la loi**. Elle doit donc s'inscrire dans une évolution profonde des moyens et du suivi des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. Votre rapporteure sera donc attentive à la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, qui a pour objectif d'améliorer l'accompagnement des enfants protégés et de sécuriser leur parcours.

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

Article 35 bis (nouveau)

**Protocole de coopération nationale pour améliorer
la protection maternelle et infantile**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, permet de mettre en place un protocole de coopération nationale entre médecins et infirmiers puériculteurs de la protection maternelle et infantile pour renforcer les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans.

I - Le dispositif proposé

1. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé

Aux termes de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans **une démarche de coopération** pour mieux répondre aux besoins des patients. **Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.**

Institués par la loi « HPST » du 21 juillet 2009¹, ces protocoles font l'objet d'un nouveau cadre juridique depuis la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé². Ils sont rédigés

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

par les professionnels de santé et encadrés par des exigences de qualité et de sécurité définies par décret pris après avis de la Haute autorité de santé (HAS).¹ Les procédures applicables à ces protocoles varient selon qu'ils sont conclus à l'échelle nationale ou, de manière expérimentale, à l'échelle locale.

Concernant les **protocoles nationaux**, qui font l'objet de la mesure proposée par le présent article, leur liste est proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles. Ce comité, composé de représentants de l'assurance maladie, de la HAS, des ministères concernés et des ARS, apporte un appui aux professionnels dans l'élaboration du protocole, émet un avis sur son financement et en assure le suivi et l'évaluation afin de se prononcer sur son éventuelle pérennisation.

Des dérogations au droit commun sont autorisées pour le financement de ces protocoles lorsque leur mise en œuvre le nécessite. Dans ce cas, un collège des financeurs émet un avis sur l'opportunité d'un tel financement dérogatoire.

Un arrêté ministériel pris après avis de la HAS est nécessaire pour autoriser la mise en œuvre du protocole au niveau national. Les professionnels peuvent ensuite adhérer au protocole par le biais d'une déclaration à l'ARS dont ils relèvent.

2. Permettre la conclusion d'un protocole entre professionnels de la PMI pour améliorer les bilans de santé des jeunes enfants

À l'occasion de l'examen des dispositions relatives aux protocoles de coopération figurant dans la loi « santé », les services du ministère des solidarités et de la santé avaient indiqué au rapporteur Alain Milon que de nouveaux protocoles nationaux étaient envisagés, notamment pour la réalisation des bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans par les services départementaux de la PMI par un infirmier puériculteur en coopération avec un médecin².

Le présent article modifie l'article L. 4011-3 du code de la santé publique relatif aux protocoles nationaux.

- Le 2° complète les dérogations prévues pour le financement de ces protocoles, afin d'y ajouter **les règles de remboursement par l'assurance maladie des examens médicaux obligatoires de la femme enceinte, du futur père et des enfants de moins de dix-huit ans lorsqu'ils sont pratiqués dans une consultation du service de la PMI.** Le financement dérogatoire pourra concerner les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

¹ Art. L. 4011-2 du code de la santé publique.

² Sénat, Rapport n° 524 (2018-2019) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 mai 2019, sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, p. 271.

Selon l'exposé des motifs et les informations communiquées à votre rapporteure par le ministère des solidarités et de la santé, le protocole envisagé par le Gouvernement portera sur **la coopération entre infirmiers puériculteurs et médecins employés par les services de PMI, pour la réalisation d'examens dans le cadre des bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans**. Les financements dérogatoires permis par la conclusion du protocole concerneront les actes que les infirmiers puériculteurs réaliseront par délégation. Ils pourront ainsi être pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que s'ils avaient été réalisés par un médecin, alors que l'intervention des infirmiers puériculteurs de la PMI dans le cadre de ces examens reste aujourd'hui à la charge des conseils départementaux.

La visite médicale des enfants âgés de 3 à 4 ans fait partie des vingt examens obligatoires chez l'enfant de moins de dix-huit ans¹. Ces vingt examens portent sur la surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant, de son développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental, le dépistage des troubles sensoriels, la pratique ou la vérification des vaccinations et la promotion des comportements et environnements favorables à la santé. Parmi ces examens, ceux réalisés avant les six ans de l'enfant peuvent être faits par **un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile**. Dans ce cas, ils sont remboursés par l'assurance maladie au conseil départemental.

L'article 13 de la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance² a précisé que **cette visite médicale devrait être effectuée à l'école maternelle et réalisée de préférence par les services de la PMI**. Elle s'inscrit dans le cadre de l'abaissement de l'âge de la scolarisation obligatoire à 3 ans institué par cette loi. Aux termes de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, dans sa version à venir au 1^{er} septembre 2020, « *une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Cette visite permet notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, staturo-pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. Elle est effectuée par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile [...]. Lorsque le service départemental de protection maternelle et infantile n'est pas en mesure de la réaliser, la visite est effectuée par les professionnels de santé de l'éducation nationale.* » Les parents pourront toujours faire réaliser cette visite chez le médecin traitant de l'enfant et fournir un certificat pour dispenser leur enfant de la visite réalisée à l'école maternelle.

• Les 1^o, 3^o, 4^o et 5^o du présent article procèdent à des coordinations pour tirer les conséquences de la modification proposée.

¹ Art. L. 2132-2 et R. 2132-1 du code de la santé publique.

² Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

II - La position de la commission

Votre commission a eu l'occasion d'apprécier l'intérêt des protocoles de coopération interprofessionnelle à plusieurs reprises. Dans leur rapport consacré à l'évaluation de ces protocoles de coopération en 2014, nos collègues Alain Milon et Catherine Génisson avaient considéré qu'ils constituaient un mode d'organisation intéressant, malgré la complexité de leur mise en œuvre¹.

A l'occasion de l'examen de la loi « santé » au premier semestre 2019, votre commission avait en outre accueilli favorablement les dispositions visant à réviser le cadre juridique des protocoles de coopération.

Votre rapporteure est donc favorable à la mesure proposée qui permettra aux professionnels de santé, au sein des services de la PMI, de mieux répartir leurs tâches et d'assurer leur remboursement par l'assurance maladie lors de la réalisation des visites médicales pour les enfants de 3 à 4 ans, essentielles pour la prévention et la santé dès le plus jeune âge.

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

Article 36

Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins

Objet : Cet article complète ou ajuste les mesures incitatives à l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-dotées, notamment en introduisant, à titre provisoire, une exonération de cotisations sociales pour les praticiens s'installant dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme et en réunissant en un seul contrat les quatre dispositifs actuels d'aide à l'installation des jeunes praticiens (contrats PTMG, PTMA, PTMR et PIAS).

I - Le dispositif proposé

A. La création, à titre expérimental, d'une incitation financière à l'installation rapide des jeunes médecins dans les zones sous-denses

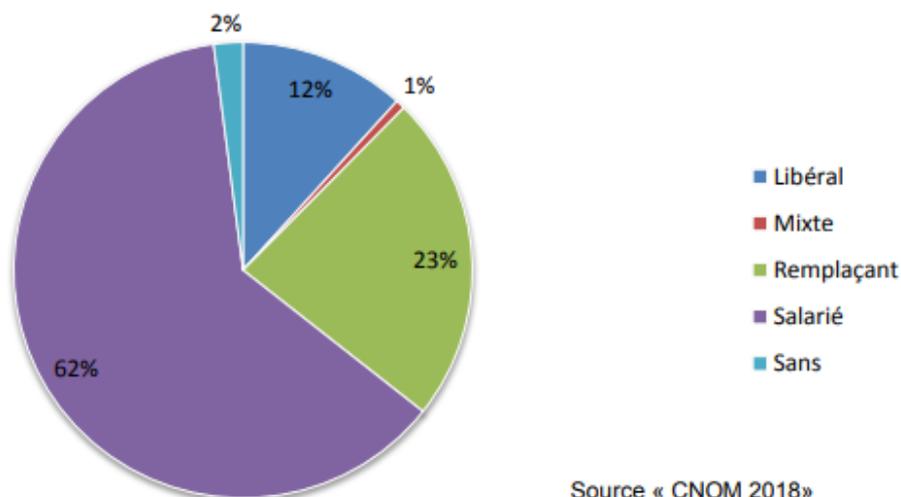
• Le 1° du I insère au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-5-19 qui crée une nouvelle **aide en faveur de l'installation des jeunes médecins dans des zones sous-dotées, dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme.**

Cette mesure incitative vise à remédier au **décalage constaté entre les aspirations à l'installation en libéral et la réalité des choix des jeunes praticiens**, mis en évidence par une récente enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'installation des jeunes médecins : si 75 % des

¹ Coopération entre professionnels de santé, *rapport d'information de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 318 (2013-2014), 28 janvier 2014.*

internes envisagent ce mode d'exercice, dans les faits seuls 12 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 exercent en libéral quand 62 % sont salariés (cf. graphe ci-après) ; le nombre de primo-inscrits installés à cinq ans atteint 35 %.

Mode d'exercice des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins



Source : Atlas de la démographie médicale 2018, Cnom, 17 avril 2019

- L'aide instaurée équivaut à la **prise en charge de l'ensemble des cotisations sociales** (maladie, vieillesse, famille, invalidité-décès) au titre des revenus tirés des honoraires conventionnels (dans la limite de 80 000 euros¹) **pendant les 24 premiers mois d'activité**, au-delà de la participation de l'assurance maladie déjà prévue par la convention médicale.

Elle est réservée aux médecins exerçant en secteur 1 ou dans un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires (Optam²), dans des **territoires qui seront définis par arrêté**.

L'aide sera attribuée automatiquement sans démarche particulière et sera déduite des cotisations dues lors de la déclaration de revenus. En effet, d'après le III de l'article L. 162-5-19 ainsi créé, **l'aide sera versée par les caisses d'assurance maladie aux Urssaf³ et caisses générales de sécurité sociale et viendra en déduction du montant des cotisations appelées**. Pour les médecins en contrat Optam, l'aide sera plafonnée au niveau de celle versée aux praticiens en secteur 1 pour ne pas les favoriser dès lors que la prise en charge de droit commun est aujourd'hui plus faible.

¹ D'après les indications de la direction de la sécurité sociale, le revenu moyen d'un médecin libéral est de 85 000 euros en secteur 1 dont 78 000 euros pour les généralistes en moyenne. Le plafond de l'aide a été fixé sur la base d'un revenu un peu plus bas, en ce qu'elle concerne les débuts de carrière.

² Contrat « option de pratique tarifaire maîtrisée ».

³ Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie représente en 2018, pour les médecins en secteur 1, une aide moyenne de **16 119 euros** par praticien, et une dépense totale de **1,33 milliard d'euros** pour près de 83 000 médecins concernés.

D'après l'étude d'impact, le montant de l'aide complémentaire instaurée par cet article représenterait environ 42 000 euros sur deux ans, soit 15 000 euros supplémentaires par rapport aux prises en charge de cotisations actuelles par l'assurance maladie.

Elle pourra se cumuler avec le dispositif prévu par la convention médicale de 2016 en faveur de l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-denses, en l'occurrence le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) qui offre une aide forfaitaire (jusqu'à 50 000 euros) pour les médecins s'installant dans une zone sous-dotée, à condition d'y exercer pendant cinq ans. 963 CAIM ont été signés au 10 septembre 2019.

- L'étude d'impact évalue le **coût** de la mesure à 4 millions d'euros par an en 2020 et **8 millions d'euros par an à compter de 2021**, en prenant l'hypothèse de 500 bénéficiaires, soit une cible de 50 % des médecins s'installant en zone d'intervention prioritaire dans un délai de trois ans suivant leur diplôme (contre un tiers aujourd'hui).

- Le **III** rend ces dispositions **applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022**, tout en prévoyant leur **pérennisation possible après une évaluation** de leur impact pour les zones sous-dotées présentée au Parlement, au plus tard six mois avant cette date.

B. Des adaptations du régime des cotisations sociales des praticiens destinées à lisser des effets de seuils

1. Concernant le régime simplifié ouvert par la LFSS pour 2019 aux médecins effectuant des remplacements en libéral à titre accessoire

- L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un **régime simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales pour les médecins salariés ou les étudiants « non thésés » effectuant, à titre accessoire, une activité de remplacement en libéral**, sous réserve que la rémunération issue de cette activité soit inférieure à un certain seuil fixé par décret, qui sera de 19 000 euros.

Cette mesure doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Elle vise à remédier au caractère dissuasif du régime actuel pour des praticiens aujourd'hui tenus de s'affilier au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) dont relèvent les professionnels libéraux.

- Le **2° du I** complète l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale, issu de la LFSS pour 2019, afin de prévoir la possibilité de continuer à bénéficier du régime simplifié en cas de dépassement du seuil de revenus, en acquittant des cotisations et contributions complémentaires.

Alors que le régime simplifié prévoit l'application d'un taux global pour les revenus inférieur au seuil, le taux des cotisations complémentaires serait égal à celui qui aurait été acquitté dans le régime de droit commun, afin d'assurer une égalité de traitement entre praticiens.

2. Concernant la cotisation forfaitaire de retraite complémentaire

- En application de l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale, le financement des régimes de prestations complémentaires de vieillesse (PCV) propres aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et auxiliaires médicaux ainsi qu'aux directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins, est assuré par une **cotisation forfaitaire annuelle obligatoire**, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Pour les médecins, cette cotisation est de **5 073 euros**, prise en charge aux deux tiers par l'assurance maladie pour ceux en secteur 1.

- Le **3° du I** insère au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 645-2-1 qui ouvre des dérogations au versement de cette cotisation forfaitaire, dont le montant peut s'avérer lourd pour des médecins percevant de faibles revenus :

- d'une part, une cotisation proportionnelle aux revenus issus de l'activité de remplacement s'appliquerait par défaut aux praticiens relevant du régime simplifié ouvert par la LFSS pour 2019 et ajusté par cet article pour lisser les effets de seuil (*cf.* ci-dessus) ;

- d'autre part, les médecins conventionnés ne relevant pas de ce régime simplifié pourront **opter pour une cotisation proportionnelle à leurs revenus**. D'après l'étude d'impact, son taux pourrait être de 9 %, plafonné à 5 073 euros, ou de 3 %, plafonné à 1 691 euros après prise en charge par l'assurance maladie pour ceux en secteur 1.

C. La fusion des contrats d'aide à l'installation des jeunes praticiens

1. Une superposition de dispositifs souffrant d'un déficit de lisibilité et d'attractivité

- Depuis sept ans, trois lois de financement de la sécurité sociale ont institué des dispositifs contractuels entre les agences régionales de santé (ARS) et les praticiens visant à favoriser l'installation des médecins libéraux dans les zones sous-dotées, principalement en leur offrant une garantie de revenu sécurisant leur début d'activité.

Quatre types de contrat se superposent aujourd'hui, dont les modalités sont retracées dans le tableau ci-après.

Les aides contractuelles en faveur de l'installation des jeunes médecins

Contrat	Base juridique	Public éligible	Engagements et durée	Avantages proposés	Nombre de bénéficiaires
PTMG (<i>praticien territorial de médecine générale</i>)	Art. L. 1435-4-2 code de la santé publique (LFSS 2013)	Médecins généralistes conventionnés souhaitant s'installer ou installés depuis moins d'un an en cabinet libéral ou en tant que collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer une activité libérale en zone sous-dense supérieure à un seuil annuel (sur la base d'au moins 165 consultations par mois) - Engagements personnalisés (PDSA, actions d'amélioration des pratiques, de dépistage et prévention, coopération, etc.) - Contrat d'un an renouvelable une fois - Maintenir une activité médicale libérale dans une zone sous-dotée supérieure à un seuil annuel (au moins 165 consultations par mois) - Respecter les tarifs opposables ou limiter les dépassements (Optam ou Optam-co) - Se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour maternité ou paternité - Contrat de 36 mois renouvelable une fois 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantie de revenu : complément de rémunération si l'activité ne permet pas d'atteindre 6 900 euros bruts mensuels (référence temps plein) - Protection sociale étendue : complément de rémunération en cas de congé de maladie supérieur à 7 jours (1 552,50 euros bruts par mois dans la limite de 3 mois) ou de congé de maternité (3 105 euros bruts par mois en plus des revenus de remplacement) - Protection sociale étendue : complément de rémunération en cas de congé de maternité (3 105 euros bruts par mois), de congé de paternité (1 138 euros bruts) et de congé de maladie supérieur à 7 jours (1 552,50 euros bruts par mois dans la limite de 3 mois) 	<p>Environ 200 contrats signés par an (8 % des installations dans les zones visées)</p> <p>71 signataires dont 69 généralistes</p>
PTMA (<i>praticien territorial de médecine ambulatoire</i>)	Art. L. 1435-4-3 code de la santé publique (LFSS 2015)	Médecins conventionnés toutes spécialités	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer une activité libérale de remplaçant en zone sous-dense, d'au moins 5 000 consultations par an pour un temps plein - Contrat d'un an renouvelable dans la limite de 6 ans pour les étudiants et de 3 ans pour les médecins non installés 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantie de revenu : complément de rémunération forfaitaire pour couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats (4 600 euros pour un temps plein) - Protection sociale étendue : indemnité supplémentaire pour les périodes de congés de maternité, les congés de paternité et les congés de maladie de plus de 7 jours (même base que contrats PTMG et PTMA) - Service d'appui à la gestion des remplacements par l'ARS 	<p>Vingtaine de signataires</p>
PIAS (<i>praticien isolé à activité saisonnière</i>)	Art. L. 1435-4-4 code de la santé publique (LFSS 2015)	Médecins généralistes conventionnés exerçant en zone isolée (à plus de 30 min d'un service d'urgence et densité inférieure à 100 hab/km ²) avec activité saisonnière	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des tarifs opposables - Engagements individualisés (PDSA, actions pour favoriser l'accès aux soins et la prévention, etc.) - Contrat de 3 ans minimum, renouvelable une fois 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'activité à hauteur de 5 % des revenus des activités de soins, plafonnée à 4 600 euros - Aide forfaitaire à l'investissement, à hauteur de 2 300 euros maximum 	<p>Moins de 10</p>

Source : commission des affaires sociales, à partir du rapport du Dr Sophie Au gros sur l'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins (septembre 2019) et de l'étude d'impact du PLFSS.

Dans un rapport d'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins remis en septembre 2019, le Docteur Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, a relevé la **faible attractivité** de ces contrats.

• **S'agissant du PTMG, 1 208 contrats ont été signés entre septembre 2013 et mai 2019, soit un rythme d'environ 200 par an.**

L'entrée dans le droit commun conventionnel, depuis le 29 octobre 2017, de l'**avantage supplémentaire maternité (ASM)¹** a **réduit l'attractivité des aides proposées à ce titre** puisqu'aucun cumul de ces avantages n'est possible.

L'avantage principal réside dans la **garantie de revenu** : d'après une étude auprès des ARS conduite par le Dr Augros, celle-ci est **mobilisée au moins une fois dans 85 % des cas**, sur l'ensemble de la durée du contrat PTMG (soit deux ans), tandis que la garantie maternité a été mobilisée pour 20 % des contrats et la garantie maladie pour 7 %.

L'effet est d'abord rassurant surtout la première année, alors que l'enquête du Cnom précitée révèle que pour 59 % des internes et 43 % des remplaçants le risque économique est perçu comme un frein à l'installation. La garantie permet en outre de limiter la perte de revenus pendant les périodes de congés : comme le note le Dr Augros, si ce constat peut apparaître comme un effet d'aubaine, *« il peut également s'avérer vertueux, en accompagnant la transition des jeunes médecins entre le modèle salarié qu'ils ont connu pendant leur internat - associé à des congés payés - et un modèle libéral au sein duquel toute interruption de travail est synonyme de perte de chiffre d'affaires »*.

Tout en partageant ce constat, nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, dans un bilan présenté au nom de la Mecss sur les mesures incitatives en faveur de l'accès aux soins dans les zones sous-dotées, notaient que dans les zones en tension ciblées par ces contrats, *« ce n'est pas tant le manque d'activité qui pose question que parfois son trop-plein »*.²

• **Les autres contrats n'ont pas trouvé leur public.**

Depuis fin 2015, seuls 71 contrats PTMA ont été signés, dont seulement deux par des spécialistes alors qu'il leur était adressé en priorité ; les trois quarts des signataires (57) n'ont bénéficié d'aucun avantage.

¹ L'ASM, prévu par l'avenant 3 à la convention médicale, permet aux médecins exerçant une activité en libéral de bénéficier d'un revenu, complémentaire au forfait et indemnités journalières, pour payer les charges du cabinet lors d'un congé maternité ou paternité. Son montant (pour le congé de maternité) est de 3 100 euros bruts mensuels pour un médecin en secteur 1 à temps plein.

² « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », rapport d'information n° 686 (2016-2017) de Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 26 juillet 2017.

Quant au PTMR, il n'a rencontré que 19 signataires entre mai 2017 et mai 2019, principalement des internes n'ayant pas soutenu leur thèse : alors qu'il « répond à un besoin réel pour favoriser le remplacement en zone fragile »¹, ce contrat s'est révélé « mal calibré et complexe d'utilisation » selon le Dr Augros : la rémunération complémentaire n'a quasiment jamais été mobilisée en pratique, le seuil d'activité étant jugé très difficile à atteindre ; le principe d'un versement annuel est mal adapté en outre aux contraintes de trésorerie des signataires. Seul l'avantage maternité perdure, les médecins remplaçants ne bénéficiant pas de l'ASM.

Le rapport du Dr Augros relève enfin 9 bénéficiaires du contrat PIAS, en pratique ciblé sur les zones de montagne avec une activité saisonnière, avec des critères « trop restrictifs et peu adaptés ».

D'après les données transmises à votre rapporteur par la DGOS, le montant cumulé des aides versées au titre de ces trois derniers contrats est d'environ 175 000 euros (données de mai 2019) :

- 124 885 euros au titre du PTMA, dont 87% de garantie maternité ;
- 20 930 euros au titre du PTMR ;
- 28 235 euros au titre du PIAS dont 52% d'aide à l'investissement.

2. Le contrat unique proposé

• Suivant une recommandation du rapport du Dr Augros précité, constatant que l'« éparpillement constitue probablement une source importante de non recours », le II propose une nouvelle rédaction de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique afin de substituer aux quatre contrats existants conclus avec les agences régionales de santé un **contrat unique, le « contrat de début d'exercice »**.

Ce contrat présente les caractéristiques suivantes :

<i>Publics éligibles</i>	- Interne ou non thésé autorisé à exercer comme remplaçant - Médecin exerçant une activité libérale (toutes spécialités) installés depuis moins d'un an dans une zone sous-dense
<i>Engagements</i>	- Exercer ou assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'ARS et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée ou dans une zone limitrophe de ceux-ci (les modalités de définition de ces zones limitrophes seront fixées par décret) - Respecter les tarifs opposables ou adhérer à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires (Optam) - S'inscrire dans les deux ans suivant la signature du contrat dans un exercice coordonné (équipe de soins primaires ou spécialisés, CPTS, maison ou centre de santé)
<i>Avantages proposés</i>	- Rémunération complémentaire - Accompagnement à l'installation (formation accompagnement à la création et à la gestion d'un cabinet médical)

¹ Si 23 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre exercent comme remplaçant, ils sont très concentrés dans les départements urbains.

Le dispositif est recentré sur le soutien aux primo-installations et aux remplacements, plutôt qu'au maintien dans les territoires fragiles à l'instar du PTMA.

La définition des **territoires éligibles** est confiée aux ARS mais ne renvoie pas aux zonages établis par ces agences en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. En effet, la DGOS a indiqué à votre rapporteur que les seuls zonages établis à ce jour concernent la spécialité de médecine générale. Si la loi « santé » de juillet 2019 a prévu l'établissement d'un zonage pour d'autres spécialités, ce travail est en cours mais n'aboutira qu'à moyen terme. La rédaction proposée vise donc à permettre aux ARS de déroger ponctuellement au zonage généraliste¹ pour des médecins d'autres spécialités souhaitant s'installer hors de ces zones prioritaires, sur la base d'indicateurs tels que la densité médicale dans la spécialité concernée.

D'après l'étude d'impact, la **garantie de revenu serait ciblée sur le complément de rémunération et l'avantage maladie**, sauf pour les remplaçants non éligibles à l'avantage conventionnel maternité et paternité. Elle prendrait la même forme que le mécanisme de garantie de revenu prévu aujourd'hui par le contrat PTMG.

La DGOS a indiqué à votre rapporteur que **la garantie de revenu pourrait être versée la première année du contrat** seulement, mais que d'autres compléments (l'avantage maladie par exemple) pourraient l'être sur l'ensemble de la durée du contrat, qui n'est pas encore arrêtée, de manière à assurer une sortie progressive.

En outre, la garantie de revenu pourrait être **différentielle afin de tenir compte de certains profils de signataires**. Suivant les préconisations formulées par le Dr Augros, le plafond pourrait être ainsi plus élevé pour des spécialités comportant une part importante d'actes techniques, ou bien pour compenser les charges structurellement plus élevées des médecins exerçant dans des zones à fort afflux saisonnier. La garantie pourrait être appréciée de manière annualisée pour les remplaçants, afin de tenir compte du caractère irrégulier de leur activité, comme pour les médecins exerçant dans les zones à fort afflux saisonnier. Des paramètres seraient en outre assouplis pour mieux s'adapter à l'exercice mixte ou à temps partiel.

Des adaptations pourraient en outre concerner les outre-mer, selon des modalités renvoyées à un décret. Selon les indications transmises par la DGOS, il s'agit notamment d'adapter le mode de calcul de la garantie de revenu à la majoration des tarifs conventionnels dans les outre-mer.

¹ Or, le dernier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique précise que « Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent. »

En outre, pour l'accompagnement à l'installation (aide à la création et à la gestion du cabinet médical), les ARS pourraient recruter des prestataires spécialisés ou confier cette responsabilité à leurs partenaires avec un financement dédié.

- Le **IV** fixe l'**entrée en vigueur** de ce nouveau contrat de début d'exercice à celle d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État en fixant les modalités d'application et **au plus tard le 1^{er} avril 2020**. Les contrats en cours à cette date se poursuivront selon les modalités qui leur sont applicables.

- L'étude d'impact évalue la montée en charge de ce nouveau contrat à **300 nouveaux signataires la première année 2020 et 350 nouveaux signataires par an à compter de 2021**, correspondant à 9 % des praticiens éligibles. Ce flux serait légèrement supérieur à celui constaté pour le recours au contrat PTMG (environ 200 par an). Le coût pourrait être sur la base de ces hypothèses de 1,5 million d'euros en 2020 et **1,75 million d'euros** en 2021, soit **5 000 euros par bénéficiaire**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre des modifications rédactionnelles ou coordinations, des amendements visant à :

- **clarifier les zones d'installation où s'appliquera l'aide complémentaire à la prise en charge des cotisations sociales créée en faveur des jeunes médecins** : plutôt que de renvoyer à un arrêté ministériel la définition des territoires concernés, un **amendement du Gouvernement** a visé plus spécifiquement les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, c'est-à-dire les zonages établis par les ARS. Comme l'indique l'exposé sommaire, *« cette aide, au même titre que les aides conventionnelles, a bien vocation à s'appliquer dans les zones d'intervention prioritaire¹ telles que définies par chaque ARS »* ;

- préciser que les caisses d'assurance vieillesse des médecins, au même titre que les Urssaf, peuvent également percevoir, de la part des caisses d'assurance maladie, les aides dues au titre de la prise en charge des cotisations vieillesse (amendement du rapporteur général adopté avec l'avis favorable du Gouvernement) ;

¹ Deux catégories de zones sous-dotées sont distinguées par l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique : les zones d'intervention prioritaire (ZIP) représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS ou de l'assurance maladie ; les zones d'action complémentaire sont des territoires où des moyens peuvent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.

- prévoir la **suspension du bénéfice de l'aide à la prise en charge des cotisations sociales pour les médecins cessant d'exercer dans les territoires visés**, sauf modification de leur périmètre, afin de « *limiter les éventuels effets d'aubaine* » (amendement du rapporteur général adopté avec l'avis favorable du Gouvernement) ;

- **ne pas autoriser le renouvellement du contrat de début d'exercice** instauré par cet article. Cet amendement présenté par Joël Aviragnet et des membres du groupe socialistes et apparentés a reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement, lequel a précisé en séance publique, par la voix de Christelle Dubos, secrétaire d'État, que si la sécurisation apportée par ce type de contrat « *est précieuse pour des jeunes professionnels qui viennent sauter le pas de l'installation libérale [...] elle est moins déterminante pour un médecin installé depuis plusieurs années sur un territoire, même fragile, et peut dans ce cas présenter le caractère d'un effet d'aubaine.* »¹

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

• **La mesure d'exonération des cotisations sociales proposée par le Gouvernement fait écho à un amendement voté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé², à l'initiative de son rapporteur Alain Milon.**

Cette disposition n'a pas été retenue dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire, compte tenu de l'engagement pris par la ministre des solidarités et de la santé en séance publique au Sénat de travailler le sujet d'ici le prochain PLFSS.

La commission est donc, sur le principe, favorable à une mesure dont elle avait préconisé la création. Le dispositif proposé par le Gouvernement présente en effet de fortes similitudes avec celui adopté par le Sénat, quoique sa portée soit plus restreinte :

- d'une part, il s'agit d'un **dispositif créé à titre temporaire** et non de façon pérenne. Sa reconduction sera soumise à évaluation ;

- d'autre part, s'il concerne de même les praticiens s'installant dans les trois ans suivant leur diplôme, la durée de prise en charge des cotisations n'est que de deux ans contre cinq ans dans le texte du Sénat, lequel envisageait un barème dégressif avec le délai d'installation. Par voie de conséquence, **la durée de l'engagement à exercer dans la zone considérée est également réduite de cinq à deux ans³.**

¹ *Compte rendu intégral de la séance du 25 octobre 2019.*

² *Article 4 bis dans le texte adopté par le Sénat en première lecture le 11 juin 2019.*

³ *L'article 4 bis prévoyait initialement, dans sa version adoptée par la commission des affaires sociales, une application à l'ensemble du territoire. Un amendement adopté en séance publique a exclu du bénéfice de ces dispositions les installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, déterminées par les agences régionales de santé.*

Cette mesure étant présentée sous la forme d'une aide et non d'une exonération de cotisations, les règles de recevabilité financière des amendements ne permettent pas à votre rapporteur de prolonger la durée de cet engagement et du versement de l'aide, même par le biais d'une sortie dégressive, qui aurait été souhaitable pour éviter les comportements opportunistes et surtout ancrer les praticiens dans les territoires.

• **En dépit de ces limites, votre rapporteur partage la logique incitative portée par cet article**, y compris par la simplification, dans un objectif de meilleure lisibilité, des contrats de début d'exercice. Ces mesures reçoivent l'approbation globale des représentants des médecins interrogés : elles forment un pas de plus pour inciter les médecins à s'installer rapidement, et en particulier dans les territoires sous-dotés.

Bien entendu, comme l'avaient relevé Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny dans le rapport précité, les aides financières ne sont pas une **solution en soi suffisante pour remédier au problème d'accès aux soins dans certaines zones** du territoire qui cumulent par ailleurs différentes difficultés. D'après l'enquête du Cnom précitée, les aides financières à l'installation seraient ainsi déterminantes dans les choix de moins de 50 % des internes ou remplaçants interrogés ; d'autres facteurs seraient plus influents, comme l'attractivité générale du territoire ou la présence d'une offre de santé ou la proximité d'un hôpital afin de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels. Nos collègues notaient toutefois que ces aides financières « *compensent légitimement l'effort fourni par les professionnels de santé décidant de s'installer dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante* » et que « *sans apparaître comme un levier déterminant des choix d'installation, elles peuvent aider certains jeunes praticiens à franchir le cap de l'installation en exercice libéral, en sécurisant le début de carrière en cabinet.* »¹

• **À l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté, outre un amendement rédactionnel (n° 150), deux ajustements au texte proposé :**

- d'une part, afin de préciser que les territoires éligibles au contrat de début d'exercice seraient définis par l'ARS « **après concertation avec les représentants des professionnels concernés** » (**amendement n° 152**), comme le précise déjà l'article L. 1434-4 du code de la santé publique sur les « zonages ARS » auquel le texte ne se limite pas ;

- d'autre part, pour laisser plus de souplesse au dispositif en **supprimant la condition d'exercice coordonné** pour en bénéficier (**amendement n° 153**) : les jeunes praticiens susceptibles de solliciter un contrat de début d'exercice sont attachés à l'inscription dans un exercice coordonné quelle qu'en soit la forme. Il n'est pas nécessaire de l'encadrer trop strictement, pour tenir compte également des conditions d'exercice des remplaçants.

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

¹ Cf. rapport précité.

Article 37

**Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes
les plus éloignées des maternités**

Objet : Cet article prévoit la création d'une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé et la prise en charge de frais de transports pour les femmes enceintes résidant loin d'une maternité.

I - Le dispositif proposé

• Création d'une prestation d'hébergement non médicalisé pour les femmes enceintes éloignées d'une maternité

Le I du présent article propose de créer un nouvel article L. 6111-1-4 du code de la santé publique instituant pour les femmes enceintes « *une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.* »

Ce dispositif s'inscrit dans un contexte de réduction du nombre de maternités sur le territoire, qui étaient au nombre de 517 en 2016 : entre 1996 et 2016, le nombre de maternités a diminué de 39 %, avec une réduction du nombre de maternités de taille intermédiaire (1 000 à 1 500 accouchements par an), une augmentation des grandes maternités (plus de 3 500 accouchements) et une stabilisation des petites maternités (moins de 500 accouchements)¹. Si le développement des grandes maternités permet de renforcer la sécurité des accouchements, en raison d'équipes médicales plus étoffées et de la présence de services spécialisés notamment en néonatalogie, il contribue à la **concentration de l'offre sur le territoire**. Le temps d'accès moyen à une maternité est toutefois resté stable entre 2001 et 2010, s'élevant à 17 minutes. D'importantes disparités territoriales sont néanmoins constatées : dans huit départements, plus de la moitié des femmes accouchent à une demi-heure ou plus de leur domicile, ce qui ne représente que 1,5 % des accouchements².

Ces situations génèrent des inquiétudes pour les femmes enceintes à mesure que l'offre de maternités sur le territoire évolue et parce qu'un délai d'accès à une maternité supérieur à 45 minutes peut présenter des risques. Par conséquent, le Gouvernement a souhaité développer de nouveaux services d'accompagnement des femmes enceintes dans le cadre d'un « engagement maternité ».

La prestation créée par le présent article sera **assurée par les établissements de santé publics et privés autorisés à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique.**

¹ Drees, Les maternités en 2016, octobre 2017.

² Drees, Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures, octobre 2012.

Les modalités d'attribution de cette prestation seront précisées par décret en Conseil d'État. Celui-ci fixera également les conditions d'accès à la prestation et la période au cours de laquelle elle pourra être proposée aux femmes enceintes. Il définira en outre les conditions dans lesquelles les établissements de santé pourront déléguer la prestation d'hébergement à un tiers par voie de convention.

Les femmes enceintes concernées seraient celles qui résident à plus de **45 minutes** d'une maternité. Il est envisagé une durée d'hébergement d'environ 5 jours avant le terme prévu de la grossesse, dans la mesure où 75 % des femmes accouchent après le 275^{ème} jour de grossesse¹.

En outre, **ce dispositif contribue au développement d'une offre hospitalière centrée sur les soins, en dissociant la prestation d'hébergement des actes médicaux.** Il répond à une logique identique à celle qui a conduit aux recours aux « hôtels hospitaliers ». L'article 53 de la LFSS pour 2015² a ouvert une expérimentation nationale visant à développer les hôtels hospitaliers, en permettant aux patients dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire d'être hébergés une ou plusieurs nuits dans un hôtel à proximité ou dans l'enceinte de l'hôpital. Il renforce ainsi l'accessibilité des actes en ambulatoire. Dans ce cadre, une enquête menée par l'ARS Ile-de-France auprès de différents services hospitaliers, a établi que 25 % à 30 % des patients pourraient être orientés vers un hôtel hospitalier³, montrant ainsi l'intérêt du développement de tels services. Le dispositif proposé va en outre plus loin que celui des hôtels hospitaliers car la prestation d'hébergement sera prise en charge par l'assurance maladie, contrairement à celle prévue dans l'expérimentation.

- **Prise en charge des frais de transports entre le domicile et l'établissement par l'assurance maladie**

Le **II** du présent article modifie l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, qui fixe la liste des frais couverts par l'assurance maladie au titre des risques et des conséquences de la maternité afin d'y ajouter **la prise en charge des frais de transports de la femme enceinte entre son domicile et l'établissement**, pour des motifs de sécurité et de qualité des soins. Les conditions de cette prise en charge seront également précisées par un décret en Conseil d'État.

Le **III** modifie l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte afin de **rendre applicable à Mayotte la prise en charge des frais de transports** de la femme enceinte dans les mêmes conditions que dans les autres départements.

¹ PLFSS, annexe 9, p. 331-332.

² Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hotels-hospitaliers-lars-accompagne-les-experimentations-franciliennes>

- Le chiffrage de la mesure figurant à l'annexe 9 du PLFSS a été effectué sur la base de 60 000 femmes ayant déclaré avoir mis plus de 45 minutes pour se rendre à la maternité en 2017. **La mesure devrait pouvoir s'appliquer à compter du second semestre 2020, ce qui représentera une dépense estimée entre 7 et 17 millions d'euros pour l'assurance maladie.** Elle serait comprise entre 20 et 40 millions d'euros en 2021.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Les mesures d'hébergement et de transport des femmes enceintes prévues par cet article devraient permettre de renforcer et de sécuriser leur prise en charge médicale. Elles répondent en outre aux craintes formulées par les résidents des territoires ruraux face à la fermeture récente de certaines maternités.

Pour autant, ces mesures ne justifieraient pas, selon votre rapporteure, de renoncer à une offre satisfaisante de maternités sur le territoire, ne négligeant pas les territoires ruraux. Le dispositif proposé doit ainsi être ciblé sur la prise en charge des personnes éloignées d'une maternité.

Votre rapporteure accueille favorablement cette mesure qui s'inscrit dans le cadre d'un renforcement de l'accompagnement des femmes enceintes sous le nom « d'engagement maternité ».

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

Article 37 bis (nouveau)

**Aménagements de l'expérimentation nationale sur la prise en charge
du congé maternité des travailleuses indépendantes**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de plusieurs députés du groupe La République en marche, prévoit plusieurs assouplissements relatifs à l'indemnisation des travailleuses indépendantes en cas de reprise partielle d'activité au cours de leur congé de maternité.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article 37 *bis* précise les conditions d'éligibilité des travailleuses indépendantes à une indemnisation à la suite de leur congé de maternité en cas de reprise partielle d'activité.

L'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que ces dernières peuvent bénéficier d'une **allocation forfaitaire de repos maternel** et d'**indemnités journalières (IJ) forfaitaires**, pendant la période de leur congé de maternité où elles cessent toute activité, à condition que cette **période soit au minimum de 8 semaines** (dite période d'arrêt obligatoire).

Le congé de maternité débute *6 semaines* avant la date présumée de l'accouchement et se termine *10 semaines* après celui-ci. Cette période de 16 semaines passe à 26 semaines (8 semaines avant l'accouchement et 18 semaines après) à partir du troisième enfant, et connaît un allongement en cas de naissance multiple.

Le versement de l'indemnité journalière cesse donc en cas de reprise, y compris partielle, de l'activité, même lorsque cette dernière succède à une période d'arrêt obligatoire de 8 semaines.

L'article 75 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019¹ a introduit une expérimentation visant à assouplir ces conditions d'indemnisation et à **permettre le versement au-delà de la période d'arrêt obligatoire en cas de reprise partielle de l'activité**. Il prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2020, pour une durée de trois ans, le versement des IJ serait ouvert aux travailleuses indépendantes **en cas de reprise partielle d'activité subséquente à la période d'arrêt obligatoire** et dans les conditions suivantes :

- un jour indemnisé par semaine durant les quatre semaines suivant la période d'arrêt obligatoire ;
- deux jours au maximum indemnisés par semaine durant les quatre semaines suivantes.

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Cette reprise partielle d'activité ne peut donc excéder une journée hebdomadaire entre la 9^e et la 12^e semaine du congé de maternité, et deux journées hebdomadaires de la 13^e à la 16^e semaine.

Il est par ailleurs précisé que les journées travaillées dans ce cadre ne donneront pas lieu au versement d'IJ. Leur versement pourra être reporté, dans la limite de dix jours au maximum, « à l'issue de la durée d'attribution fixée en application de l'article L. 623-1 ». Cette formulation, relativement peu claire, semble renvoyer à la limite maximale de 16 semaines.

Le 1^o de l'article 37 *bis* prévoit un report du début de l'expérimentation au 1^{er} juillet 2020.

Le 2^o dispose que les deux périodes donnant lieu à l'indemnisation partielle doivent être de quatre semaines *au maximum*.

Le 3^o précise que la reprise partielle d'activité peut débuter entre le jour suivant la fin de la période d'arrêt obligatoire et le terme de la durée du congé de maternité.

Le 4^o mentionne enfin que le report du versement des IJ, maintenu dans une limite de dix jours, pourra être réalisé dans un délai maximal de 10 semaines à compter de la fin du congé de maternité. Il s'agit de revenir, de façon plus claire, sur la rédaction initiale du texte, qui semblait limiter ce report à la fin du congé de maternité.

II - La position de la commission

Votre commission, qui s'était montrée favorable sur le fond au principe introduit par l'article 75 de la LFSS pour 2019, note avec satisfaction que **les assouplissements apportés par le présent article 37 *bis* apportent une réponse aux inquiétudes qu'elle avait exprimées alors.**

Le dispositif de la LFSS pour 2019 n'organisait nullement l'impossibilité pour la bénéficiaire de mobiliser les deux périodes subséquentes de quatre semaines, ces huit semaines succédant aux huit semaines d'arrêt obligatoire et formant ainsi les 16 semaines d'éligibilité à l'indemnisation.

Le problème soulevé par l'article 75 de la LFSS pour 2019 résultait d'une assimilation abusive des conditions d'activité des travailleuses salariées et des travailleuses non salariées. Ces dernières « *doivent assurer une activité dans les semaines qui précèdent leur accouchement pour garantir la viabilité de leur entreprise. Leur situation n'est donc pas comparable à celle des salariées, qui retrouvent leur poste à l'issue de leur congé* »¹. La mesure proposée menaçait donc d'être désincitative et pouvait conduire certaines femmes à privilégier la poursuite de leur activité plutôt que le bénéfice des prestations de maternité afin de sauvegarder leur outil de travail pour l'avenir. Elle allait de ce fait à l'encontre de leur intérêt en les obligeant « *à s'arrêter une durée plus longue, en leur disant que si elles ne le [faisaient] pas, elles n'[auraient] pas droit à une indemnisation* »².

¹ *Compte rendu intégral des débats du Sénat, 16 novembre 2018.*

² *Ibid.*

Le présent article 37 *bis* ouvre désormais à la travailleuse indépendante la possibilité de **limiter la première période de quatre semaines** (durant laquelle elle ne peut effectuer qu'une seule journée hebdomadaire de reprise d'activité) pour **bénéficier plus rapidement de la seconde** (durant laquelle elle peut réaliser deux journées hebdomadaires de reprise d'activité), laquelle peut être également raccourcie en deçà de son plafond.

Votre commission ne peut que saluer ces modifications qui vont dans le sens qu'elle avait préconisé l'an dernier.

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

Article 38

Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

Objet : Cet article étend le bénéfice des dotations gérées par la CNSA aux établissements accueillant des adultes handicapés situés à l'étranger.

I - Le dispositif proposé

A. La situation

Près de 8 000 Français en situation de handicap sont accueillis en Belgique, dont environ 1 500 enfants et plus de 6 000 adultes. Si le nombre d'enfants s'est stabilisé depuis au moins trois ans, les adultes sont près de 350 plus nombreux chaque année. Ces personnes viennent majoritairement d'Ile-de-France (à 42 %) des Hauts-de-France (32 %) et du Grand-Est.

Cet état de fait s'explique essentiellement par le manque de solutions de prise en charge sur le territoire français, notamment pour le handicap psychique, mais aussi par le caractère plus inclusif du système éducatif wallon et la politique de démarchage de sociétés commerciales belges.

Les frais de prise en charge des personnes accueillies en Belgique sont supportés par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), pour un montant atteignant, d'après l'étude d'impact, 178 millions d'euros en 2018, contre 104 millions en 2015.

Un accord-cadre, signé le 22 décembre 2011 entre la France et la Wallonie, approuvé par le Parlement le 13 novembre 2013 et entré en vigueur le 1^{er} mars 2014, vise à améliorer l'accueil des personnes handicapées françaises accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux wallons. Pour ce faire, il fixe un cadre qui :

- Permet de disposer d'éléments de recensement des personnes françaises accueillies en Belgique. L'ARS Hauts-de-France assure la centralisation des données contenues dans le relevé d'informations communiqué par l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (l'AWIPH) ;
- Renforce les possibilités de contrôles conjoints entre la France et la Wallonie, dans le cadre d'une convention signée entre l'ARS Hauts-de-France et l'AWIPH ;
- Prévoit une convention type permettant de définir des conditions d'accueil dans les établissements wallons similaires à celles existant en France, notamment ceux qui étaient conventionnés préalablement à l'entrée en vigueur de l'accord cadre. Conformément à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles modifié par la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, le dispositif est financé par l'objectif global de dépenses géré par la CNSA. Ce dispositif a permis de stabiliser les départs d'enfants handicapés.

Pour enrayer les départs d'adultes, un nouveau dispositif a été lancé en 2016, traduit notamment dans l'instruction ministérielle DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016, qui vise à améliorer la recherche de solution de prise en charge sur le territoire, dans le cadre de la politique de « *réponse accompagnée pour tous* ».

Le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique a bénéficié, depuis 2016, de crédits d'amorçage à hauteur de 10 millions d'euros en 2016, 5 millions en 2017, doublés en 2018 pour atteindre un montant total de 30 millions d'euros. En 2019, 15 millions d'euros y ont été consacrés.

B. Le dispositif proposé

L'article 38 modifie le 4^o de l'article L. 314-3-1 du CASF pour disposer que relèvent de l'objectif géré par la CNSA non plus seulement les établissements servant des prestations aux enfants et adolescents ou aux jeunes adultes handicapés, mais plus largement les établissements servant des prestations aux enfants, adolescents et « *à des personnes adultes handicapées* ».

L'étude d'impact avance en outre un ambitieux chantier : des programmes de conventions pour les trois prochaines années seraient établis d'ici décembre 2019, une première série serait signée avant juin 2020, le calibrage du transfert des crédits du CNSE vers l'Ondam médico-social serait réalisé avant septembre 2020, et les premières conventions entreraient en vigueur d'ici le 1^{er} janvier 2021.

Pendant trois ans, les ARS bénéficieraient en outre d'un financement spécifique de 90 millions d'euros destiné à soutenir la prise en charge des personnes handicapées dans les régions d'où les départs vers la Belgique sont les plus nombreux. La Direction générale de la cohésion sociale a confirmé à votre rapporteur que 20 millions d'euros y serait consacrés, au titre des mesures nouvelles de l'Ondam médico-social, en 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté un amendement ajoutant à cet article un II disposant que le Gouvernement remettra au Parlement à la fin de l'année 2020 « *un rapport d'évaluation sur les conséquences de cet article à compter de la promulgation de la loi concernant la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à cet effet* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission estime que la politique de conventionnement avec les établissements wallons pour adultes peut rencontrer le succès obtenu avec les établissements d'accueil pour enfants en termes d'exigences de qualité, de contrôle et de régulation des financements qui y sont consacrés.

Elle fait toutefois observer que ce succès n'est que relatif, le nombre d'enfants accueillis en Belgique n'ayant été que *stabilisé*. Une telle politique peut en effet contribuer à pérenniser les places occupées à l'étranger par nos concitoyens handicapés. Si le retour systématique des Français pris en charge à l'étranger ne peut être un objectif absolu, car les personnes peuvent s'être habituées à leur nouvel environnement, il reste que l'offre d'accueil en France est rigoureusement sous-dimensionnée pour faire face aux besoins, et que c'est sur cet aspect que doivent absolument porter les efforts des pouvoirs publics.

La mise en œuvre des projets de soutien à l'offre sera donc examinée de près par votre commission.

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

Article additionnel après l'article 38

Programmation de places pour les personnes handicapées adultes

Objet : Le présent article intègre plus explicitement la programmation de créations de places en établissement d'accueil de personnes handicapées adultes dans l'élaboration des enveloppes régionales de crédits.

L'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles pose le principe selon lequel la prise en charge des enfants handicapés doit être la plus précoce possible, et se poursuivre « tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge et de durée » ; la réglementation n'en a pas moins fixé à 20 ans la limite au-delà de laquelle le dispositif pour enfants laisse place au dispositif pour adultes handicapés.

Les difficultés créées par cette césure ont été palliées, depuis la loi du 13 janvier 1989, par le dispositif dit de l'« amendement Creton », permettant à des personnes handicapées de plus de 20 ans d'être maintenues dans des établissements pour enfants tant qu'une solution adaptée à leur cas n'a pas été trouvée.

Dans sa rédaction issue de la loi du 11 février 2005, l'article L. 242-4 dispose en outre que « toutes les dispositions sont prises en suffisance et en qualité pour créer, selon une programmation pluriannuelle, les places en établissement nécessaires à l'accueil des jeunes personnes handicapées de plus de vingt ans ».

Il est cependant douteux qu'une telle obligation ait produit tous ses effets en l'absence d'inscription dans un schéma opposable ou d'obligation de prise en compte par les autorités gestionnaires des crédits.

Cet article vise à obliger la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à tenir compte des besoins de créations de places pour adultes maintenus en établissement pour enfants dans la répartition des dotations régionales limitatives.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 220).

Article 38 bis (nouveau)
**Critères d'appréciation de l'activité d'un établissement
social ou médico-social**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens liant les établissements sociaux et médico-sociaux ne sauraient évaluer leur activité au regard de leur seul taux d'occupation.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le code de l'action sociale et des familles, aux articles L. 312-11 et suivants.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a rendu obligatoire la conclusion d'un CPOM pour les EHPAD et les petites unités de vie. Ces contrats, tripartites, lient l'autorité gestionnaire d'une part, aux autorités de tarification que sont l'ARS et au conseil départemental d'autre part, et couvrent tous les établissements relevant du même gestionnaire. Le refus de signature ou de renouvellement d'un CPOM peut entraîner une minoration de 10 % du forfait soins.

La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a rendu les CPOM obligatoires aussi dans le champ du handicap, pour les établissements sous compétence exclusive ou conjointe des ARS. La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a complété la liste des établissements concernés par cette obligation.

L'article L. 313-12 du CASF, relatif aux établissements accueillant des personnes âgées, dispose ainsi que le contrat « *fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs* ».

L'avant-dernière phrase de l'article L. 313-12-2 du même code, relatif aux établissements accueillant des personnes handicapées, dispose que « *la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État* ».

Le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018, pris en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017 et 2018, prévoit la possibilité d'une modulation à la baisse de la dotation en cas de non atteinte des objectifs d'activité. Les règles fixées par le décret permettent aux parties signataires du CPOM de définir les modalités de mesure de l'activité, mais orientent vers trois types d'indicateurs :

- Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service.

- Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année.

- Le nombre de prestations réalisées.

La mention « *sauf clause contraire justifiée par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement* » ouvre en principe vers d'autres modalités de mesure de l'activité que celles listées par le décret.

B. Le dispositif proposé

Cet article est issu de quatre amendements identiques défendus par le rapporteur général et les groupes LR, LREM et socialiste, et soutenus par la plupart des associations du secteur – Fehap, FHF, Nexem, UNA, Uniopss, Fnadepa, AD-PA, Adapt, APF France Handicap et l'Adaj.

Il précise les articles L. 313-12 (1°) et L. 313-12-2 (2°) pour y ajouter que l'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée « *exclusivement au regard du taux d'occupation* ».

Le Gouvernement a émis un avis de sagesse, arguant de ce que les ARS « *appliquent déjà cette modulation avec toute la souplesse requise pour tenir compte des spécificités de chaque territoire* ».

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à une telle précision. Notre collègue René-Paul Savary, rapporteur médico-social du PLFSS pour 2017, s'était inquiété de son article 89, conditionnant les moyens financiers attribués à une structure à son taux d'occupation, craignant qu'il n'en résulte une prise en charge essentiellement quantifiée en journées d'accueil et insuffisamment qualitative.

Cette préoccupation a d'ailleurs été relayée par notre collègue Philippe Mouiller dans son rapport d'information d'octobre 2018 intitulé « *Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive* ».

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

Article 38 ter (nouveau)

**Expérimentation d'un forfait santé
pour les personnes en situation de handicap**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, expérimente un forfait santé pour les personnes en situation de handicap.

I - Le dispositif proposé

A. Un point d'attention majeur : l'état de santé des personnes handicapées

Aux termes du chapitre IV du titre 1^{er} de la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles tel que modifié par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, les soins de ville (consultations, radiologie, laboratoire...) et la pharmacie, y compris les molécules onéreuses, sont compris dans la dotation des établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées, financée par l'assurance maladie.

Ce mode de financement sous enveloppe conduit souvent les établissements médico-sociaux à privilégier le recours à l'hôpital pour des soins d'ordinaire effectués en ville. D'après la direction générale de la cohésion sociale, il peut même conduire dans certains cas des établissements à refuser des prises en charge de personnes handicapées malades.

Il en résulte des retards de prise en charge qui aggravent l'état de santé des personnes, et donc des surcoûts pour l'assurance maladie. Cette pression accrue sur l'hôpital ne favorise par ailleurs pas les réseaux ni les organisations de soins de proximité.

Le rapport rendu en juillet 2018 par Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet rappelle que la situation sanitaire des personnes handicapées commence à être bien documentée : « *le rapport de l'IRDES paru en juin 2015 sur l'accès aux soins courants curatifs et préventifs des personnes en situation de handicap en France confirme les diagnostics déjà établis par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008, par Pascal Jacob dans son rapport de 2013 et Denis Piveteau dans son rapport « Zéro sans solutions » de 2014 ainsi que par le guide d'amélioration des pratiques professionnelles de la HAS de juillet 2017* ».

« *Ces travaux mettent en avant les difficultés d'accès et de continuité des soins courants pour les personnes en situation de handicap ou de précarité pour des raisons financières, pour des raisons tenant à la complexité d'accès à une couverture santé, à l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, etc. Ces raisons peuvent induire un renoncement aux soins, des retards et des besoins de soins alourdis du fait d'un état de santé altéré, qui constituent une réelle dégradation de la qualité du parcours de soins et de vie* ».

Le rapport « *Charges et produits* » de la Cnam pour 2020 aboutit à des conclusions analogues : les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnelle sont plus souvent en affection de longue durée que l'ensemble de la population et ont des taux de recours aux soins inférieurs à ceux des bénéficiaires de pension d'invalidité mais aussi à ceux de la population du régime général.

**Fréquence des pathologies selon le statut
par rapport au handicap (2016)**

	Population sans AAH ni pension d'invalidité	AAH
	Effectif: 31,0 millions	Effectif: 731 828
Maladies cardio- neurovasculaires	2,8%	10,8%
Traitement du risque vasculaire ^(a)	9,9%	13,4%
Diabète	3,5%	10,9%
Cancers	2,5%	6,4%
Maladies psychiatriques	2,5%	44,8%
Traitement psychotropes ^(a)	7,5%	16,1%
Maladies neurologiques ou dégénératives	0,8%	13,5%
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	3,8%	11,1%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	1,7%	6,0%
Insuffisance rénale chronique terminale	0,1%	1,3%
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	0,8%	4,3%
Autres affections de longue durée ^(c)	1,4%	11,7%

(1) Fréquences non standardisées

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

Champ : personnes âgées de 20 à 64 ans – Régime général – France entière

Source : Rapport Charges et produits, Cnam, 2020

La Cnam a certes lancé des actions pour y remédier, telles que :

- Le dispositif de guidance vers le soin, en cours d'amélioration avec neuf CPAM, une Carsat et des associations telles que APF France handicap, l'Union française pour la santé bucco-dentaire et Handidactique.

- Le forfait conclu avec les orthoptistes libéraux dans le cadre de la dernière convention pour l'évaluation par l'orthoptiste de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère.

- Le forfait pour la prise en charge des patients en situation de handicap présentant des troubles spécifiques du langage, conclu avec les orthophonistes lors de la dernière convention nationale.

- Le forfait de 100 euros par séance introduit dans la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes, applicable depuis le 1^{er} avril 2019. Dans un premier temps, sont concernés les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou de la prestation de compensation du handicap atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

B. Le dispositif proposé : l'expérimentation d'un forfait santé

L'amendement du Gouvernement dispose qu'à compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie concernant :

- Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation.

- Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Ce forfait santé couvrirait les dépenses afférentes :

- à la coordination de la prévention et des soins ;
- aux soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser une diminution d'autonomie ;

- aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie prévus par les conditions de fonctionnement et les projets des établissements concernés.

Les dépenses afférentes aux autres soins que ceux compris dans le forfait santé ainsi qu'aux actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du code de la santé publique seraient prises en charge par l'assurance maladie mais non comptabilisées dans l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées arrêteraient la liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation, après avis des agences régionales de santé concernées.

Un décret en Conseil d'État préciserait le champ, les modalités de mise en œuvre et les conditions d'accès à l'expérimentation, ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d'information, et un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement serait remis au Parlement au terme de l'expérimentation.

III - La position de la commission

Votre commission regrette d'abord que cette mesure, exclue du projet de loi initial déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale, n'ait pas bénéficié d'une étude d'impact de nature à améliorer l'information de la représentation nationale.

Elle regrette également que le rapport confié à M. Philippe Denormandie, manifestement intitulé « *Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné* », dont l'exposé des motifs laisse penser qu'il a inspiré l'amendement du Gouvernement, n'ait pas été rendu public pour alimenter la réflexion, par exemple, sur l'opportunité d'une expérimentation plutôt que d'une modification plus substantielle du mode de financement des soins en établissement.

Votre rapporteur se fait enfin le relais des préoccupations des gestionnaires d'établissements, qui accueillent favorablement une telle redéfinition expérimentale du panier de soins – qui conduira certes à organiser autrement la coordination et la prévention –, sous réserve qu'elle ne restreigne pas leurs marges de manœuvre financières globales.

Votre commission recommande de préciser le dispositif sur la nature des dépenses couvertes par le forfait soin et le contenu du décret en Conseil d'État qui fixera les modalités de l'expérimentation. C'est l'objet de l'amendement n° 219, qui oblige également le ministre chargé d'arrêter le périmètre de l'expérimentation à solliciter l'avis du conseil départemental concerné.

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

Article 39

Recentralisation de la lutte contre la tuberculose

Objet : Cet article propose de centraliser au niveau des agences régionales de santé le pilotage de l'ensemble des structures de lutte contre la tuberculose.

I - Le dispositif proposé

• La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 a opéré une recentralisation de la politique de lutte contre la tuberculose, auparavant dévolue aux départements. Elle a ainsi prévu, à l'article L. 3112-2 du code de la santé publique, que :

- la lutte contre la tuberculose et la lèpre relèvent de l'État ;

- les collectivités territoriales conservent la possibilité d'exercer des activités dans ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'État, précisant notamment le montant de la subvention accordée par l'État.

À l'heure actuelle, le financement de la lutte contre la tuberculose emprunte ainsi deux voies :

- la dotation globale de financement couvre les subventions versées par l'État aux départements qui ont souhaité conserver la gestion des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) par convention avec l'État. 32 départements sont aujourd'hui concernés, pour 52 CLAT départementaux sur un total de 148 CLAT au niveau national ;

- le fonds d'intervention régional (FIR) finance les structures habilitées par les agences régionales de santé (ARS). Il s'agit le plus souvent de CLAT au sein d'établissements hospitaliers.

• L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 indique que, bien que la tuberculose soit relativement maîtrisée en France, avec une incidence inférieure à dix cas pour 100 000 habitants, des disparités régionales significatives demeurent. La feuille de route présentée par la ministre des solidarités et de la santé en mars 2019 a, par conséquent, fixé l'objectif d'une incidence inférieure à dix cas pour 100 000 habitants pour toutes les régions de France.

Dans cette logique, l'article 39 du PLFSS pour 2020 tend à parachever le mouvement de recentralisation de la politique de lutte contre la tuberculose en unifiant le régime d'habilitation des CLAT et en simplifiant leur mode de financement.

• Le 2° supprime, à l'article L. 3112-2 du code de la santé publique, le régime de conventionnement des CLAT départementaux avec l'État et pose le principe d'une habilitation par le directeur général de l'ARS d'un ou plusieurs CLAT et, si besoin, d'un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Il est ainsi précisé que les départements pourront être

« *habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre.* » Les ARS assureront ainsi, par leurs décisions d'agrément, le pilotage de l'ensemble des CLAT.

Le 2° complète, en outre, l'article L. 3112-2 par deux paragraphes tendant à préciser :

- les missions des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre : ceux-ci devront contribuer « *à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge* » ;

- le financement de ces centres : leurs dépenses ont vocation à être intégralement prises en charge par le FIR, l'ensemble des prestations assuré par ces centres faisant l'objet d'une prise en charge intégrale et d'une dispense d'avance de frais pour tous les patients.

Le 3° procède, par coordination, à l'abrogation de l'article L. 3112-3 du code de la santé publique relatif aux modalités de financement des CLAT.

Le II modifie, en conséquence, l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que les dépenses des CLAT sont imputées sur le FIR sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle, au même titre que les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Le III prévoit, dans le cas de Mayotte, le versement de cette dotation par la caisse de sécurité sociale du département, par l'introduction d'un nouvel article 20-5-8 au sein de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte.

Enfin, le IV prévoit une entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions le 1^{er} janvier 2020. À titre transitoire, il préserve la validité des conventions conclues par les départements avec l'État dont le terme est antérieur au 1^{er} janvier 2021. Pour les conventions s'achevant après cette date, les départements ne pourront poursuivre ces activités qu'après avoir obtenu de l'ARS une habilitation en ce sens.

• Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020, le financement de la mesure se porte à 37,6 millions d'euros à transférer du programme 119 « Concours financiers aux collectivités territoriales » de la mission « Relations avec les collectivités territoriales » vers le sous-objectif de l'Ondam relatif au FIR. À titre de comparaison, elle rappelle que, dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, le montant cumulé au 31 décembre 2017 des crédits transférés de la DGF vers le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » puis vers le FIR depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales s'est élevé à 39,2 millions d'euros.

**Évolution de la répartition entre la DGF et le FIR
du financement des CLAT**

(en euros)

Année	DGF	FIR	Total
2010	44 194 959	32 725 448	76 920 407
2011	43 146 278	33 774 129	76 920 407
2012	41 236 915	35 683 492	76 920 407
2013	40 613 131	36 307 276	76 920 407
2014	39 897 348	37 023 059	76 920 407
2015	39 177 372	37 743 035	76 920 407
2016	38 278 661	38 641 746	76 920 407
2017	37 673 634	39 246 773	76 920 407
2018	37 673 634	39 246 773	76 920 407
2019	37 673 634	39 246 773	76 920 407

Source : Direction générale de la santé du ministère des solidarités et de la santé

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 reste convaincue que l'efficacité de notre politique de lutte contre la tuberculose implique d'assurer en priorité une prise en charge de qualité des personnes les plus éloignées des structures de soins, et tout particulièrement des personnes étrangères. Selon des épidémiologistes de Santé publique France, les premières populations concernées par l'augmentation des cas de tuberculose enregistrée en Île-de-France entre 2015 et 2017 sont en effet « *celles souffrant le plus de précarité et de promiscuité, notamment les personnes nées à l'étranger, en hébergement collectif ou sans domicile fixe et celles arrivées récemment en France.* »¹

¹ Santé publique France, « *Épidémiologie de la tuberculose en Île-de-France : une augmentation des cas déclarés en 2016 et en 2017* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH n° 14, 7 mai 2019.

Dans ses réponses au questionnaire de votre commission, le Gouvernement indique que les départements dans lesquels on observe une recrudescence des cas de tuberculose concentrent des populations souffrant le plus de précarité et de promiscuité, notamment les personnes nées dans des pays à forte endémicité, en hébergement collectif ou sans domicile fixe. L'incidence chez les personnes sans domicile fixe (environ 170 pour 100 000 habitants) dépasse de très loin celle des autres groupes.

Les territoires qui connaissent aujourd'hui la plus forte incidence sont la Guyane avec un taux de 32,5 pour 100 000 habitants, l'Île-de-France (15,8 pour 100 000 habitants) et Mayotte (14 pour 100 000 habitants).

Votre commission souligne que le bénéfice de l'aide médicale de l'État (AME) permet le diagnostic et la prise en charge dans les meilleurs délais des personnes vulnérables et potentiellement exposées à des pathologies hautement contagieuses dans des pays à forte endémicité, et favorise ainsi la protection de l'ensemble de la population. En prévenant la prise en charge par les services d'urgence de personnes en état de santé dégradé, elle contient en outre l'accroissement du coût des soins et garantit une meilleure maîtrise des dépenses de soins. Pour mémoire, en 2018, un peu plus de quatre millions d'euros de dépenses ont été enregistrées pour des séjours hospitaliers au titre du traitement de la tuberculose (frais de séjour et liste en sus) de patients bénéficiaires de l'AME en établissements publics et publics à but non lucratif.

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

Article 39 bis (nouveau)

**Modalités de prise en charge des vaccins
administrés par les centres de vaccination antiamarile**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du Gouvernement, vise à permettre la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, les vaccins administrés au sein des centres de vaccinations internationales.

I - Le dispositif proposé

Inséré par l'Assemblée nationale par la voie d'un amendement du Gouvernement, l'article 39 bis du PLFSS pour 2020 précise les modalités de prise en charge des vaccins administrés par les centres de vaccination antiamarile, c'est-à-dire la vaccination contre la fièvre jaune.

- Le I introduit, au sein du code de la sécurité sociale, une nouvelle section intitulée « *Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile* », composée d'un article unique L. 174-21. Le premier alinéa de cet article prévoit que les vaccins administrés par ces centres sont pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État lorsqu'ils sont administrés à l'occasion d'une vaccination imposée ou conseillée pour certains voyages et à la condition que ces vaccins figurent sur la liste des spécialités remboursables de ville mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et qu'ils soient recommandés dans le calendrier des vaccinations établi par le ministère chargé de la santé en application de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique.

Les centres de vaccination anti-amarile sont aujourd'hui habilités à délivrer des certificats internationaux de vaccination contre la fièvre jaune par une décision du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, en application des articles R. 3115-55 et suivants du code de la santé publique.

Le deuxième alinéa du nouvel article L. 174-21 du code de la sécurité sociale dispose que le montant de la prise en charge sera calculé sur la base du prix d'achat constaté de ces vaccins par les centres, dans la limite de leur prix fabricant hors taxes (PFHT) fixé par convention entre l'entreprise exploitante et le comité économique des produits de santé (CEPS)¹.

En application du troisième alinéa du nouvel article L. 174-21 précité, seront applicables à la prise en charge des vaccins anti-amariles les dispositions relatives à la participation de l'assuré et à la franchise forfaitaire annuelle laissée à la charge de l'assuré (I et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale), la première étant calculée sur la base du prix d'achat du vaccin par le centre. De même, les bénéficiaires de l'assurance maternité et de l'assurance maladie au titre d'une affection de longue durée pourront bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale).

Le quatrième alinéa du nouvel article L. 174-21 précité prévoit, par ailleurs, que la prise en charge des vaccins est conditionnée à la transmission électronique à l'assurance maladie des documents nécessaires.

- Le II précise que les dispositions du nouvel article L. 174-21 du code de la sécurité sociale s'appliqueront à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception de l'obligation pour le centre de vaccination anti-amarile de transmettre à l'assurance maladie les documents nécessaires à la prise en charge par voie électronique. Cette obligation sera applicable à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

¹ En application de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

Le II prévoit ainsi que jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'obligation de transmission électronique, les centres de vaccination anti-amarile devront conclure avec la caisse d'assurance maladie de leur département une convention établissant les modalités de facturation des vaccins, selon un modèle type défini par le collège des directeurs de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les centres de vaccination anti-amarile relevant du service de santé des armées, le modèle de cette convention pourra être aménagé par arrêté du ministre de la défense.

II - La position de la commission

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

CHAPITRE III

RENFORCER LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DES SOINS

Article 40

Mise en place d'un forfait pour un parcours global post-traitement aigu du cancer

Objet : Cet article ouvre la possibilité, pour les personnes ayant été traitées pour un cancer, de se voir prescrire un parcours de soins pris en charge dans le cadre d'un forfait, à la suite de leur traitement.

I - Le dispositif proposé

• Le traitement d'un cancer peut avoir un impact durable sur la qualité de vie des patients dont certaines séquelles, en particulier au travers de douleurs chroniques ou d'une réduction de la mobilité, peuvent devenir handicapantes. Selon l'enquête VICAN5¹ réalisée par l'INCa en 2015 et dont les résultats ont été publiés en 2018, si 63,5 % des personnes interrogées déclarent avoir conservé des séquelles consécutives à la maladie, seulement 26,1 % ont indiqué disposer d'un suivi médical ou paramédical pour ces séquelles et 33,1 % des répondants ont déclaré ne disposer d'aucun suivi spécifique en médecine générale de leur cancer diagnostiqué il y a cinq ans.

¹ INCa, La vie cinq ans après le diagnostic de cancer, juin 2018.

En outre, l'enquête fait apparaître l'impact important du traitement du cancer sur l'activité physique et l'alimentation des patients, en soulignant que « cinq ans après un diagnostic de cancer, 13,8 % des hommes et 14,8 % des femmes se disent fortement limités dans leur activité depuis au moins six mois, et 35 % et 37,8 % se disent limités mais pas fortement. » 49,8 % des personnes interrogées indiquent par ailleurs être en surpoids ou obèses.

Comme le rappelait notre collègue Jocelyne Guidez, dans son rapport¹ de février 2019 sur la proposition de loi relative à la prise en charge des cancers pédiatriques, le plan cancer pour la période 2009-2013 a donné lieu à la mise en place d'un programme personnalisé de soins (PPS) intégré dans la pratique courante des établissements d'oncologie pédiatrique, qui permet la prise en compte, dans le parcours de soins du patient, de problématiques propres aux patients mineurs, dont la préservation de la fertilité et le développement de soins support (accompagnement psychologique, rééducation, soins de kinésithérapie, accompagnement éducatif...).

- Afin de renforcer l'accès des patients aux soins de support, l'**article 40** du PLFSS pour 2020 crée, au sein du chapitre V-1 « Lutte contre le cancer » du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique, une section intitulée « Parcours de soins global après traitement d'un cancer ». Celle-ci comporte un nouvel article unique L. 1415-8 qui confie à chaque ARS le soin de mettre en place et de financer un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant d'une prise en charge intégrale et d'une dispense d'avance de frais en application du 3^o de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Il est prévu que ce parcours comprenne :

- un bilan d'activité physique ;
- un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques.

Son contenu sera individualisé afin de tenir compte des besoins de chaque patient identifiés par le médecin prescripteur. Un décret en Conseil d'État déterminera les conditions de déploiement de ce parcours.

- Sur le plan opérationnel, l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 indique que les organismes chargés de permettre aux patients d'accéder aux soins de support seront sélectionnés par l'ARS *via* un appel à projets. Ces organismes auront vocation à contractualiser avec les acteurs de santé en ville, dont des psychologues, des diététiciens ou encore des professionnels en capacité de réaliser des bilans d'activité physique.

¹ Rapport n° 306 (2018-2019) de Mme Jocelyne Guidez, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 13 février 2019, sur la proposition de loi visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli.

Pour mémoire, la loi « Santé » du 26 janvier 2016 avait créé au sein du code de la santé publique un article L. 1172-1 autorisant le médecin traitant à prescrire, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 définit notamment les professionnels habilités à dispenser l'activité physique ou les actes de rééducation.

- L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 évalue le coût de cette mesure à dix millions d'euros en 2020, 26 millions d'euros en 2021 et 31,5 millions d'euros en 2022.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié l'article 40 du PLFSS pour 2020 en adoptant trois amendements de Mme Nathalie Elimas (Modem) :

- un amendement vient préciser que le parcours de soins post-traitement sera élaboré par l'ARS en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, ce qui permettra d'inclure l'INCa comme les établissements et professionnels de santé, ainsi que les associations ;

- un deuxième amendement insère alinéa précisant que ce parcours sera décliné, dans le cas des cancers pédiatriques, en un dispositif spécifique selon des modalités définies par décret, afin de tenir compte des spécificités de ces pathologies ;

- enfin, un troisième amendement prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport dressant un bilan de la mise en place du forfait de prise en charge post-cancer. Une modification apportée par le rapporteur général, M. Olivier Véran, a visé à repousser d'un an le délai de remise de ce rapport qui devra donc être transmis au plus tard deux ans après la promulgation de la loi.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite de la mise en place d'un parcours de soins post-traitement au bénéfice des personnes ayant été traitées pour un cancer.

Notre collègue Jocelyne Guidez, dans son rapport précité de février 2019, avait en effet rappelé que *« les programmes personnalisés de l'après cancer (PPAC) sont très insuffisamment déployés, en particulier à très long terme, au-delà de 5, 10 ou 15 ans de rémission. Certains établissements ont mis en place des consultations de suivi de long terme mais ce suivi n'est pas garanti en tout point du territoire. La fédération hospitalière de France (FHF) souligne en effet que*

l'organisation de l'après cancer requiert beaucoup d'investissement en temps et moyens pour les oncopédiatres. Or les éléments de surveillance des séquelles potentielles à l'âge adulte (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, complications thyroïdiennes, troubles psychologiques, fertilité...) peuvent désormais être anticipés, au moins pour partie. »¹

Dans cette logique, le groupe d'études sénatorial sur le cancer plaide de longue date pour la généralisation des consultations de suivi de long terme pour l'ensemble des personnes traitées pour un cancer, et tout particulièrement pour les enfants et adolescents dont les séquelles peuvent avoir un impact significatif sur leur qualité de vie.

Votre commission insiste sur la nécessité, sur le plan opérationnel, d'appréhender largement le champ des professionnels avec lesquels seront susceptibles de contractualiser les organismes effecteurs/intégrateurs de l'accès des patients aux soins de support et sélectionnés par l'ARS : dans le cadre du virage ambulatoire engagé dans la prise en charge des personnes atteintes d'affections de longue durée, il convient d'y inclure les professionnels exerçant en milieu hospitalier, para-hospitalier² et en ville ou intervenant à domicile.

Votre commission rappelle l'importance du maintien dans l'emploi dans le parcours de guérison des patients ayant été traités pour un cancer. La permanence d'un lien avec l'environnement socioprofessionnel contribue en effet à l'amélioration de la situation psychologique du patient.

Dans cette logique, elle a adopté un amendement visant à articuler le parcours de soins global post-traitement avec le protocole de soins élaboré par le médecin traitant pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée et concernées par une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à une durée déterminée, en application de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale (amendement n° 180). Le 4° de cet article prévoit en effet que ce protocole de soins comprend des exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser la rééducation ou le reclassement professionnel de la personne concernée : il serait cohérent que de tels exercices ou travaux puissent comprendre les éventuelles activités prescrites au titre du parcours de soins global post-traitement d'un cancer.

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

¹ Rapport n° 306 (2018-2019) de Mme Jocelyne Guidez, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 13 février 2019, sur la proposition de loi visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli.

² Notamment les services d'assistance sociale et les associations de malades pouvant fournir un accompagnement social des patients comme de leurs proches, présents à proximité des services hospitaliers.

Article 40 bis (nouveau)

Expérimentation du financement d'un accompagnement psychologique des patients atteints de sclérose en plaques

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du rapporteur général, prévoit la possibilité pour l'État d'expérimenter le financement d'un accompagnement psychologique en faveur des patients atteints de sclérose en plaques.

I - Le dispositif proposé

Inséré par l'Assemblée nationale à la faveur d'un amendement du rapporteur général Olivier Véran, l'article 40 *bis* prévoit la possibilité pour l'État d'autoriser l'expérimentation, pour une durée de trois ans, du financement d'un accompagnement psychologique en faveur des patients atteints de sclérose en plaques (I). Compte tenu de l'âge moyen des patients au diagnostic (30 ans) et des conséquences potentiellement handicapantes de la pathologie, l'auteur de l'amendement estime pertinent la mise en place d'un parcours d'accompagnement psychologique spécifique, par analogie avec le parcours de soins global post-traitement prévu par l'article 40 du PLFSS pour 2020 pour les personnes traitées pour un cancer.

Dans le cadre de cette expérimentation, il est prévu que les médecins pourront, en fonction des besoins du patient, l'orienter vers des consultations de psychologues enregistrés sur la liste des psychologues établie par l'agence régionale de santé territorialement compétente¹. Ces consultations seront financées sur les crédits du fonds d'intervention régional.

Il appartiendra aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'arrêter la liste des territoires retenus pour l'expérimentation.

Un décret définira les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation (II) et un rapport en dressant le bilan sera adressé par le Gouvernement au Parlement (III).

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement tendant à préciser que la liste des territoires dans lesquels sera conduite l'expérimentation comprend au moins un département d'outre-mer (amendement n° 181). Une telle expérimentation pourrait permettre en effet d'accompagner certaines initiatives locales dans des territoires globalement moins bien armés que la France métropolitaine dans la prise en charge des maladies neurodégénératives.

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

¹ En application du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

Article 41

**Simplification des certificats médicaux
de non contre-indication au sport**

Objet : Cet article simplifie le régime des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit en vigueur

Les articles L. 231-2 et L. 231-2-1 du code du sport soumettent la participation à des compétitions sportives à la condition de présenter un certificat médical de non-contre-indication ou à la présentation d'une licence, dont la délivrance est elle-même subordonnée à la présentation d'un tel certificat médical. Dans tous les cas, le certificat médical doit être daté de moins d'un an.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a assoupli la périodicité de la délivrance des certificats médicaux en la renvoyant à la compétence du pouvoir réglementaire. Le décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 a fixé cette périodicité à trois ans, sauf disciplines présentant des contraintes particulières.

Ces dispositions ont été jugées insuffisantes pour atteindre les objectifs consistant à libérer du temps médical et maîtriser les dépenses de ville. Les examens préalables à la participation à une compétition sportive sont en effet généralement effectués lors de consultations remboursées par l'assurance maladie.

La modification opérée par l'article est encore justifiée par le fait que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a redéployé les vingt consultations obligatoires prévues dans le parcours de santé et de prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Le décret n° 2019-137 du 26 février 2019 pris pour l'appliquer dispose en effet que quatorze consultations obligatoires ont lieu au cours des trois premières années, trois de la quatrième à la sixième année, et trois de la septième à la dix-huitième année.

B. Le dispositif proposé

Le **I a)** modifie l'article L. 231-2 du code du sport pour disposer que l'obligation de présentation d'un certificat médical de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport pour l'obtention d'une licence d'une fédération sportive ne vaut que pour les majeurs.

Le **I b)** ajoute que, pour les mineurs, l'obtention ou le renouvellement d'une licence n'est pas subordonné à la production d'un certificat médical mais, en revanche, à l'attestation par les responsables légaux d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif qu'ils renseignent avec lui. Un décret en préciserait les modalités de mise en œuvre.

Le **II** réécrit l'article 231-2-1 du code du sport pour disposer que l'inscription à une compétition sportive reste subordonnée à la présentation d'une licence. Toutefois, si les majeurs non licenciés restent tenus, pour s'inscrire à une telle compétition, de produire un certificat médical, les mineurs non licenciés peuvent le faire sur seule présentation d'une attestation par les responsables légaux d'une autoévaluation qu'ils renseignent avec lui, et qui dispense de certificat médical – hors le cas où le résultat de l'autoévaluation conduirait à un examen médical.

L'étude d'impact justifie la place en LFSS de cet article en estimant qu'il accentuera le « *caractère global* » des consultations obligatoires et « *aboutira à terme à réduire les consultations parallèles, permettant ainsi à la fois de réduire le recours aux consultations remboursées pour des raisons sportives et d'accroître la disponibilité de temps médical en ville* ». L'impact annuel sur les dépenses d'assurance maladie est ainsi estimé à 30 millions d'euros en année pleine.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté l'amendement n° 1856, qui remplace le terme d'autoévaluation par l'expression « *renseignement conjoint d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur* ».

L'Assemblée nationale a adopté l'article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de réduire les dépenses de ville occasionnées par des consultations sollicitées pour l'obtention d'un certificat pour la pratique sportive – qui ne doivent en principe pas donner lieu à remboursement par l'assurance maladie. Il est de plus exact que le parcours des consultations obligatoires pour les mineurs a été renforcé par des textes législatifs et réglementaires récents.

Il lui semble toutefois risqué de priver les mineurs de l'occasion d'être examiné par un médecin avant d'entamer la pratique d'un sport ou de s'inscrire dans une compétition sportive. Il n'est en outre pas certain que tous les élèves bénéficient de toutes les consultations obligatoires, comme le fait observer le rapport de mars 2018 du Conseil économique, social et environnemental, intitulé « *Pour des élèves en meilleure santé* ».

Aussi votre commission propose-t-elle de modifier l'article par l'amendement n° 191, qui dispose aux articles L. 231-2 et L. 231-2-1 du code du sport que la visite médicale réalisée pour l'obtention d'un certificat de non-contre-indication à la pratique sportive déclenche, s'il y a lieu, la consultation médicale obligatoire prévue par le code de la santé publique pour la tranche d'âge dans laquelle se trouve le mineur.

Une telle mesure n'a pas de coût puisqu'elle se contente de déclencher une visite qui devait de toute façon avoir lieu ; elle garantit l'examen du jeune sportif par un professionnel de santé préalablement à toute activité sportive ; elle permet enfin d'éviter l'hypothèse dans laquelle il solliciterait deux fois son médecin : une première fois pour l'obtention du certificat médical, une seconde au titre de la consultation obligatoire et serait donc potentiellement source d'économies pour l'assurance maladie.

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

Article 41 bis (nouveau)

Caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce

Objet : Cet article, introduit à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du Gouvernement, rend obligatoire l'entretien prénatal précoce pour la femme enceinte.

I - Le dispositif proposé

Aux termes de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, « toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénatals et postnatals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. »

Les examens prénatals sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier doit intervenir avant la fin du troisième mois de grossesse puis, à partir du quatrième mois, un examen doit être effectué chaque mois jusqu'au neuvième mois de grossesse. Enfin, **un examen postnatal doit être obligatoirement effectué** dans les huit semaines qui suivent l'accouchement¹. Ces examens sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Ils peuvent être réalisés par une sage-femme ou un médecin (généraliste ou gynécologue) en ville, à l'hôpital ou au sein du service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI).

¹ Art. R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique.

Lors du premier examen prénatal, le médecin ou la sage-femme peut prescrire à la femme enceinte des examens complémentaires selon sa situation (dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose, de l'hépatite B, groupe sanguin, test HIV, etc.). Il propose en outre à la femme enceinte **un entretien prénatal précoce** dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse.

Mis en place en 2007, **cet entretien prénatal précoce permet de repérer dès le début de la grossesse les éventuelles problématiques médico-psychosociales de la femme enceinte**. Il est aussi l'occasion pour les futurs parents de faire part de leurs attentes et de leurs besoins pendant la grossesse. L'enquête nationale périnatale de 2016, conduite par l'Inserm et la Drees, indique que **cet entretien est peu pratiqué, 28,5 % des femmes ayant déclaré en avoir eu un en 2016 contre 21,4 % en 2010**¹. L'enquête considère toutefois que ce taux pourrait être sous-estimé si les femmes enceintes ne distinguent pas bien cet entretien des autres consultations prénatales obligatoires et des séances de préparation à la parentalité. Elle précise enfin que dans la majorité des cas, l'entretien prénatal précoce est réalisé par une sage-femme de la maternité (50,3 %) et qu'il a souvent lieu au quatrième mois de la grossesse. 14,6 % des femmes interrogées ont indiqué qu'à l'issue de cet entretien, elles avaient été orientées vers d'autres professionnels pour une prise en charge spécifique (difficultés psychologiques, sociales, addictions, etc.).

Compte tenu du faible recours à l'entretien prénatal précoce, pourtant destiné à la prévention des risques médico-psychosociaux afin d'assurer la santé de la femme enceinte et de l'enfant, le présent article vise à rendre cet entretien obligatoire.

Le 2° du I du présent article modifie l'article L. 2122-2 du code de la santé publique relatif aux examens prénataux et postnataux afin de **rendre l'entretien prénatal précoce obligatoire**. Il précise d'une part que lors du premier examen prénatal, le médecin ou la sage-femme informera la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire. D'autre part, il ajoute que cet entretien sera réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse aura été effectuée. L'objet de cet entretien sera de permettre au professionnel de santé d'évaluer les éventuels besoins de la femme enceinte en termes d'accompagnement au cours de la grossesse.

Le 1° du I modifie l'article L. 2112-2 du code de la santé publique relatif aux missions des services départementaux de la protection maternelle et infantile (PMI), afin de tirer les conséquences du caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce lorsque celui-ci sera réalisé par un professionnel de santé de la PMI.

¹ Inserm, Drees, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016, octobre 2017.*

Le **II** du présent article prévoit l'entrée en vigueur du dispositif proposé le 1^{er} mai 2020.

La réalisation systématique de l'entretien prénatal précoce pourrait concerner environ 758 000 femmes enceintes, puisqu'il s'agit du nombre de naissances vivantes observées en 2018¹.

II - La position de la commission

L'inscription du caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce dans la loi ne sera pas à elle seule suffisante pour accroître son recours. La mobilisation des professionnels de santé, médecins et sages-femmes, sera essentielle pour que cet entretien soit systématiquement proposé et réalisé. Elle doit s'inscrire dans la démarche du Gouvernement visant à sécuriser et renforcer l'accompagnement des femmes enceintes dans le cadre de « l'engagement maternité ».

En outre, votre rapporteure doute de l'impact réel de la mesure proposée sur les comptes de la sécurité sociale, dans la mesure où, d'une part, le taux de réalisation de l'entretien prénatal précoce pourrait être sous-estimé selon l'étude de l'Inserm et de la Drees. D'autre part, cet entretien peut être réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des entretiens prénataux obligatoires qui sont déjà prévus par le code de la santé publique.

Néanmoins, votre rapporteure considère utile d'accroître le recours à l'entretien prénatal précoce pour la femme enceinte, celui-ci permettant de prévenir les risques associés aux difficultés psychologiques, sociales ou aux addictions de la femme enceinte. Il constitue un élément essentiel pour la future santé du nourrisson, en complément des examens prénataux et postnataux obligatoires et des séances de préparation à la parentalité que peuvent suivre les parents.

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

¹ Chiffre provisoire publié par l'Insee en janvier 2019.

Article 41 ter (nouveau)

**Autorisation de délivrance de substituts nicotiques
par certains professionnels de santé**

Objet : Cet article, introduit à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du Gouvernement, vise à permettre aux professionnels des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie et aux structures de protection maternelle et infantile de délivrer gratuitement une amorce de traitement de substitution nicotinique pour les patients qui souhaitent un accompagnement à l'arrêt du tabac.

I - Le dispositif proposé

Inséré à l'Assemblée nationale par la voie d'un amendement du Gouvernement, l'article 40 *ter* du PLFS pour 2020 crée, au sein du code de la santé publique, un nouvel article L. 3511-4 afin d'autoriser, par dérogation au monopole des pharmaciens dans la délivrance des produits de santé¹, les professionnels de santé habilités à prescrire des substituts nicotiques², lorsqu'ils interviennent dans les centres d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie³ ou dans les services départementaux de la protection maternelle et infantile, à délivrer à titre gratuit des substituts nicotiques aux patients en amorce d'une traitement de substitution nicotinique. La liste des substituts nicotiques pouvant être délivrés dans ces conditions sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions d'application de cette disposition seront précisées par un décret.

II - La position de la commission

Compte tenu de la prégnance du tabagisme chez les jeunes, votre commission estime que la possibilité de délivrer des substituts nicotiques aurait également dû être étendue aux services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. De même, le démarrage d'un traitement de substitution nicotinique, par la délivrance sans avance de frais de ces substituts, pourrait utilement être proposé à l'occasion de la visite d'information et de prévention réalisée dans les services de santé au travail pour les travailleurs salariés à l'embauche puis tous les cinq ans.

¹ Article L. 4211-1 du code de la santé publique.

² En application de l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, ces professionnels sont : les médecins (y compris les médecins du travail), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

³ Il s'agit de centres pratiquant des examens de santé gratuits, en application de l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale.

Votre commission n'a adopté qu'un amendement rédactionnel à cet article (amendement n° 182).

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

Article 42

**Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
et adaptation du dispositif du financement à la qualité**

Objet : Cet article adapte le dispositif de financement à la qualité (dotation IFAQ) des établissements de santé et modifie le cadre juridique des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), en supprimant notamment le caractère obligatoire de son volet socle.

I - Le dispositif proposé

**A. Des ajustements ponctuels du mécanisme de pénalité financière
lié au dispositif IFAQ institué par la LFSS pour 2019**

• L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale¹ a généralisé, à compter du 1^{er} janvier 2016, le **dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)** des établissements de santé², expérimenté dès 2012, qui leur permet de se voir attribuer une dotation sur la base de critères liés à la qualité et à la sécurité des soins.

Parallèlement au relèvement du montant de cette dotation, passé de 50 millions d'euros en 2018 à 300 millions d'euros pour 2019, **la LFSS pour 2019³ en a rénové le cadre juridique**, notamment :

- pour étendre le dispositif aux établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie à compter de 2020 ;
- pour orienter le dispositif vers des indicateurs de résultat et prendre en compte les résultats et expériences rapportés par les patients ;
- pour **l'assortir d'un mécanisme de pénalité financière** en cas de non atteinte par un établissement, pendant trois années consécutives, du seuil fixé pour certains indicateurs, après procédure de mise en demeure.

¹ Cet article a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 78).

² Concernant d'abord les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO), y compris l'hospitalisation à domicile, le dispositif a été élargi en 2017 aux soins de suite et de réadaptation (SSR).

³ Article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018.

Les indicateurs de qualité et sécurité des soins

Le décret n° 2019-121 du 21 février 2019 a défini sept catégories d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins :

- 1° Qualité des prises en charge perçue par les patients ;
- 2° Qualité des prises en charge cliniques ;
- 3° Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins ;
- 4° Qualité de la coordination des prises en charge ;
- 5° Performance de l'organisation des soins ;
- 6° Qualité de vie au travail ;
- 7° Démarche de certification.

• Le 1° du I du présent article **complète les dispositions relatives au mécanisme de pénalité financière entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2020** :

- d'une part, pour préciser que **le seuil minimal est réputé non atteint lorsqu'un établissement ne procède pas au recueil obligatoire** d'un indicateur ou que les données déclarées sont invalidées par l'autorité administrative de contrôle ;

- d'autre part, pour mentionner que **le produit des pénalités financières vient abonder la dotation IFAQ**.

• Par ailleurs, le II modifie le code de la santé publique pour élargir le **contrôle** du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins aux **pharmaciens inspecteurs**. Il simplifie en outre les conditions de recours, pour ces missions de contrôle, aux médecins ou pharmaciens conseils de l'assurance maladie, en supprimant la vérification de leurs aptitudes techniques ou juridiques.

Pour rappel, le contrôle des résultats recueillis par les établissements de santé pour s'assurer de la fiabilité de ces données, est organisé chaque année et piloté par les ARS. D'après les indications de la DGOS, 25 % des établissements de santé sont ciblés chaque année dans chaque région (une partie tirée au sort, une autre partie au choix des ARS), de manière à ce que tous les établissements soient contrôlés une fois tous les quatre ans.

B. L'évolution du cadre juridique des CAQES : préciser la portée d'un dispositif qui n'a pas pleinement porté ses fruits

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹ a réuni en un seul support contractuel, le **contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins** (CAQES), les différents outils préexistants², dans un objectif de simplification du dialogue de gestion entre l'agence régionale de santé, l'assurance maladie et chaque établissement de santé.

¹ Article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

² Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) pour les produits de santé et les transports sanitaires, le contrat de bon usage (CBU) des médicaments, le contrat d'amélioration des pratiques, le contrat de pertinence.

Ce contrat comporte **un volet obligatoire** relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations, ciblé en pratique sur le **bon usage des produits de santé** et conclu pour une durée indéterminée. Certains contrats ont également porté sur les prescriptions de transports ou le recours à certains actes chirurgicaux. Le contrat peut également comporter **un ou plusieurs volets additionnels pour des établissements ciblés** s'écartant des normes convenues et ne respectant pas les objectifs des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins, conclus pour une durée maximale de cinq ans.

Un **double mécanisme de sanction** s'applique : d'une part, en cas de refus d'un établissement de conclure ce contrat ou l'un de ses volets ; d'autre part, en cas de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs. Cette sanction, dont les conditions étaient jugées « peu légitimes » comme le reconnaît l'étude d'impact, a fait l'objet d'un **moratoire** en 2018 et 2019. La première n'a pas donné lieu à application.

En contrepartie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹ a ouvert la possibilité pour les agences régionales de santé d'allouer un **intéressement** *via* le fonds d'intervention régional (FIR). D'après les indications transmises à votre rapporteur par la DGOS, 12,5 millions d'euros ont été délégués aux ARS à ce titre en 2019.

Parallèlement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019² a prévu la possibilité pour l'ARS, en cas de pratiques non conformes à des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'action régional, d'enjoindre à un établissement de santé l'élaboration d'un **programme d'amélioration de la pertinence des soins** ; à l'initiative de votre rapporteur, un lien a été fait entre ce programme et le CAQES, le premier servant ainsi de base à la conclusion d'un volet additionnel à ce contrat. Comme l'a indiqué la DGOS, ce programme d'amélioration de la pertinence des soins peut également concerner d'autres aspects que ceux couverts par un volet du CAQES, ayant trait à la formation, aux ressources humaines ou au pilotage interne de l'établissement. En 2018, **140 établissements ont signé un CAQES comportant un volet additionnel sur la pertinence des soins**³.

• Les **2° à 4° du I** proposent une nouvelle rédaction des articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, relatifs aux modalités d'élaboration des CAQES et aux sanctions afférentes :

- **l'objet du CAQES est recentré sur l'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des soins et prescriptions**, alors que la définition actuelle évoque également l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

¹ Article 57 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

² Article 40 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018.

³ Ces volets ont notamment porté sur la chirurgie bariatrique, l'intervention pour syndrome de canal carpien, le taux de recours au bilan d'hémostase ou au groupe sanguin, l'hospitalisation à domicile ou la césarienne programmée.

Il s'agit d'éviter la confusion avec le dispositif IFAQ mentionné plus haut, alors que les champs de ces outils sont partiellement redondants ;

- le dispositif est **ciblé sur des établissements relevant de « priorités nationales » définies par arrêté ou identifiés pour des pratiques s'écartant des référentiels de pertinence ou de seuils** de volumes ou de dépenses sur certains actes ou prescriptions prévus par le plan régional. Dans ce dernier cas, en cas d'écarts « significatifs » en nombre ou en évolution sur certains actes, prestations et prescriptions dont la liste limitative sera définie par arrêté, le contrat pourra fixer un **volume cible à atteindre**, ne pouvant être inférieur de plus de 30 % au volume de l'année précédente afin d'éviter des évolutions trop brutales. **Le caractère obligatoire du volet relatif au bon usage des produits de santé est ainsi supprimé.** Cela vise, d'après l'étude d'impact, à « simplifier la démarche », alors qu'un groupe de travail a montré que certains indicateurs utilisés n'étaient pas pertinents pour l'ensemble des établissements de santé ou que leur recueil n'était pas effectué, faute de moyens, dans près de 300 établissements. La DGOS a indiqué à votre rapporteur vouloir privilégier, par ces évolutions, la contractualisation « sur mesure » selon le profil de l'établissement afin de laisser plus de souplesse aux acteurs ;

- le contrat est conclu pour une durée de **cinq ans maximum** (comme pour les actuels volets additionnels), sur la base d'un contrat type et précise notamment les objectifs à atteindre et les modalités d'évaluation ;

- la sanction financière en cas de refus de l'établissement identifié à conclure le contrat est maintenue dans les mêmes conditions ;

- de même le principe d'un **intéressement** alloué en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et de la réalisation des objectifs fixés est maintenu. Le versement de cet intéressement ne sera plus soumis à l'avis de la caisse locale d'assurance maladie. D'après l'étude d'impact, cet intéressement sera déterminé à la fois au niveau régional, comme à l'heure actuelle *via* la dotation allouée dans le cadre du FIR, et au niveau national sur la base d'**indicateurs** qui pourraient être ciblés, dès 2020, sur quatre items : le taux de recours à une ambulance, la prescription d'inhibiteur de pompe à proton, la prescription de perfuseurs et poussettes seringues et les examens pré-anesthésiques (à hauteur de 10 millions d'euros versés à compter de 2021 sur la base de ces 4 indicateurs). L'évaluation des résultats serait établie au niveau national d'après les indications de la DGOS ;

- le dispositif de **sanction financière en cas de non atteinte des objectifs change de portée** et s'appliquera en cas de sur-recours à certains actes ou prescriptions qui seront définis au niveau national. Le constat de non atteinte des objectifs sera établi **à l'issue d'une période de deux ans** suivant le ciblage de l'établissement, en tenant compte des « caractéristiques du territoire » et de l'établissement, en particulier des besoins d'un territoire qui pourraient justifier un taux de recours à certains actes supérieur aux

références nationales (par exemple en fonction des données disponibles sur la prévalence de certaines pathologies). Le texte introduit un **avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie** préalable à la décision par l'ARS. **Le principe d'une sanction¹ est remplacé par celui d'une diminution du remboursement d'un acte**, par le biais d'un **abattement forfaitaire** au tarif national, pour les actes ou prestations concernés ou, concernant les produits de santé de la liste en sus, une minoration forfaitaire de la part prise en charge par l'assurance maladie. Ces abattements ou minorations forfaitaires seront fixés selon un barème national et ne pourront pas représenter plus de **50 %** du tarif ou de la prise en charge, sans que la différence puisse être facturée aux patients. Les sommes récupérées abonderont le FIR.

D'après l'étude d'impact, **15 actes chirurgicaux²** pourraient être concernés pour une application à compter de 2022. Les actes cités font partie des 33 thématiques prioritaires définies en 2014 au niveau national à l'issue de travaux conduits par la DGOS et l'assurance maladie, en association avec la Haute Autorité de santé et l'ATIH³, dont dix ont donné lieu à une analyse des taux de recours par région dans l'Atlas national des variations des pratiques médicales dont la première édition a été publiée par l'Irdes en novembre 2016. Les plans régionaux ont concerné pour la plupart les actes ciblés par ces travaux.

- Ces nouvelles dispositions s'appliqueront à **compter de 2021**, dans la mesure où les contrats 2020 sont en cours de négociation et devront être signés avant la fin de l'année 2019. Le **III** prévoit dès lors que les CAQES conclus avec des établissements qui ne seront pas identifiés en vertu de la nouvelle procédure deviendront caduques à compter du 1^{er} janvier 2021.

- L'étude d'impact évalue les économies attendues pour l'assurance maladie à 11 millions d'euros en 2020 avec une hypothèse de réduction de 20 % des écarts-types sur les actes visés, et 25 millions d'euros en 2021 avec une hypothèse de réduction de 40 % des écarts-types.

C. Le soutien ponctuel au développement d'activités

- Le **5° du I** introduit un nouvel article L. 162-30-4-1 au sein du code de la sécurité sociale. Il prévoit la possibilité pour l'ARS d'apporter, à travers le FIR qui aura été abondé en conséquence, un soutien financier au développement d'activités, dès lors que l'absence de délivrance de ces actes au niveau d'un territoire donné est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées.

¹ A l'heure actuelle, cette sanction financière est proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite (pour chaque volet) de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le dernier exercice clos, et de 5 % de ces produits pour l'ensemble des volets du contrat.

² Cataracte, endoscopie digestive, coloscopie, appendicectomie, césarienne, amygdalectomie, prostatectomie, angioplastie, chirurgie bariatrique, pose de prothèse de genou, pose de prothèse de hanche, arthroscopie, chirurgie des varices, cholécystectomie, libération du canal carpien.

³ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Comme l'a indiqué Jean-Marc Aubert, cela concrétise l'autre dimension de la pertinence des soins qui n'est pas le sur-recours mais le sous-recours à certains actes. Le sous-recours à l'angioplastie en Ardèche pourrait par exemple être concerné.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article après avoir apporté des modifications strictement rédactionnelles.

III - La position de la commission

- Suivant la position constante exprimée par la commission dans de nombreux travaux, votre rapporteur partage les objectifs de cet article de valoriser la qualité et la pertinence des soins dans les modes de financement des établissements de santé.

Cette évolution, qui répond d'ailleurs à des attentes fortes des acteurs hospitaliers d'avancer vers des modes de régulation axés sur la pertinence des soins plutôt que sur le rapport prix/volume, s'inscrit dans le prolongement du plan « Ma Santé 2022 » et des travaux de la *task force* sur le financement du système de santé pilotée par Jean-Marc Aubert.

Lors de l'examen du PLFSS pour 2019, votre rapporteur avait cependant pointé du doigt **l'empilement de dispositifs d'incitation à la qualité et à l'efficacité des soins à l'hôpital** - à travers les CAQES, la dotation IFAQ ou les programmes d'amélioration de la pertinence des soins institués par la précédente LFSS - aboutissant à un **paysage complexe et peu lisible**. Elle avait appelé à une remise à plat globale.

- À cet égard, cet article engage un début de clarification en recentrant l'objet des CAQES sur la pertinence et l'efficacité des soins, le distinguant ainsi du dispositif IFAQ portant sur les volets qualité et sécurité. Il vise par ailleurs à **assouplir une démarche dont la lourdeur pour les établissements de santé était également l'objet de critiques**.

On peut toutefois regretter que la démarche de pertinence soit au final ciblée sur quelques établissements alors qu'elle devrait concerner tous les acteurs. En outre, si l'approche statistique est inévitable, une **approche médicale** du sujet, qui favorise l'appropriation du concept, *via* notamment des dialogues de pair à pair entre professionnels de santé, apparaît également indispensable à développer. La DGOS et Jean-Marc Aubert ont indiqué lors de leur audition travailler sur ces deux leviers, la période de deux ans entre le ciblage de l'établissement et le prononcé d'une éventuelle baisse tarifaire devant être mise à profit pour le dialogue médical.

Afin d'inscrire ce principe dans le texte, la commission a adopté un amendement de son rapporteur tendant à **préciser que la période de deux ans entre la saisine de l'établissement par l'ARS et le prononcé d'un éventuel abattement tarifaire est mise à profit pour engager un dialogue médical entre pairs afin d'accompagner l'évolution des pratiques (amendement n° 156).**

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

Article 43

Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments à l'aide de plusieurs outils ciblés

Objet : Cet article vise à renforcer la pertinence des prescriptions médicales par la mobilisation de cinq outils nouveaux : l'assouplissement du régime de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU), l'ordonnance de dispensation conditionnée à la réalisation d'un test diagnostique préalable, la refonte de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP), le durcissement des sanctions à l'égard des conditionnements inappropriés de médicaments, et l'incitation financière faite aux établissements de santé de se fournir en médicaments au regard des dépenses globales de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

A. Des modifications au régime de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU)

Le code de la sécurité sociale (CSS) énonce, à son article L. 162-2, le principe de la **liberté de prescription du médecin**. Jusqu'en 2011, les seuls tempéraments - indirects - apportés à ce principe tenaient à la nature remboursable ou non du produit de santé ou du médicament prescrit : **un médicament prescrit par un praticien ne pouvait être remboursé** par l'assurance maladie qu'à la condition que la prescription respecte **les indications thérapeutiques pour lesquelles son remboursement était admis** au titre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

L'affaire du Mediator a illustré les failles importantes d'une limitation de la liberté de prescription *par le seul critère de l'indication thérapeutique*. Les travaux menés à la suite de cette affaire ont en effet montré que des prescriptions pour des produits remboursables, réalisées en dehors des indications thérapeutiques initiales mais surtout **en dehors du champ de l'autorisation de mise sur le marché (AMM)**, pouvaient engendrer des situations - parfois dramatiques - de **mésusage**.

La loi du 29 décembre 2011¹ introduisit au code de la santé publique (CSP) un article L. 5121-12-1, qui dispose qu'une **spécialité pharmaceutique peut, de façon dérogatoire, faire l'objet d'une prescription non conforme à son AMM** à trois conditions cumulatives :

- l'absence d'une spécialité de même principe actif dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées ;

- l'émission d'une **recommandation temporaire d'utilisation (RTU)** par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour l'indication ou les conditions d'utilisation considérées ;

- l'estimation par le prescripteur du caractère **indispensable** de cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état du patient. Il impose alors au prescripteur d'assurer la pleine information du patient sur les risques encourus, les contraintes et les bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament.

Les RTU sont par ailleurs obligatoirement assorties d'un **protocole de suivi des patients** élaboré et mis en œuvre par le titulaire ou l'exploitant de l'AMM de la spécialité en question.

Dans le cas des RTU, il n'existe qu'une **dérogation partielle** au principe énoncé par l'article L. 162-17 du CSS. L'article L. 162-17-2-1 du même code dispose en effet que toute spécialité faisant l'objet d'une RTU *peut* bénéficier, pour une durée limitée, d'un remboursement. Ce dernier se fonde en revanche sur un nouveau tarif issu d'une négociation spécifique avec le comité économique des produits de santé (CEPS).

Le **1° du I** de l'article 43 modifie substantiellement la place et l'avis du prescripteur. Alors que le droit existant conditionne la prescription hors AMM d'une spécialité à l'avis préalable du prescripteur sur son caractère indispensable, l'article 43 limite les conditions à l'indisponibilité d'une substance de même principe actif dans l'indication considérée et à la délivrance de la RTU par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Sous ces deux réserves, **la prescription hors AMM sera ouverte de plein droit au prescripteur sans que ce dernier n'ait plus à juger de son caractère indispensable, mais simplement de ce qu'elle « répond aux besoins du patient »**. Par ailleurs, il est explicitement indiqué que la prescription d'une spécialité hors AMM pourra être réalisée malgré l'existence d'autres spécialités, disposant pourtant d'une AMM dans l'indication thérapeutique visée, mais dont les effets seront jugés moins bénéfiques au patient.

¹ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Le **critère premier de la prescription** d'une spécialité, *sous réserve d'un examen préalable de sa qualité thérapeutique par l'ANSM* (prenant la forme d'une AMM ou d'une RTU), glisse **de l'indication thérapeutique** pour laquelle la spécialité a obtenu son AMM et son inscription au remboursement, **aux effets bénéfiques attendus sur le patient**.

Dès lors, le prescripteur n'a plus l'obligation de motiver la prescription hors AMM d'une spécialité ayant bénéficié d'une RTU lorsqu'il existe une « *spécialité comparable disposant d'une AMM ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité [celle sous RTU] dans cette indication* » (**2° du I**). À ces mêmes conditions, il pourra également être dérogé à l'obligation de protocole de suivi (**3° du I**).

Enfin, l'article prévoit la possibilité pour le ministre de la santé ou le ministre de la sécurité sociale de saisir l'ANSM d'une demande de RTU (**4° du I**).

B. Un repositionnement des tests diagnostiques préalables dans la prescription médicale

1. Une ordonnance de dispensation conditionnelle

Le **II** de l'article 43 introduit la possibilité pour le prescripteur de délivrer des « **ordonnances de dispensation conditionnelle** », destinées à conditionner la dispensation de certains médicaments en officine à la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

L'étude d'impact vise spécifiquement les **cas de prescription abusive d'antibiotiques pour le traitement d'une angine virale**, présentant au moment de la consultation les mêmes symptômes que l'angine bactérienne, qui pourtant seule justifie la dispensation d'un antibiotique. Au-delà de la dépense de remboursement qu'induisent ces prescriptions médicamenteuses injustifiées, le Gouvernement soulève le problème plus général de l'**antibiorésistance**, identifiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale* ». En effet, l'association France Assos Santé relève que « *40 % des prescriptions d'antibiotiques en ville (les cabinets libéraux concentrent plus de 90 % des prescriptions) n'ont aucune raison d'être* », en raison du caractère viral de la très grande majorité des angines diagnostiquées.

En conséquence, le **III** de l'article 43 renvoie à un décret en Conseil d'État les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle.

2. Une nouvelle tarification des tests de diagnostic rapide

Le VI intègre la tarification des tests de diagnostic rapide par les pharmaciens d'officine aux assurés sociaux au champ de la négociation conventionnelle entre les syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Le prix unitaire, quoique facturé en officine, devra *tenir compte* du prix unitaire qui aurait été facturé s'il avait été calculé à partir du **prix de cession maximal** fixé par arrêté ministériel en vertu de l'article 29 du présent projet de loi, et applicable pour les ventes aux établissements de santé.

Le VII instaure la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'arrêter le **prix de cession maximal** auquel ces tests de diagnostic rapide pourront être vendus aux pharmaciens d'officine.

Enfin, le VIII prévoit la possibilité de **conditionner l'inscription d'un médicament sur la LPPR** à la réalisation préalable des prescriptions indiquées par l'ordonnance de dispensation conditionnelle.

3. Acquittement de la franchise médicale par l'assuré social

Le V élargit l'application de la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré aux prestations effectuées par un pharmacien d'officine définies par « arrêté ministériel ». Ces prestations, qui sont aujourd'hui circonscrites à la vaccination contre la grippe et à deux autres types de tests rapides de la grippe et de la glycémie, pourraient être **étendues aux prestations décrites par les ordonnances de dispensation conditionnelle, mais également à toute autre prestation qui sera visé par cet arrêté.**

C. Précisions apportées à la procédure de mise sous accord préalable

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP), telle que visée par les différentes dispositions de l'article 43, sert **deux objectifs distincts**, concurrents tous deux à l'efficacité des prescriptions :

- *lorsqu'elle vise un professionnel de santé*, prévenir les cas d'hyper-prescription ;

- *lorsqu'elle vise un produit de santé*, faire contrôler son service médical rendu par l'assurance maladie *au regard des différentes modalités de prescription dont il peut faire l'objet*¹.

1. La procédure de MSAP tend à prévenir les cas d'hyper-prescription

a) Les procédures applicables en cas d'hyper-prescription

D'après l'article L. 315-2 du CSS, le bénéfice de certaines prestations de santé peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie. Il s'agit, de façon générale, d'un contrôle

¹ Le service médical rendu d'un produit de santé, évalué préalablement à sa mise sur le marché, étant réalisé par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS).

a priori porté sur la pertinence d'une prescription dont la **nature particulière**, la **répétition dans le temps** ou l'**exposition au mésusage** peuvent entraîner d'importants surcoûts pour l'assurance maladie.

Outre ces actes et pratiques qui constituent la mise sous accord préalable de droit commun, l'article L. 162-1-15 du CSS précise que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut, *a posteriori* et **pour un ou plusieurs professionnels de santé en particulier**, subordonner à l'accord préalable, pour une durée ne dépassant pas six mois, la couverture des actes et des prestations qu'ils prescrivent **en cas d'« hyper-prescription » constatée par rapport à la moyenne**. Il peut être dérogé à la MSAP lorsque le professionnel de santé concerné accepte de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions. Il s'agit alors d'une procédure de mise sous objectif (MSO).

Il est important de signaler que les procédures de MSO/MSAP à l'égard de professionnels de santé « hyper-prescripteurs » n'interviennent qu'à l'issue d'une démarche en plusieurs étapes ayant d'abord mobilisé un accompagnement classique au travers d'échanges confraternels. Les procédures de MSO/MASP prévoient un accompagnement renforcé qui ne concerne actuellement qu'un nombre très limité de prescripteurs.

En cas de **non atteinte de l'objectif fixé** ou de **récidive après deux périodes de MSAP**, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer, à l'égard du professionnel de santé, une pénalité dont le montant est plafonné à 70 % des sommes relatives aux hyper-prescriptions reprochées.

b) Le dispositif proposé par l'article 43

L'étude d'impact de l'article 43 cible le dispositif de ce dernier sur la **procédure de MSO/MSA réservée aux praticiens « hyper-prescripteurs »**. Elle tire les conclusions d'un rapport conjoint de l'inspection générale des finances (IFG) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à l'évolution des dépenses des indemnités journalières¹, qui a examiné l'impact de la procédure de MSO/MSAP sur la dynamique d'hyper-prescription donnant notamment lieu à des arrêts de travail injustifiés.

Leur conclusion est nuancée : *« l'impact des procédures de MSO/MSAP sur les prescriptions est fort dans les trois premiers mois qui suivent la réception du courrier les informant de la procédure et pendant leur période d'application. Passée la période de mise en œuvre, les prescripteurs reviennent rapidement à des niveaux de prescription significativement supérieurs à la moyenne »*. L'effet contraignant des procédures n'opère donc **qu'à court terme**.

¹ IGAS et IGF, Revue de dépenses : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières, juillet 2017.

C'est pourquoi le **IV** de l'article 43 permet de **reporter l'enclenchement de la pénalité** au-delà de la deuxième période de MSAP (1°), et autorise le directeur de caisse de moduler son montant en fonction de l'ampleur de la récidive (2°).

2. La procédure de MSAP permet de vérifier le service médical rendu par un produit de santé au regard de la pratique de sa prescription

Alors que le droit existant prévoit que l'application générale d'une procédure d'accord préalable puisse être décidée **par arrêté ministériel** à l'occasion de l'*inscription* ou du *renouvellement* d'un produit de santé sur les listes des produits remboursables, le **2° du XI** de l'article élargit cette possibilité « *à tout moment* ». Il intègre également aux produits de santé potentiellement concernés par la procédure ceux dont le caractère innovant est susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique et ceux qui font l'objet d'un remboursement temporaire pour une indication particulière (par ajout d'une référence aux articles L. 165-1-1 et L. 165-1-5 du CSS).

En outre, le **3° du XI** isole le cas où un établissement de santé, ou un professionnel exerçant en son sein, formule une demande de prise en charge par l'assurance maladie d'une **prestation** faisant l'objet d'une MSAP. Si la demande est adressée par voie électronique, l'identification de l'émetteur et la sécurisation de ses échanges avec le service du contrôle médical de l'assurance maladie seront assurées dans des conditions spécifiques prévues par décret en Conseil d'État.

Par ailleurs, il pourra être dérogé à l'obligation d'homologation de certains formulaires, particulièrement contraignante s'agissant des **médicaments biosimilaires** (auxquels l'étude d'impact fait explicitement référence), dont le présent article entend favoriser la prescription.

D. Pénalisation du conditionnement inapproprié d'un médicament

Le **IX** de l'article 43 introduit la possibilité pour le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale de fixer une pénalité financière, qui ne peut excéder 10 % du chiffre d'affaires hors taxes, à l'encontre d'un laboratoire exploitant un médicament dont **la forme, le dosage ou la présentation n'est pas adapté à ses conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique** et qui, de ce fait, entraîne un surcoût pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique.

L'étude d'impact mentionne tout particulièrement les cas de médicaments dont le format de vente prévoit des quantités excessives par rapport à la prescription, situations qui peuvent engendrer du gaspillage, de l'automédication ou des traitements surdosés.

E. Précision de l'incitation financière faite aux établissements de santé pour la pertinence de leurs prescriptions

L'article L.162-22-7-4 du CSS dispose actuellement que les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO), tous statuts confondus, peuvent bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) lorsqu'ils atteignent des résultats en matière de pertinence et d'efficience de leurs prescriptions de produits de santé.

Le X de l'article 43 substitue à la dotation du FIR, dont l'enveloppe régionale est fermée, une « *dotation financière de l'assurance maladie* », susceptible de considérablement élargir la disponibilité des fonds consacrés à ce mécanisme incitatif. Par ailleurs, l'incitation n'est plus strictement liée à la pertinence et à l'efficience des prescriptions produites par les établissements de santé « en interne », mais se trouve étendue à « *l'efficience des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie* ». Il ne s'agit plus d'intéresser financièrement l'établissement à l'efficience de sa seule politique de prescription, mais de l'inciter également à ajuster ses politiques d'achat en regard des prescriptions qui peuvent avoir un impact financier sur les dépenses de ville.

L'étude d'impact se montre à ce titre particulièrement explicite. Dans le cas de **prestations hospitalières exécutées en ville** (PHEV), la prescription émise par un établissement, qui conduit à la dispensation d'un produit de santé en officine, produit des effets directs sur les dépenses de soins délivrés en ville. Il est ainsi fait mention de laboratoires exploitants des médicaments biologiques de référence qui, ayant remporté le marché de fourniture d'un établissement de santé, conduit indirectement ce dernier à la prescription de médicaments de référence au détriment de médicaments biosimilaires, aux effets thérapeutiques comparables et bien moins onéreux.

Les outils incitatifs actuels permettent certes aux établissements de santé d'affiner la pertinence et l'efficience de leurs prescriptions, mais **sans considération globale** pour le circuit de la dépense lorsque cette dernière engendre des coûts hors de leurs murs. C'est pourquoi la mesure proposée associe le mécanisme incitatif relatif à leur politique d'achat aux dépenses **totales** de l'assurance maladie.

Le calcul des indicateurs étant renvoyé à un arrêté ministériel, l'étude d'impact précise que ces derniers devraient être particulièrement fléchés sur « *une incitation à l'achat de médicaments efficaces tels que des médicaments biosimilaires par les établissements de santé [afin de] favoriser des médicaments en intra-hospitalier dès lors qu'une meilleure pénétration permettrait de réaliser également des économies en ville* ». Ainsi, la mesure vise explicitement à **se servir de l'incitation financière offerte aux établissements de santé pour réduire la dépense de soins de ville**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel du rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté un **amendement du Gouvernement** à l'article 43, visant à intégrer au champ de la négociation conventionnelle entre les syndicats de pharmaciens d'officine et l'Uncam la **tarification des honoraires dus aux pharmaciens au titre des actions de dépistage ou d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques**. La liste des actions pouvant donner lieu à rémunération sera fixée par arrêté ministériel.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement les dispositions contenues dans l'article 43, tout en émettant deux réserves.

Bien que votre commission soit très favorable aux dispositifs visant à lutter contre l'antibiorésistance et donc à l'hyper-prescription d'antibiotiques, il semble que l'ordonnance de dispensation conditionnelle, mise en œuvre par l'article 43, opère un **report de responsabilité sur le pharmacien**, et occulte le rôle fondamental que peut endosser le prescripteur.

Il est en effet curieux que le prescripteur, qui dispose déjà de la possibilité de soumettre le patient à un test de diagnostic rapide en cabinet pour déterminer la nature virale ou bactérienne d'une angine, se trouve implicitement déchargé de cette faculté au profit d'une ordonnance de dispensation conditionnelle, qui transfère l'acte au pharmacien. Outre qu'**il rallonge potentiellement le parcours du patient** (qui devra subir le test en pharmacie d'officine, moins adaptée qu'un cabinet médical), ce transfert ne sera **financièrement pas anodin pour le pharmacien**, qui pourra par ailleurs être contraint d'acquérir les TROD à un prix de cession maximal.

Votre commission a donc adopté un **amendement n° 205** visant à réaffirmer le rôle premier du prescripteur en matière de tests de diagnostic rapide.

En outre, la commission a entendu, par un **amendement n° 214**, préciser le champ matériel de la sanction à laquelle seront exposées les entreprises pharmaceutiques en cas de conditionnement inapproprié. Il paraît en effet contestable que des critères aussi vastes que la forme et le dosage leur soient reprochés, surtout en l'absence de recommandations préalablement établies par l'ANSM. C'est pourquoi l'amendement limite leur responsabilité en matière de conditionnement inapproprié aux seuls cas de présentation.

Sous réserve de l'adoption de l'amendement n° 216 rédactionnel, **vo**tre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 44

**Mesures diverses pour le secteur des transports de patients
et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS pour 2018**

Objet : Cet article propose d'étendre les dérogations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018 au financement et à la réalisation de certaines activités de biologie médicale ainsi qu'à la mise en service de transporteurs sanitaires non urgents. Il apporte par ailleurs d'utiles précisions quant au régime de mise en service des transporteurs sanitaires dédiés à l'aide médicale d'urgence.

I - Le dispositif proposé

A. Dérogation aux modalités de financement et de réalisation de certaines activités de biologie médicale

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018¹ a permis d'étendre considérablement le champ d'expérimentations dérogatoires aux règles d'organisation et de financement des prestations de soins. De plus en plus mobilisés par les acteurs publics en matière sanitaire, les dispositifs dits « article 51 » permettent le lancement de projets innovants qui bénéficient d'une durée maximale de cinq ans avant d'être éventuellement pérennisés.

Au champ actuellement défini par l'article 51, le **b) du 1° du I** ajoute la possibilité de déroger au principe énoncé à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale (CSS) selon lequel « *un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait l'objet d'un remboursement* ». Il est explicitement envisagé de **pouvoir rembourser des examens d'une telle nature sans prescription médicale préalable**.

Le **c) du 1°** vise pour sa part à **étendre la dérogation aux conditions et modalités actuelles de réalisation des examens de biologie médicale**.

Les dispositions en vigueur au code de la santé publique (CSP)

- **Articles L. 6211-13 et L. 6211-14** : en principe, le **prélèvement** d'un examen de biologie médicale doit être réalisé dans un laboratoire de biologie médicale (LBM). En cas d'incapacité, il peut être néanmoins réalisé dans un établissement de santé, au domicile du patient, ou dans des lieux en permettant la réalisation par un professionnel de santé autorisé et conformément aux procédures déterminées avec le biologiste responsable du LBM. Ces procédures sont fixées par convention entre le responsable du laboratoire et le responsable de la structure de prélèvement, lorsque cette dernière n'est pas un établissement de santé.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

- **Article L. 6211-18** : la **phase analytique** d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée qu'au sein d'un LBM, sauf en cas de décision thérapeutique urgente. La phase analytique pourra alors être réalisée en établissement de santé ou dans un lieu déterminé par arrêté ministériel.

Le **a) du 1° du I** procède à une coordination relative aux nouvelles modalités de financement des soins psychiatriques, réformées par l'article 25 du présent projet de loi. Le **V** en tire les conséquences concernant la date d'entrée en vigueur.

B. Modification du régime de financement et de mise en service du transporteur sanitaire

1. Le régime de financement

Le **2° du I** modifie substantiellement le régime de financement du transport sanitaire. L'article L. 322-5 du CSS prévoit en effet qu'actuellement, les frais de transport sont pris en charge à la **double condition** d'avoir été **prescrits par un médecin** et **définis sur la base du trajet et du mode de transport le moins onéreux**.

L'article 44 propose de **limiter la condition de prise en charge à la seule prescription médicale**, tout en précisant que cette dernière devra indiquer le mode de transport **le plus adapté** à l'état du patient et, le cas échéant, la possibilité d'un **transport partagé**. Ce n'est que dans le cadre défini par la prescription que les frais de transport seront ensuite pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux.

2. La mise en service des transporteurs sanitaires d'urgence

Le **II** redéfinit pour sa part les dispositions relatives à la mise en service du transporteur sanitaire. Le droit existant prévoit que tout transporteur sanitaire doit être titulaire d'un **agrément** délivré par le directeur général de l'agence régionale de santé et ne peut être autorisé à mettre des véhicules de transport terrestre en service que si leur nombre global n'excède pas, à l'échelle départementale, un quota fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.

Ce **régime d'autorisation ne concerne actuellement pas les véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires d'urgence**, assurés par tout service d'ambulanciers conventionné avec le SAMU centre 15 ou sur prescription médicale spécifique¹. Ces derniers ne sont donc **pas soumis à l'autorisation préalable de mise en service, et peuvent circuler en dehors du quota départemental**.

¹ Le transport sanitaire d'urgence peut être également assuré par les services de sapeurs-pompiers, dont le régime d'autorisation ne relève pas de l'ARS, mais de la préfecture de département.

La formulation actuelle de l'article L. 6312-4 du CSP présente toutefois une ambiguïté dommageable : bien que le régime d'exception lié aux transporteurs sanitaires d'urgence ne concerne que leur soumission au quota de circulation, plusieurs interprétations divergentes ont pu contester que l'obligation d'autorisation de mise en service leur soit applicable. Ainsi, le **3° du II** précise le caractère obligatoire de l'autorisation préalable à leur mise en service, avec le retrait de l'agrément comme sanction applicable en cas de non-respect de cette obligation.

3. L'ouverture d'expérimentations dans le transport sanitaire

a) Pour le transport sanitaire non urgent

Le **c) du 1° du I** élargit le champ des dérogations ouvert par l'article 51 de la LFSS pour 2018 au régime d'autorisation des transports sanitaires non urgents. Il ouvre ainsi la possibilité de mettre en service des véhicules terrestres **en dehors du cadre actuel relatif à l'agrément, au quota fixé à l'échelle départementale et aux catégories de véhicules.**

b) Pour le transport sanitaire urgent

Le **III** de l'article 44 prévoit d'étendre jusqu'au 1^{er} janvier 2021 la période d'expérimentations portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre en région.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général visant à étendre les dispositifs de financement dérogatoire à la **participation de dentistes libéraux** aux centres régulant les appels d'urgence médicale.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Sur les examens de biologie médicale

Votre commission accueille favorablement l'extension du champ dérogatoire ouvert au titre de l'article 51. La possibilité de prendre en charge financièrement certains tests diagnostiques sans prescription médicale préalable ne peut que considérablement **faciliter l'accès au dépistage**, notamment des infections sexuellement transmissibles (IST).

Bien que l'étude d'impact ne fasse explicitement mention que des perspectives en matière de prise en charge du virus de l'hépatite C (VHC), votre commission se satisfait que le présent article fournisse - *a posteriori* - la **base légale nécessaire à l'expérimentation actuellement déployée à Paris et dans les Alpes-Maritimes de dépistage gratuit et sans frais du VIH**¹.

Concernant l'extension des possibilités de prélèvement et de phase analytiques en dehors des lieux actuellement visés par le droit (LBM et établissements de santé), l'article 43 offre un cadre à plusieurs projets ciblés d'expérimentation de « **biologie délocalisée** », initiés par des acteurs professionnels de terrain eux-mêmes et présentant un intérêt en matière de dépistage et de prise en charge. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a assuré à votre rapporteure que ces expérimentations feront l'objet d'une **évaluation médico-économique permettant d'en analyser le bénéfice pour les patients et leur efficacité par rapport aux prises en charge actuelles**.

Votre commission, alertée par le coût potentiel et la fiabilité relative de certains examens de biologie délocalisée², a adopté un **amendement n° 206** explicitant clairement la subordination de ces expérimentations à leur **évaluation médico-économique préalable**.

B. Sur les transporteurs sanitaires

Votre commission salue les mesures visant à mettre en évidence la possibilité qu'ont les ARS d'autoriser la mise en service de véhicules sanitaires dédiés exclusivement à l'aide médicale urgente, sans que pour autant ces véhicules soient soumis aux quotas départementaux.

Elle se montre toutefois beaucoup plus réservée sur l'application des dispositions de l'article 51 de la LFSS pour 2018 aux modalités d'**agrément** des véhicules terrestres chargés du transport sanitaire non urgent. Si les autres possibilités de dérogation lui paraissent intéressantes, elle estime que l'agrément d'un transporteur sanitaire doit demeurer de la compétence exclusive de l'ARS. Elle a par conséquent adopté un **amendement n° 207** en ce sens.

Sous réserve de l'adoption de l'amendement n° 208 rédactionnel, **votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié**.

¹ L'expérimentation VIHTEST permet, du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020, sur simple demande, sans rendez-vous et sans ordonnance d'accéder gratuitement à un test de dépistage du VIH dans tous les laboratoires d'analyse médicale de Paris et des Alpes-Maritimes.

² Le conseil central de la section des biologistes médicaux de l'ordre national des pharmaciens, dans sa lettre institutionnelle du 3 octobre 2019, a pointé que la « réalisation par des automates d'examens de biologie médicale dans un cabinet médical, un centre ou une maison de santé » pouvait être en moyenne « 5 fois plus chère qu'un examen réalisé en laboratoire » et que son caractère « déconnecté des phases pré-analytique et post-analytique » entamait fortement sa fiabilité.

Article 44 bis (nouveau)

Élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, précise le cadre relatif aux pratiques de biologie délocalisée.

I - Le dispositif proposé

Le présent article 44 *bis* complète les dispositions de l'article 44 relatives à la **biologie délocalisée**. Toutefois, contrairement à ce dernier, les modifications qu'il introduit ne s'inscrivent pas dans le champ dérogatoire ouvert par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018¹, mais visent directement le droit commun.

Le 1^o précise les conditions dans lesquelles le prélèvement d'un examen de biologie médicale peut être réalisé hors d'un laboratoire de biologie médicale (LBM). Il vise spécifiquement le cas où la réalisation du prélèvement en LBM ne pourrait être faite **dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient**, et qui autoriserait alors une réalisation en établissement de santé ou dans tout autre lieu conformément aux procédures déterminées par le biologiste responsable du LBM.

Parallèlement, le **a) du 2^o** procède à la même modification pour le cas de la phase analytique d'un examen de biologie médicale. Cette dernière pourra être réalisée hors d'un LBM dans le cas où un délai compatible avec l'état de santé du patient ne serait pas assuré. En cas de réalisation hors LBM d'une phase analytique, le ministre chargé de la santé conserve le pouvoir de détermination des catégories de professionnels de santé habilités à les réaliser. Y est ajoutée la **liste des examens** qui pourront être concernés.

Enfin le **b) du 2^o** redéfinit la compétence du biologiste responsable du LBM pour la fixation des procédures applicables en cas de réalisation de la phase analytique hors LBM. Cette compétence est réaffirmée dans les cas où la phase analytique n'est pas réalisée dans un établissement de santé, ou réalisée dans un établissement de santé par un professionnel de santé qui appartient au LBM.

II - La position de la commission

Votre commission a eu l'occasion d'exprimer sa position sur les pratiques de biologie délocalisée, qui font en partie l'objet de l'**article 44**.

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article sans modification.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

TITRE II

PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER}

PROTÉGER LES FRANÇAIS CONTRE LES NOUVEAUX RISQUES

Article 45

Indemnisation du congé proche aidant

Objet : Cet article entend rendre le congé de proche aidant plus attractif en l'indemnisant pendant trois mois ouvrés pour l'ensemble de la carrière de l'aidant.

I - Le dispositif proposé

A. Un enjeu sociétal majeur, un dispositif public encore limité

1. Un enjeu de société majeur

La société française compte un peu plus de 2 millions de personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Presque 600 000 vivent en établissement, et presque 1,5 million à domicile. D'ici à 2030, les personnes âgées dépendantes seront, selon les projections, entre 15 % et 30 % plus nombreuses qu'aujourd'hui. En 2030, un actif sur quatre sera aidant. La prise en charge publique de ce risque tient pour l'heure imparfaitement compte du travail informel des proches aidants.

La population des proches aidants est encore assez mal connue. L'enquête de référence en la matière est celle de la Drees, intitulée Handicap-Santé-Ménages, qui date de 2008. Elle estime le nombre de proches aidants à environ 8,3 millions en 2008, soutenant près de 5,8 millions de personnes à domicile : 2,2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et 3,6 millions d'adultes âgés de 60 ans ou plus et vraisemblablement 2,5 millions de jeunes de moins de 20 ans, handicapés.

Un tiers des aidants ont plus de 60 ans et entrent eux-mêmes dans la catégorie des personnes dites âgées, et 47 % d'entre eux ont entre 50 et 74 ans. Près de 57 % des aidants sont des femmes - certaines enquêtes plus ciblées jugent cette proportion supérieure encore -, et leur contribution en volume horaire est plus forte que celle des hommes. Les aidants se recrutent dans toutes les catégories socio-professionnelles.

Près de la moitié des proches aidants sont actifs. D'après une enquête BVA de 2010, un salarié aidant sur deux exprime le besoin d'un aménagement de son temps de travail - flexibilité des horaires, réduction de son temps de travail, télétravail, congé temporaire, etc. L'enquête de la Drees de 2008 précise que 14 % d'entre eux ont dû cesser ou réduire leur activité professionnelle pour s'occuper de leur proche.

2. Un dispositif public encore balbutiant

a) Les congés indemnisés

Le principe d'un droit à congé au bénéfice des aidants a été décliné au fil des années par la création de trois congés légaux spécifiques, ouverts sous certaines conditions et dont seuls deux sont indemnisés :

- **Le congé de présence parentale**, ouvert aux salariés et agents publics parents d'un enfant malade, handicapé ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants. Il donne droit à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

- **Le congé de solidarité familiale**, ouvert aux proches aidants accompagnant un proche en fin de vie. Il donne droit à l'allocation journalière d'assistance à une personne en fin de vie (AJAP).

Leurs principales caractéristiques sont retracées dans le tableau ci-après.

CSF et CPP : caractères des congés et des allocations correspondantes

	CSF	CPP
Condition d'éligibilité	Accompagner à domicile, en tant qu' <i>ascendant, descendant, frère, sœur</i> ou <i>personne de confiance</i> , une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable	Assumer la charge d'un <i>enfant</i> atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité
Condition d'ancienneté dans l'entreprise	Non	Non
Possibilité de fractionnement du congé	Oui	Oui, mais pas en demi-journées
Durée maximale	Déterminée par accord collectif, sinon trois mois renouvelable une fois	310 jours ouvrés
Prise en compte de la durée pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté	Oui	Oui, mais pour moitié

	AJAP	AJPP
Nature de l'indemnisation	Prestation de soins assimilée	Prestation familiale à affectation spéciale
Organisme débiteur	Caisse primaire d'assurance maladie (ou autre organisme de sécurité sociale chargé de la couverture maladie)	Caisse d'allocations familiales (ou autre organisme de sécurité sociale chargé du versement des prestations familiales)
Calcul de l'indemnisation	Montant journalier forfaitaire fixé par décret et revalorisé comme l'AJPP	10,63 % de base mensuelle de calcul des allocations familiales
Montant en 2019	55,93 euros par jour Peut être versée à plusieurs bénéficiaires au titre d'un même patient, dans la limite du maximum	43,70 euros par jour si on vit en couple 51,92 euros par jour si on vit seul Complément pour frais possible sous conditions de ressources
Limites apportées au versement de l'allocation	21 jours pour une même personne accompagnée	Double limite : - 22 jours par mois - 310 jours ouvrés par enfant et par maladie, accident ou handicap
Montant mensuel maximal en 2019	1 174,53 euros	961,4 euros si on vit en couple 1 142,24 euros si on vit seul
Prélèvements sociaux et fiscaux	Impôt sur le revenu, CSG et CRDS	CRDS seulement

Source : Commission des affaires sociales

b) Le congé de proche aidant

Créé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », **le congé de proche aidant** remplace depuis 2016 le congé de soutien familial. Il a été étendu aux fonctionnaires, avec quelques adaptations, par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. Son régime est prévu par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail.

Le congé de proche aidant permet à **tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale d'un an dans l'entreprise** de bénéficier d'un congé en vue de s'occuper d'un **proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité** (art. L. 3142-16 du code du travail). Le proche ouvrant droit à ce congé peut être :

- Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

- L'ascendant, le descendant de la personne aidante, l'enfant dont l'aidant assume la charge au sens des prestations familiales ;

- Le collatéral jusqu'au quatrième degré (frère, sœur, oncle, tante, neveux, nièces, grands-oncles et tantes, petits-neveux et nièces, cousins et cousines germains), l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle l'aidant a conclu un PACS ;

- La personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Sauf modalités différentes prévues par un accord d'entreprise ou de branche, le salarié informe l'employeur de sa volonté d'exercer son droit à congé un mois avant la date de son départ, délai ramené à 15 jours en cas de renouvellement de manière successive du congé. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou de situation de crise, le congé débute ou peut être renouvelé sans délai. L'employeur n'est pas en mesure de refuser ce congé dès lors que toutes les conditions sont remplies.

Pendant le congé, le salarié est tenu de n'exercer aucune activité professionnelle, hors l'hypothèse dans laquelle le salarié est employé par la personne aidée lorsqu'elle perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie.

À l'issue du congé de proche aidant, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Le salarié peut mettre fin de façon anticipée au congé de proche aidant ou y renoncer en cas de changement de circonstances.

Pendant la suspension du contrat de travail du fait du congé de proche aidant, le salarié reste couvert au titre des frais de santé. L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale fixe également les modalités du maintien des droits à l'assurance vieillesse pour les bénéficiaires du congé de proche aidant, en prévoyant leur affiliation obligatoire au régime de l'assurance vieillesse du régime général dans le cadre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

La loi n° 2018-84 du 13 février 2018 prévoit qu'un salarié peut, sur sa demande et en accord avec son employeur, renoncer anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris, qu'ils aient été ou non affectés sur un compte épargne-temps, au bénéfice d'un autre salarié de l'entreprise qui vient en aide à une personne atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap lorsque cette personne est, pour cet autre salarié, l'une de celles dont l'état de santé peut ouvrir droit au congé de proche aidant.

Les informations sur les usages manquent, mais à la fin 2018, seuls une dizaine de personnes auraient sollicité ce congé, sur les quelques 260 000, selon les calculs maximalistes de la DGCS, qui auraient pu y prétendre. L'absence d'indemnisation du congé de proche aidant est aujourd'hui un obstacle à sa mobilisation, rendant ce congé en pratique inefficace alors même que certains salariés sont contraints d'aménager, de réduire voire de cesser, leur activité pour s'occuper d'un proche, subissant une perte de revenus et les éloignant durablement du monde du travail.

L'indemnisation du congé de proche aidant a ainsi été avancée en janvier 2018 par notre collègue député Pierre Dharréville, dont la proposition de loi a été renvoyée en commission en mars, puis par notre collègue Jocelyne Guidez, dont la proposition de loi « *visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants* » a été adoptée par le Sénat en octobre 2018. Cette dernière, dans la version issue de votre commission, proposait initialement un dispositif ambitieux caractérisé notamment par :

- L'abaissement de la condition d'ancienneté dans l'entreprise à six mois - en appelant, à terme, à sa suppression.
- L'extension à 3 ans de la durée maximale du congé sur l'ensemble de la carrière.
- L'indemnisation alignée sur le montant de l'allocation journalière de présence parentale individuelle, avec le même plafond de 22 jours par mois.
- Le financement de cette indemnisation par un fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations, alimenté par le produit d'une surcote sur certains contrats d'assurance.

En séance publique, en mars 2019, alors qu'était lancée la concertation « *Grand âge et autonomie* », le Gouvernement a jugé cette avancée « *prématurée* ».

B. Le dispositif proposé : une avancée contrainte

Le 4° du II introduit dans le titre VI du livre 1 du code de la sécurité sociale un chapitre VIII bis relatif à l'**allocation journalière du proche aidant** (AJPA) et détaillant le dispositif en neuf articles numérotés L. 168-11 et suivants.

- **Bénéficiaires** : l'**AJPA s'adresse aux personnes bénéficiant du congé de proche aidant**, ainsi que, dans des conditions fixées par décret, aux bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale et aux fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant.

- **Durée** : le **nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à 66**, et ne pourra excéder au cours d'un même mois un nombre fixé par décret.

- **Cumul** : l'allocation n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés de maternité, paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption, l'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, l'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail sauf si temps partiel, les indemnités servies aux demandeurs d'emploi, la prestation partagée d'éducation de l'enfant, le complément de majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçu pour le même enfant, l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation journalière de présence parentale, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ni le volet aide humaine de la prestation de compensation du handicap.

- **Versement.** L'AJPA serait servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la CNSA contre remboursement, y compris des frais de gestion. Le financement, ainsi qu'il est précisé au 1° du I, serait assuré par une fraction, fixée par arrêté par les ministres compétents, des crédits de la section I du budget de la CNSA reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent ainsi que, le cas échéant, par les fonds propres de la CNSA.

- **Réclamations et récupération d'indus.** L'article L. 168-13 détaille les modalités des actions en recouvrement en cas de versement indu. L'article L. 168-14 précise que toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'AJP prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours administratif préalable. Plusieurs dispositions autorisent les organismes de sécurité sociale à prélever sur l'AJPA, le cas échéant, les sommes indûment versées au titre du RSA, des prestations de vieillesse et d'invalidité, des prestations familiales, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, de l'allocation aux adultes handicapés, de la prime d'activité.

- **Lutte contre la fraude.** L'article L. 168-15 prévoit que les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude sont applicables à l'AJPA.

Le nouvel article L. 168-16 renvoie à un décret la précision des modalités d'application du régime de l'AJPA.

- **Droits à la retraite.** La personne bénéficiaire de l'AJPA serait affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial dont ils relèvent.

- Le 3° du II soumet l'AJPA, ainsi que l'AJAP, au taux réduit de CSG de 6,2 %.

- Le III dispose que le Gouvernement remettra au Parlement un rapport avant le 1^{er} janvier 2022 sur la mise en œuvre de ce dispositif et son articulation avec d'autres prestations.

- Enfin, le **IV** précise que le dispositif entrera en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu par l'article 3 de l'ordonnance du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus, entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté neuf amendements :

- L'amendement n° 1936 rectifié du rapporteur général qui fait figurer dans la section IV du budget de la CNSA le suivi des remboursements dus à la CNAF au titre de l'AJPA ainsi que de l'AJPP.

- Quatre amendements rédactionnels n°s 1896, 2027, 2025, et 2024.

- L'amendement n° 1966 du Gouvernement qui ajoute un **II bis** après l'alinéa 51, supprimant ainsi la condition d'ancienneté pour bénéficier du congé de proche aidant, aujourd'hui fixée à un an, par analogie avec le congé de présence parentale et le congé de solidarité familiale.

- Les députés ont également adopté les amendements identiques n°s 794 et 1723, ainsi que le n° 1415, qui précisent que le rapport que le Gouvernement remettra au Parlement devra étudier « *le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son montant ou de ses conditions d'attribution* » et dresser un état des lieux et établir des recommandations « *concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études, ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

1. Un calibrage à manier avec prudence

Les conséquences d'une telle mesure sont particulièrement difficiles à évaluer par anticipation. L'étude d'impact estime, en reprenant le chiffrage proposé par la DGCS cité dans le rapport de notre collègue Olivier Henno sur la proposition de loi de Mme Jocelyne Guidez, que près de 270 000 salariés aidants pourraient prétendre à l'indemnisation du congé de proche aidant.

D'après l'étude d'impact, le coût de la mesure atteindrait entre 27 et 45 millions d'euros pour le second semestre 2020 et entre 54 millions et 89 millions d'euros à partir de 2021. En tenant compte du surcoût lié à l'ouverture automatique aux droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) en cas de versement de l'indemnisation, l'impact financier de la mesure pour la CNSA est estimé entre **64 et 110 millions d'euros par an à partir de 2021.**

Ces bornes correspondent aux hypothèses de taux de recours à l'AJPA, respectivement, de 15 % - la proportion d'aidants ayant arrêté ou réduit leur activité professionnelle, selon l'étude de la Drees précitée - et de 25 %. Votre rapporteur souligne toutefois leur grande fragilité.

2. Un dispositif d'amorçage ?

Votre commission se réjouit du vote à l'Assemblée nationale de l'amendement du Gouvernement consistant à supprimer la condition de durée d'ancienneté dans l'entreprise, qui rejoint la position exprimée par notre rapporteur Olivier Henno lors de l'examen de la proposition de loi de notre collègue Jocelyne Guidez.

La durée maximale du congé lui inspire toutefois un sentiment plus mitigé. L'étude d'impact avance qu'elle vise à « *permettre de faire face à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps, comme à un besoin urgent ponctuel important* ». À l'évidence, le calibrage retenu répond plutôt à la seconde hypothèse : une indemnisation sur trois mois est manifestement insuffisante pour s'occuper à moyen ou long terme d'un proche dépendant, mais bienvenue pour organiser une période de transition en cas, par exemple, de perte brusquement aggravée d'autonomie exigeant un renforcement de l'aide à domicile ou la recherche d'un établissement.

Il est certes exact que la solution du congé, adéquate pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, n'est que très partiellement satisfaisante pour un accompagnement sur un plus long terme, et que le recours à l'aménagement du temps de travail doit alors lui être préféré, comme le souligne encore notre collègue Olivier Henno dans son rapport précité.

Les auditions conduites par votre rapporteur ont cependant révélé la grande déception des acteurs du monde du handicap et de la prise en charge de la dépendance causée par une durée d'indemnisation si courte. Les représentants des pouvoirs publics, en revanche, lui ont semblé croire au caractère d'amorçage du dispositif proposé, appelé à monter en puissance à l'occasion de la réforme annoncée de la prise en charge de la dépendance.

3. Un financement à pérenniser

L'AJPA sera donc financée par une fraction des excédents de la section I du budget de la CNSA reportables d'une année sur l'autre, fraction arrêtée par les ministres compétents et, pour le solde, par les fonds propres de la caisse.

Un tel mécanisme de financement présente, outre une certaine complexité, une pérennité douteuse. La section I du budget de la CNSA, consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, est en effet régulièrement en déficit : il atteignait 198 millions d'euros en 2016, 72,4 millions d'euros en 2017, et 5 millions d'euros en 2018¹.

¹ Annexes 8 des précédents PLFSS.

Autrement dit, le financement de l'AJPA reposera essentiellement sur les fonds propres de la CNSA.

Or ces derniers subissent certaines tensions, ainsi que les rapporteurs successifs des PLFSS de votre commission l'ont à plusieurs reprises souligné. Les documents budgétaires qui leur sont annexés indiquent qu'ils sont passés de 744 millions d'euros fin 2015, à 681 millions d'euros fin 2016, 578 millions d'euros fin 2017, 618 millions d'euros fin 2018, et qu'ils devraient atteindre 225 millions d'euros fin 2019.

La CNSA a certes tenu à indiquer à votre rapporteur que son niveau de fonds propres à la fin 2019 serait préservé par une moindre contribution que prévu à l'objectif général de dépenses, mais la disparition, en 2019, de la trace des reprises sur provisions au sein de l'annexe 8 ne facilite pas le suivi des flux qui les alimentent et il demeure que ces réserves sont régulièrement utilisées pour financer des actions ponctuelles ou absorber les déficits.

Votre commission, en conclusion, regrette le caractère inabouti du dispositif proposé et appelle à maintenir une certaine vigilance sur son financement, en attendant que la réforme annoncée de la prise en charge de la dépendance ne lui donne la mesure requise par les besoins de la population.

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

Article 45 bis (nouveau)

**Assouplissement des conditions de recours
au congé de présence parentale**

Objet : Cet article ouvre le droit de fractionner le congé de présence parentale et de l'utiliser dans le cadre d'une activité à temps partiel. Il autorise en conséquence la modulation du montant d'allocation journalière de présence parentale dû au titre de ce congé.

I - Le dispositif proposé

A. Congé de présence parentale et allocation journalière de présence parentale

• Aux termes de l'article L. 1225-62 du code du travail, un salarié dont l'enfant à charge « est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour une période déterminée par décret, d'un congé de présence parentale. »

Le nombre de jours de congé dont bénéficie le salarié est au maximum de 310 jours ouvrés, sur une période de trois ans pour un même enfant¹. Aucun des jours de congé ne peut être fractionné. Le salarié doit informer son employeur de sa volonté de bénéficier de ce congé au moins quinze jours avant le début du congé. Chaque fois qu'il souhaite prendre un ou plusieurs jours de congé à ce titre, il en informe son employeur au moins quarante-huit heures à l'avance². À l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente³.

• **Pour chaque jour de congé de présence parentale, le salarié bénéficie**, en vertu de l'article L. 544-1 du code de la sécurité sociale, **d'une allocation journalière de présence parentale (AJPP)**.

Le droit à cette allocation est subordonné à l'avis favorable du service du contrôle médical de l'assurance maladie, qui s'appuie sur le certificat médical produit par le médecin qui suit l'enfant. Ce certificat atteste du caractère indispensable d'une présence parentale soutenue et de soins contraignants et précise la durée prévisible du traitement. Le droit à l'AJPP est alors ouvert pour une période égale à cette durée. Le médecin peut prévoir de réexaminer la durée du traitement à une échéance qu'il définit, comprise entre six mois et un an⁴.

Le montant de l'AJPP, servie par les caisses d'allocations familiales, varie selon que le ménage assumant la charge de l'enfant est un couple ou une personne seule⁵. En outre, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident de l'enfant occasionne directement pour le ménage des dépenses mensuelles supérieures ou égales à un montant fixé à 27,19 % de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), un complément forfaitaire mensuel pour frais du même montant est attribué. Il est soumis à un plafond de ressources⁶.

Montants de l'allocation journalière de présence parentale en 2019

	en % de la BAMF	en euros
Pour un couple	10,63 %	43,92
Pour une personne seule	12,63 %	52,18
Complément forfaitaire pour frais	27,19 %	112,34

Sources : Article D. 544-6 du code de la sécurité sociale et instruction interministérielle du 25 mars 2019 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2019 des prestations familiales servies en métropole

¹ Art. D. 1225-16 du code du travail.

² Art. L. 1225-63 du code du travail.

³ Art. L. 1225-64 du code du travail.

⁴ Art. L. 544-2 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. L. 544-6 du code de la sécurité sociale.

⁶ Art. L. 544-7 et D. 544-7 du code de la sécurité sociale.

La loi du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques¹ a complété les dispositifs du congé de présence parentale et d'AJPP en prévoyant notamment que :

- au-delà de la durée maximale de 310 jours, le droit à l'AJPP peut être maintenu en cas de rechute ou de récurrence mais également lorsque la gravité de la pathologie nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants² ;

- la durée du congé de présence parentale est prise en compte en totalité, et non plus seulement pour moitié, dans la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté dans l'entreprise³ ;

- les CAF informent tout demandeur ou bénéficiaire de l'AJPP des modalités de demande et des conditions d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de la prestation de compensation du handicap (PCH)⁴.

En 2018, l'AJPP a été versée à 10 000 bénéficiaires, pour une dépense de 91 millions d'euros⁵.

B. Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale et adaptation de l'allocation journalière de présence parentale

• Le **II** du présent article ouvre la **possibilité de fractionner le congé de présence parentale et d'y recourir dans le cadre d'une activité à temps partiel.**

Le **1°** du **II** modifie l'article L. 1225-62 du code du travail afin de supprimer le principe selon lequel le congé ne peut être fractionné et prévoir que « *le salarié peut, avec l'accord de son employeur, transformer ce congé en période d'activité à temps partiel ou le fractionner* ».

Le **2°** du **II** modifie l'article L. 1225-63 du code du travail afin de préciser que lorsque le salarié voudra prendre une demi-journée de congé, il devra informer son employeur au moins quarante-huit heures à l'avance, comme c'est le cas actuellement lorsqu'il prend un ou plusieurs jours de congé. La modification proposée ajoute qu' « *en cas de dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ou d'une situation de crise nécessitant une présence sans délai du salarié, ce dernier peut bénéficier du congé immédiatement* ».

• En conséquence, le **I** du présent article procède à l'ajout d'un alinéa à l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale afin que **les montants de l'AJPP et de sa majoration pour personne seule puissent être modulés lorsque le bénéficiaire du congé de présence parentale fractionne le congé ou le transforme en période d'activité à temps plein.** Les conditions de cette modulation seront fixées par décret.

¹ Loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli.

² Art. L. 1225-62 du code du travail et L. 544-3 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 1225-65 du code du travail.

⁴ Art. L. 544-10 du code de la sécurité sociale.

⁵ CNAF, rapport d'activité 2018, p. 29.

• Enfin, le **III** prévoit que les dispositions du présent article s'appliqueront à une date fixée par décret et au plus tard le 30 septembre 2020.

II - La position de la commission

Les mesures proposées traduisent l'un des engagements du « Plan aidant » annoncé par le Premier ministre le 23 octobre 2019, qui prévoyait « *l'assouplissement du congé de présence parentale et de l'allocation journalière de présence parentale, qui pourront être pris de façon fractionnée, par demi-journées, dès janvier 2020* ».

Ces mesures favoriseront le recours au congé de présence parentale pour les parents ayant un enfant gravement malade ou handicapé. Le fractionnement du congé ou son utilisation dans le cadre d'une activité à temps partiel permettront en outre de mieux adapter ce congé aux besoins de l'enfant, qui peuvent varier dans le temps, et de mieux le concilier avec l'activité professionnelle des parents. Votre rapporteure soutient donc les mesures proposées.

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

Article 46

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides

Objet : Cet article vise à instituer un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides au bénéfice des travailleurs agricoles exposés à ces produits et à leurs ayants droit.

I - Le dispositif proposé

A. Des conditions d'indemnisation aujourd'hui insatisfaisantes

1. Un enjeu de santé publique majeur

Une expertise collective de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2013¹ a procédé à la revue de la littérature scientifique internationale publiée au cours de trente dernières années sur les effets de l'utilisation des pesticides sur la santé. Elle met en évidence plusieurs niveaux de présomption de lien entre l'exposition à certaines substances actives phytopharmaceutiques et le développement de pathologies, notamment des cancers (lymphome non hodgkinien, myélome multiple, cancer de la prostate) et des maladies du système nerveux (maladie

¹ Inserm, Pesticides – Effets sur la santé, *Expertise collective*, 2013.

de Parkinson, maladie d'Alzheimer). Elle insiste également sur l'impact de l'exposition à ces produits sur le développement de l'enfant et sur ses effets sur la fonction de reproduction et les fonctions hormonales, certaines substances actives phytopharmaceutiques étant identifiées comme des perturbateurs endocriniens.

2. Une indemnisation de droit commun qui pénalise les travailleurs agricoles non-salariés

- Quinze tableaux de maladies professionnelles permettent aujourd'hui d'envisager une prise en charge par la branche AT-MP de la mutualité sociale agricole des maladies consécutives à l'exposition des travailleurs agricoles aux pesticides.

Évolution du nombre de maladies professionnelles liées aux pesticides reconnues par le régime agricole au titre des tableaux de maladies professionnelles

Tableau de maladies professionnelles	Pathologies concernées	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RA 8	Sulfocarbonisme professionnel	1	0	0	0	0	0	0	1	0
RA 10	Affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux	4	5	11	9	10	3	11	15	13
RA 11	Organophosphorés anticholinestérasiques, phosphoramidés anticholinestérasiques et carbamates anticholinestérasiques	2	3	1	0	2	0	1	0	1
RA 12	Maladies causées par le mercure et ses composés	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RA 13	Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol, le pentachlorophénol, les pentachlorophénates et les dérivés halogénés de l'hydroxybenzotrile	0	1	0	0	0	2	0	0	1
RA 13 bis	Affections provoquées par des préparations associant pentachlorophénol (ou pentachlorophénates) avec du lindane	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RA 19*	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant	5	5	8	4	4	3	4	9	12
RA 19 bis*	Affections gastro-intestinales et neurologiques provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RA 21	Affections professionnelles provoquées par les dérivés halogénés suivants des hydrocarbures aliphatiques	0	0	0	0	0	0	1	0	0
RA 23	Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle	0	1	0	2	0	0	0	0	0
RA 28	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères	0	0	2	0	0	2	0	0	1
RA 28 bis	Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RA 48	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel	1	0	0	2	2	0	0	3	1
RA 58	Maladie de Parkinson provoquée par les pesticides	5	2	8	91	60	44	49	55	45
RA 59	Hémopathies malignes provoquées par les pesticides	0	1	3	0	2	1	48	51	55
	Total	18	19	33	108	80	55	114	134	130

* Tableaux indirects : maladies susceptibles d'être provoquées par un solvant, comme le benzène, utilisé comme adjuvant dans certains pesticides
Source : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

On constate une augmentation significative du nombre de maladies reconnues au titre de ces tableaux au cours des dix dernières années, qui tient toutefois en partie à la création sur cette période de certains tableaux qui a permis d'accélérer l'instruction d'un grand nombre de dossiers de demande de reconnaissance. Quatre tableaux concentrent la très grande majorité des pathologies déclarées d'origine professionnelle : le tableau 58 pour la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides créé en 2012¹, le tableau 59 pour les hémopathies malignes provoquées par les pesticides créé en 2015², le tableau 10 pour les affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux et le tableau 19³ pour les hémopathies provoquées par le benzène et les produits en renfermant. Il est à noter toutefois que le tableau 19 répare essentiellement les utilisateurs de benzène contenu dans l'essence des moteurs thermiques : une indemnisation au titre de l'exposition aux pesticides suppose donc d'établir que l'intéressé a bien été en contact avec du benzène utilisé comme adjuvant d'un pesticide.

Sur la période 2009-2017, ce sont, selon les données communiquées par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, 213 salariés agricoles et 478 exploitants agricoles qui ont obtenu une reconnaissance de l'origine professionnelle de leur pathologie au titre de l'exposition à des substances phytopharmaceutiques.

- Le régime général comprend, pour sa part, 26 tableaux de maladies professionnelles pouvant présenter un lien avec une exposition à des pesticides, sans pour autant que la colonne 3 de ces tableaux, qui liste limitativement les travaux susceptibles d'être à l'origine de l'affection, ne fasse référence à l'utilisation de pesticides. Dans ces conditions, les demandes de reconnaissance d'une maladie au titre de ces tableaux se fondent généralement sur d'autres motifs que l'exposition directe aux pesticides. Ce sont essentiellement les salariés de structures de formulation ou de ventes de pesticides qui peuvent, dans le régime général, se prévaloir d'un préjudice directement lié à une exposition aux pesticides.

En outre, l'absence de transposition au régime général des tableaux 58 (maladie de Parkinson liée aux pesticides) et 59 (hémopathies liées aux pesticides) du régime agricole, qui concentrent la majorité des pathologies liées aux pesticides du régime agricole, ne permet pas de traiter la reconnaissance des maladies professionnelles des salariés du régime général exposés aux pesticides sur un pied d'égalité avec les salariés agricoles.

¹ Décret n° 2012-665 du 4 mai 2012.

² Décret n° 2015-636 du 5 juin 2015.

³ Il est à noter toutefois que le tableau 19 répare essentiellement les utilisateurs de benzène contenu dans l'essence des moteurs thermiques.

Or, si les jardiniers et les agents de la fonction publique territoriale ne peuvent plus utiliser de pesticides depuis respectivement le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018, plusieurs catégories professionnelles peuvent encore être exposées aux pesticides :

- les salariés des entreprises de gestion des aéroports peuvent toujours utiliser des herbicides ;

- les salariés de la société nationale des chemins de fer (SNCF), qui relèvent d'un régime spécial, ont été et peuvent encore être amenés à utiliser des pesticides, dont du glyphosate, afin de désherber les voies et leurs abords immédiats ;

- les charpentiers dans le traitement du bois ;

- les salariés des entreprises de fabrication et de conditionnement des pesticides.

• Pour les professionnels atteints d'une pathologie liée à une exposition aux pesticides mais ne remplissant pas une ou plusieurs conditions d'éligibilité à l'indemnisation (délai de prise en charge¹, durée d'exposition, liste limitative des travaux ayant donné lieu à l'exposition au risque), la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur maladie peut emprunter la voie des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)². Dans ce cas, les travailleurs concernés doivent redoubler d'efforts pour apporter la preuve du lien entre leur pathologie et leur exercice professionnel habituel. Il s'agit, en grande partie, de salariés du régime général pour lequel aucun tableau de maladies professionnelles en lien avec l'exposition aux pesticides n'existe.

Évolution du nombre de maladies professionnelles liées aux produits phytopharmaceutiques pour les salariés du régime général

	2015	2016	2017
Maladies professionnelles reconnues au titre des tableaux	13	17	15
Maladies professionnelles hors tableaux	1	3	4
Total	14	20	19

Source : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

• La réparation par la voie des tableaux de maladies professionnelles ne couvre pas les retraités non-salariés agricoles qui relevaient d'un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT-MP agricole obligatoire au 1^{er} avril 2002.

¹ Délai maximal entre la cessation de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie.

² Troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

De même, les enfants dont la pathologie est directement liée à l'exposition professionnelle de l'un de leurs parents ne bénéficient d'aucune indemnisation par le régime AT-MP agricole. Or l'expertise collective de l'Inserm précitée rappelle que plusieurs méta-analyses ont établi une présomption de lien fort entre l'exposition professionnelle maternelle aux pesticides en période prénatale et le développement de leucémies ou de tumeurs cérébrales.

B. Les avancées constituées par la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

1. Le champ des bénéficiaires du fonds

Le I de l'article 46 du PLFSS pour 2020 crée, au sein du livre 4 du code de la sécurité sociale, un nouveau titre 9 dédié à l'indemnisation des victimes de pesticides, composé de sept nouveaux articles.

Le nouvel article L. 491-1 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une indemnisation forfaitaire, à leur demande, en réparation des maladies causées par les pesticides¹ des catégories de personnes suivantes :

** au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les AT-MP :*

- les salariés du régime général et du régime agricole ;

- les non-salariés agricoles ;

- les assurés relevant des régimes obligatoires des AT-MP dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

** au titre de la solidarité nationale :*

- les non-salariés agricoles pour le versement d'un complément d'indemnisation ;

- les exploitants agricoles retraités et leurs ayants droit, bénéficiaires d'une pension de retraite agricole et qui relevaient d'un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT-MP agricole obligatoire au 1^{er} avril 2002. Il s'agit des retraités indépendants qui n'ont pas cotisé à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles (Atexa) ;

- les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides.

Il est à noter que la définition des pesticides dont le lien avec les pathologies couvertes par le fonds est celle retenue par la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre

¹ Tels que définis par la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable.

2009¹ faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en France, et non celle prévue par les tableaux de maladies professionnelles 58 et 59 du régime agricole, qui visent « *les produits à usages agricoles, les produits phytosanitaires ou phytopharmaceutiques destinés à l'entretien des espaces verts, ainsi que les biocides et les antiparasitaires vétérinaires, qu'ils soient autorisés ou non sur le territoire de la République française au moment de la demande* ». La définition retenue pour le fonds exclut donc les biocides et antiparasitaires vétérinaires.

2. L'amélioration des conditions d'indemnisation de certaines catégories de victimes

La nature et le montant des prestations et indemnités perçues dans le cadre de ce fonds sont appelés à être déterminées selon les règles d'indemnisation prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, le nouvel article L. 491-1 du code de la sécurité sociale prévoit une amélioration des conditions d'indemnisation pour trois catégories de victimes :

- les non-salariés agricoles, dont les conditions d'indemnisation pour le risque AT-MP sont aujourd'hui moins favorables que celles applicables aux salariés agricoles, et leurs ayants droit pourront percevoir un complément d'indemnisation afin de percevoir un niveau d'indemnisation équivalent à celui des salariés agricoles, selon des modalités de calcul fixées par décret en Conseil d'État.

Il est ainsi prévu un relèvement de la base forfaitaire de calcul des indemnisations journalières et des rentes de ces personnes en cas d'incapacité permanente. À l'heure actuelle, le calcul de leurs prestations s'effectue à partir d'un gain forfaitaire annuel (GFA) fixé annuellement par arrêté ministériel². Selon les éléments transmis par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la détermination des prestations versées aux non-salariés, dans le cadre du fonds, retiendrait comme base de calcul le salaire minimum des rentes des salariés agricoles, soit 18 575 euros, supérieur de près de 43 % au GFA des non-salariés. Par ailleurs, seront prévus en faveur des non-salariés agricoles :

- un abaissement du taux d'incapacité permanente partielle (IPP) à 10 %, contre 30 % actuellement ;

- l'attribution d'une indemnité sous forme de capital pour les exploitants dont le taux d'IPP est inférieur à 10 %, dont les montants seront alignés sur ceux applicables aux salariés agricoles ;

¹ Directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable.

² Il s'élève à 13 014,86 euros pour la période allant du 1^{er} avril 2019 au 30 mars 2020.

- la suppression du délai de carence de sept jours pour le versement d'indemnités journalières, dont le montant sera de 29 euros pendant les 28 premiers jours (contre 21,39 euros actuellement - + 31 %) et de 39 euros à partir du 29^e jour (contre 28,52 euros aujourd'hui - + 37 %).

La mise en place du fonds devrait donc donner lieu à la revalorisation des rentes des non-salariés agricoles et de leurs ayants droit dans les conditions ci-après :

**Revalorisation des rentes versées aux non-salariés agricoles
dans le cadre du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides**

Taux d'IPP	Taux utile des rentes	Montants annuels des rentes attribuées à compter du 1 ^{er} janvier 2019	Montants annuels des rentes attribuées à compter de la mise en place du fonds
10 %	5 %	-	928,75 €
20 %	10 %	-	1 857,50 €
30 %	15 %	1 952,23 €	2 786,25 €
40 %	20 %	2 602,97 €	3 715 €
50 %	25 %	3 253,72 €	4 643,75 €
60 %	40 %	5 205,94 €	7 430 €
70 %	55 %	7 158,17 €	10 216,25 €
80 %	70 %	9 110,40 €	13 002,50 €
90 %	85 %	11 062,63 €	15 788,75 €
100 %	100 %	13 014,86 €	18 575 €

Source : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

**Revalorisation des rentes versées aux ayants droit
du chef d'exploitation ou d'entreprises agricoles
dans le cadre du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides**

Taux des rentes	Montants annuels des rentes attribuées à compter du 1 ^{er} janvier 2019	Montants annuels des rentes attribuées à compter de la mise en place du fonds
Pour le conjoint : 40 %	5 205,94 €	7 430 €
Pour le conjoint - complément de rente si 55 ans : 20 %	2 602,97 €	3 715 €
Pour les deux plus jeunes enfants : 25 %	3 253,72 €	4 643,75 €
Pour les autres enfants : 20 %	2 602,97 €	3 715 €
Pour les orphelins de père et de mère le complément de rente ajouté à la renté plafonné à : 30 %	3 904,46 €	5 572,50 €

Source : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

- les enfants exposés pendant la période prénatale, dont l'indemnité aura vocation à réparer leurs dommages corporels. Les conditions d'attribution de cette indemnité seront définies par un décret en Conseil d'État.

3. Une rationalisation de l'instruction et de la gestion des demandes d'indemnisation

- L'article 46 du PLFSS pour 2020 procède à une centralisation de l'instruction au niveau du fonds de l'ensemble des demandes d'indemnisation au titre de maladies liées à l'exposition professionnelle aux pesticides, alors qu'aujourd'hui plusieurs organismes examinent ce type de dossiers¹ (article L. 491-2 nouveau du code de la sécurité sociale). Chaque caisse d'affiliation examinera, dans un premier temps, le dossier déposé : il reviendra au médecin-conseil de la caisse d'affiliation de l'assuré de déterminer si la demande est recevable pour être transmise au fonds. Le fonds sera compétent en dernier ressort pour se prononcer sur :

- le caractère professionnel de la pathologie du demandeur ;
- son imputabilité aux pesticides ;
- la date de consolidation de l'état de santé du demandeur ;
- le taux d'incapacité permanente du demandeur.

Après examen du dossier, le fonds transmettra sa décision à la caisse d'affiliation de l'assuré afin que celle-ci procède, le cas échéant, à la liquidation des prestations et indemnités AT-MP, y compris du complément d'indemnisation pour les non-salariés agricoles et les chefs d'exploitation retraités avant 2002.

- Dans le cas des enfants, il reviendra au demandeur ou à ses représentants légaux de produire les éléments attestant son exposition à des pesticides et relatifs à sa pathologie. Il appartiendra au fonds de procéder ou de faire procéder à toutes les investigations et expertises nécessaires à l'établissement du lien entre l'exposition et l'état de santé (article L. 491-3 nouveau du code de la sécurité sociale). Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020, le fonds devrait confier à une commission indépendante constituée en son sein le soin de caractériser le lien d'imputabilité et de statuer sur l'évaluation des préjudices indemnifiables. Sur la base de cette évaluation, le fonds formulera une proposition d'indemnisation forfaitaire selon un référentiel indemnitaire établi préalablement par le conseil de gestion du fonds.

- En application de l'article L. 723-13-3 nouveau du code de la sécurité sociale, ce fonds sera adossé à la CCMSA qui lui mettra à disposition les moyens nécessaires à son fonctionnement. Il comprendra un conseil de gestion, dont la composition et les compétences seront définies par un décret en Conseil d'État.

¹ 100 caisses primaires d'assurance maladie, cinq caisses générales de sécurité sociale, 35 caisses de MSA, trois caisses d'assurance accidents agricoles d'Alsace-Moselle.

4. Le contentieux de l'indemnisation des victimes des pesticides

Dans le cas des salariés du régime général et du régime agricole et des non-salariés du régime agricole et de leurs ayants droit, ce seront les règles de droit commun du contentieux de la sécurité sociale du régime dont ils relèvent qui trouveront à s'appliquer (article L. 491-5 nouveau du code de la sécurité sociale).

Dans le cas des enfants, le demandeur ne pourra intenter une action en justice contre le fonds que si sa demande a été rejetée, si aucune offre ne lui a été adressée dans un délai déterminé par décret en Conseil d'État ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite (article L. 491-5 nouveau du code de la sécurité sociale). Pour mémoire, dans le cas du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), le délai dans lequel le fonds doit statuer est de trois mois.

Il est précisé, à l'article L. 491-1 nouveau du code de la sécurité sociale, que l'attribution d'une indemnité au titre du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle.

Il appartiendra en outre au demandeur d'informer le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation de ses préjudices. Il devra également informer, en cas d'action en justice intentée, le juge ou la commission de la saisine du fonds (article L. 491-4 nouveau du code de la sécurité sociale).

Par ailleurs, l'article L. 491-6 nouveau du même code autorise le fonds à se subroger, à due concurrence des sommes qu'il aura versées, dans les droits que le demandeur aura acquis contre la personne reconnue responsable du dommage. Il pourra intervenir en soutien du demandeur dans les procédures que celui aura engagées auprès des juridictions civiles, y compris du contentieux de la sécurité sociale, et pénales.

5. Les règles relatives aux délais de dépôt des demandes d'indemnisation

- Pour les salariés du régime général et du régime agricole et les non-salariés du régime agricole, les délais de dépôt pour les demandes d'indemnisation auprès du fonds seront ceux prévus par leurs régimes d'affiliation. Toutefois, ces assurés pourront saisir le fonds d'une demande d'indemnisation jusqu'au 31 décembre 2021, sous réserve que le certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur ait été délivré après le 31 décembre 2009 (**premier alinéa du IV** de l'article 46 du PLFSS pour 2020).

Les non-salariés agricoles ayant accédé à la retraite avant le 1^{er} avril 2002 pourront, eux, déposer une demande d'indemnisation quelle que soit la date de délivrance du certificat médical d'imputabilité (**deuxième alinéa du IV**).

- S'agissant des enfants, leur droit à indemnisation au titre du fonds se prescrit à dix ans à compter de la consolidation du dommage (article L. 491-7 nouveau du code de la sécurité sociale). Toutefois, cette prescription ne s'appliquera qu'aux demandes formulées à compter du 1^{er} janvier 2022 (**troisième alinéa du IV** de l'article 46 du PLFSS pour 2020).

6. Les modalités de financement du fonds

En application de l'article L. 723-13-3 nouveau du code de la sécurité sociale, il est prévu que le fonds enregistre en recettes :

- une part du produit de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques ;
- une contribution de la branche AT-MP du régime général ;
- une contribution du régime d'assurance obligatoire AT-MP des non-salariés agricoles¹ ;
- une contribution du régime d'assurance accidents du travail d'Alsace-Moselle ;
- les sommes perçues lorsque le fonds est subrogé dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ;
- des produits divers, dons et legs.

L'article 46 du PLFSS pour 2020 modifie, en conséquence, l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime afin de prévoir :

- le relèvement de 0,3 % à 3,5 % du plafond de la taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques ;
- l'affectation du produit de cette taxe à deux entités :

- à l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS) à hauteur du plafond fixé par la loi de finances pour 2012, soit 6,3 millions d'euros. En 2018, les recettes tirées par l'ANSÉS de cette taxe s'étaient établies à environ 4,5 millions d'euros ;

- au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides en vue de la prise en charge uniquement :

- ⇒ des réparations versées au titre de la solidarité nationale aux non-salariés agricoles, aux chefs d'exploitation retraités avant 2002 et à leurs ayants droit, et aux enfants dont la pathologie résulte de l'exposition de leurs parents aux pesticides pendant la période prénatale ;

- ⇒ du complément d'indemnisation versé aux non-salariés agricoles et aux chefs d'exploitation retraités avant 2002.

Le recouvrement du produit de la taxe continuera d'être assuré par l'agent comptable de l'ANSÉS.

¹ Régime ATEXA (assurance obligatoire des accidents du travail des exploitants agricoles).

Selon la CCMSA, sur la base d'une exploitation moyenne dont le cout annuel des intrants en pesticides est de 15 000 euros, le coût du relèvement de la taxe sur les pesticides prévu par le PLFSS pour 2020 est évalué à terme à 500 euros par an.

À l'heure actuelle, le taux de la taxe sur les ventes de pesticides est fixé à 0,2 % du chiffre d'affaires pour les produits phytopharmaceutiques et à 0,1 % pour les biocides. Selon l'union des industries de la protection des plantes (UIPP), représentant les fabricants de pesticides, un relèvement du taux plafond de la taxe à 3,5 % représenterait 70 millions d'euros de recettes potentielles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements :

- un amendement de clarification du député Dominique Potier (socialiste) est venu préciser que le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est « *établi* » plutôt qu'« *avéré* » ;

- un autre amendement de M. Potier prévoit la remise au Parlement d'un rapport évaluant les conséquences, quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds, de la non-inclusion des biocides et antiparasitaires vétérinaires dans la définition retenue pour les produits phytopharmaceutiques couverts par le fonds ;

- un amendement de la députée Albane Gaillot (LREM) vise à inscrire dans la loi le délai au terme duquel le fonds est tenu de présenter une offre à compter de la réception d'une demande, plutôt que de renvoyer la définition de ce délai à un décret en Conseil d'État. Le délai retenu est de six mois, analogue à celui prévu dans le cas du FIVA ;

- un amendement du rapporteur général Olivier Véran a procédé à une clarification des règles de prescription dans la saisine du fonds. Par dérogation au principe selon lequel le délai de saisine du fonds s'appliquant aux victimes professionnelles sera le même que celui aujourd'hui prévu pour les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle, soit deux ans après la première constatation médicale de la maladie, il est prévu à titre transitoire que le fonds pourra être saisi jusqu'au 31 décembre 2021 par :

- les assurés, salariés et non-salariés, des régimes général et agricole et du régime en vigueur en Alsace-Moselle dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;

➤ les anciens chefs d'exploitation retraités avant le 1^{er} avril 2002 et leurs ayants droit dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019 ;

➤ les enfants ou leurs ayants droit, lorsque la date de consolidation de l'état de santé des enfants concernés est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019, quelle que soit la date de cette consolidation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

• Votre commission salue la mise en place d'un fonds d'indemnisation des victimes des pesticides. Le Sénat avait en effet adopté, en février 2018, la proposition de loi déposée par notre collègue Nicole Bonnefoy tendant à instituer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques¹.

Toutefois, le champ des bénéficiaires envisagé par la proposition de loi précitée était beaucoup plus large et comprenait l'ensemble des personnes atteintes d'une pathologie résultant directement de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques sur le territoire français, y compris les victimes dites « environnementales » telles que les riverains d'un champ agricole atteints d'une pathologie liée à l'exposition régulière aux épandages. Afin toutefois d'encadrer le dispositif d'accès à une indemnisation pour les personnes exposées dans un cadre non professionnel, le texte adopté par le Sénat prévoyait qu'un arrêté du ministre chargé de la santé établirait la liste des pathologies résultant d'une exposition non professionnelle à ces produits, en fonction de l'état de la connaissance scientifique sur l'imputabilité de certaines maladies à l'exposition aux pesticides.

Si les conséquences d'une exposition professionnelle aux pesticides sur la santé sont désormais bien établies par la littérature scientifique, l'impact de ces produits sur les personnes exposées à titre non professionnel (exposition par inhalation ou cutanée) reste difficile à évaluer en l'absence d'études scientifiques suffisamment nourries.

Toutefois, il convient de tenir compte de la possibilité d'un risque accru pour la santé d'une exposition non professionnelle aux pesticides pour :

- les résidents vivant à proximité d'un champ agricole faisant l'objet d'épandages. Dans son avis du 14 juin 2019², l'ANSéS recommande ainsi que des distances de sécurité minimales soient fixées à des valeurs au moins

¹ Texte n° 55 (2017-2018) adopté par le Sénat le 1^{er} février 2018 sur la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques.

² Avis de l'ANSéS relatif à une demande d'appui scientifique sur les mesures de protection des riverains lors de l'utilisation des produits phytosanitaires, saisine n° 2019-SA-0020, 14 juin 2019.

égales aux distances prises en compte dans l'évaluation des produits phytopharmaceutiques avant leur mise sur le marché, à savoir trois, cinq et dix mètres du périmètre d'application. L'article 46 cantonne l'indemnisation des enfants à l'exposition professionnelle, en période prénatale, d'un de ses parents. Or des pathologies liées à une exposition résidentielle en raison de la proximité de champs faisant l'objet d'épandages ne peut aujourd'hui être écartée. L'expertise collective précitée de l'Inserm rappelle en effet l'existence d'une présomption forte de lien entre des maladies affectant l'enfant et une exposition non nécessairement professionnelle mais résultant d'une « exposition résidentielle » en période prénatale (leucémies), d'une exposition au domicile en raison d'une proximité ou d'usages domestiques (malformations congénitales) ou encore d'une exposition au travers de l'alimentation (troubles du neurodéveloppement) ;

- la population générale de Guadeloupe et de Martinique dont les sols et les cours d'eau ont été durablement contaminés par la chlordécone. Santé publique France et l'ANSES rappellent ainsi que, dans ces territoires, 90 % des individus sont imprégnés avec toutefois des niveaux contrastés au sein de la population générale, et que la chlordécone est une substance « ayant des effets néfastes sur le système nerveux, la reproduction, le système hormonal et le fonctionnement de certains organes (foie, rein, cœur, etc.) » et qu'« elle est également soupçonnée de provoquer des cancers. »¹

Par ailleurs, les dispositions de l'article 46 du PLFSS pour 2020 ne s'appliquent pas aux salariés relevant de régimes spéciaux, dont les salariés de la SNCF qui pourtant sont exposés aux risques liés à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques, à l'occasion des opérations de désherbage des voies et des abords immédiats. La SNCF est l'un des premiers utilisateurs de glyphosate en France.

¹ Synthèse des travaux de Santé publique France et de l'ANSES sur l'évaluation des expositions au chlordécone et autres pesticides et la surveillance du cancer de la prostate en Guadeloupe et Martinique
(https://www.chlordecone-infos.fr/sites/default/files/documents/2018_Synthese_Chlordecone.PDF).

Dans ces conditions, votre commission a adopté un amendement tendant à étendre le champ des bénéficiaires du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides :

- *au titre de la solidarité nationale :*

- aux résidents¹ vivant à proximité de champs agricoles faisant l'objet d'épandages et atteints de pathologies résultant de l'exposition aux pesticides ;

- aux personnes vivant dans des territoires dont il est établi que l'environnement a été durablement contaminé par des pesticides et qui sont atteints de pathologies résultant de l'exposition directe à des substances phytopharmaceutiques.

La liste de ces pathologies et les conditions d'éligibilité (périmètre des zones concernées et durée de résidence) devront être définies par un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'environnement et de l'agriculture, pris après avis de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de Santé publique France (amendement n° 184).

- *au titre des régimes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :*

- aux salariés relevant du régime spécial d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles de la SNCF (amendement n° 183).

Cette extension du champ des bénéficiaires du fonds par voie d'amendement parlementaire reste recevable au regard de l'article 40 de la Constitution dès lors que le champ des bénéficiaires prévu par la proposition de loi précitée, adoptée par le Sénat au cours de la législature en cours, était particulièrement large.

Comme dans le cas des enfants exposés en période prénatale, l'imputabilité de la pathologie à l'exposition aux pesticides pour les riverains remplissant les conditions fixées par arrêté ministériel et les personnes résidant dans des territoires durablement contaminés devra être confirmée par les investigations et expertises conduites par le fonds et les intéressés devront apporter la preuve de leur exposition. À titre d'exemple, dans le cas du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, les victimes doivent être atteintes d'une pathologie dont le lien avec l'amiante a été reconnu et figurant donc sur une liste de maladies dont le diagnostic justifie de

¹ Définis, aux termes du paragraphe 7.2 de la partie A de l'annexe 1 du règlement (CE) n° 284/2013 établissant les exigences en matière de données applicables aux produits phytopharmaceutiques, conformément au règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, comme les « personnes qui habitent, travaillent ou fréquentent une institution à proximité des espaces traités avec des produits phytopharmaceutiques, à une fin autre que celle de travailler dans l'espace traité ou avec les produits traités. »

l'exposition, ou doivent, à défaut, démontrer la réalité de leur exposition à l'amiante.

- En outre, votre commission a adopté un amendement tendant à instituer, au sein du fonds, un conseil scientifique chargé d'actualiser les connaissances scientifiques en matière d'imputabilité de pathologies à l'exposition professionnelle ou non professionnelle aux pesticides (amendement n° 185). Il s'agit d'une recommandation formulée par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale des finances (IGF) et du conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) de janvier 2018 sur la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits phytopharmaceutiques¹. Ce conseil serait composé de personnalités qualifiées et de représentants d'associations de victimes. Ses membres ne seraient pas rémunérés et leur convocation par l'administration du fonds, possible par voie électronique, ne devrait pas donner lieu à des charges supplémentaires.

- Votre commission relève que la réparation obtenue au titre du fonds aura un caractère forfaitaire et non pas intégral, à la différence de ce qui était prévu par la proposition de loi adoptée par le Sénat ou pour les victimes de l'amiante dans le cadre du FIVA². Elle reconnaît néanmoins la difficulté, à ce stade, d'estimer l'impact financier d'une réparation intégrale sur l'équilibre des régimes obligatoires et sur le budget de l'État. Elle invite donc le Gouvernement, au terme de trois ans de mise en œuvre du fonds, à étudier l'opportunité et la faisabilité d'une réparation intégrale des victimes des pesticides.

- Il a été indiqué au rapporteur de votre commission pour la branche AT-MP que la mise en place du fonds exigerait des travaux d'adaptation de la part de la CCMSA d'une ampleur considérable. En particulier, l'adaptation du circuit informatique pour la transmission et le traitement des dossiers entre la CCMSA et l'ensemble des caisses d'affiliation pourrait requérir des travaux que la CCMSA évalue à près de 800 « jours homme ». Il est, par conséquent, très peu probable que la CCMSA dispose dès le 1^{er} janvier 2020 de l'infrastructure nécessaire pour instruire les dossiers dans le respect des délais légaux. En outre, le traitement de près de 700 dossiers par an exigerait de nouveaux recrutements d'équivalents temps plein (ETP) en gestion administrative et au moins d'un médecin conseil dédié.

¹ Pierre Deprost, Jean-Bernard Castet, Laurence Eslous et Xavier Toussaint, La création d'un fonds d'aide aux victimes de produits phytopharmaceutiques, rapport IGAS-IGF-CGAAER, janvier 2018.

² Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Dans ces conditions, votre commission a adopté un amendement tendant à repousser au 1^{er} juillet 2020 la date à partir de laquelle des dossiers de demande d'indemnisation pourront être déposés auprès de la caisse d'affiliation des assurés (amendement n° 186). Ce délai de mise en œuvre ne fait pas obstacle, une fois établie l'éligibilité de l'assuré à une indemnisation, à ce que ses droits à indemnisation courent à compter du 1^{er} janvier 2020, avec versement rétroactif des prestations correspondantes. Dans la mesure où le point de départ des prestations est constitué par la première constatation médicale, même si celle-ci est antérieure au 1^{er} janvier 2020, aucun assuré ne sera lésé dans ses droits. Si aucun délai de mise en œuvre n'est accordé à la CCMSA et que celle-ci est dans l'incapacité d'instruire convenablement les dossiers, elle court le risque de ne pas pouvoir respecter les délais d'instruction, avec dans ce cas des accords implicites.

- Enfin, votre commission dénonce le fait que le financement du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides soit laissé intégralement à la charge des assurés et des industriels, sans aucune participation de l'État. Il y a très fort à penser que le relèvement de la taxe sur les ventes de pesticides sera répercuté sur le prix de vente qui sera supporté par les agriculteurs. La CCMSA estime en effet qu'un relèvement d'1 % de cette taxe conduira à une dépense annuelle supplémentaire de 120 euros pour une exploitation moyenne.

Dès lors que l'État a autorisé, depuis 2015 au travers des autorisations de mise sur le marché attribuées par l'ANSéS, l'utilisation de pesticides dont le caractère nocif de certaines substances pour la santé a été établi, il doit être considéré en partie responsable de la survenue du risque.

Pour mémoire, le rapport précité de l'IGAS, de l'IGF et du CGAAER avait préconisé un financement tripartite de ce fonds, dont une participation de l'État de l'ordre de 50 millions d'euros correspondant à la moitié du besoin de financement du fonds, et une prise en charge par le monde agricole de l'autre moitié dont 30 millions d'euros par les fabricants de pesticides au travers de la taxe sur les ventes de ces produits, et 25 millions d'euros par les agriculteurs au travers des régimes AT-MP.

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

Article 47

**Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route :
élargissement du FMESPP au secteur médico-social**

Objet : Cet article autorise le FMESPP à financer des établissements sociaux et médico-sociaux au moyen du surplus de produit des amendes radar.

I - Le dispositif proposé

A. Le FMESPP finance depuis 2001 les établissements sanitaires

1. Présentation du FMESPP

Le FMESPP a été créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. 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.

Le champ d'intervention du FMESPP est aujourd'hui déterminé par l'article 7 du décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 : « *peuvent bénéficier d'un financement par le fonds les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :*

1° *Aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;*

2° *Aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;*

3° *Aux opérations concourant au développement des systèmes d'information ;*

4° *Aux opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins ».*

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

2. Depuis 2019, une mission soutenue par le produit des amendes radar

Le Comité interministériel de la sécurité routière du 9 janvier 2018 a prévu un accompagnement national de la modernisation des structures sanitaires de soin de suite et de réadaptation et des établissements et services médico-sociaux destinés à la prise en charge des accidentés de la route. Sa mesure n° 4 précisait même qu'un fonds serait créé pour l'occasion et se verrait « *doté de l'intégralité du surplus de recettes perçues par l'État lié à l'abaissement des vitesses maximales* » effectif au 1^{er} juillet 2018.

C'est finalement au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) que le Gouvernement a choisi d'affecter les ressources supplémentaires.

L'article 89 de la loi de finances pour 2019 en fixait même le montant précis, 26 millions d'euros, et disposait que le reste du produit des amendes radars irait abonder l'Agence de financement des infrastructures de transport de France.

Le montant de 26 millions d'euros résulte d'une estimation du surplus de recettes correspondant à environ une demi-année, en faisant l'hypothèse d'un doublement du nombre de flashs émis sur les routes et y appliquant le taux actuellement constaté de paiement des amendes (76 %).

Pour 2020, le FMESPP doit être doté d'un montant correspondant à une estimation extrapolant le volume de recettes réellement constaté sur la période juillet 2018 - juillet 2019 (dernière donnée disponible lors de la construction du PLF 2020).

B. Le dispositif proposé : élargir les missions du FMESPP aux établissements médico-sociaux

Cet article rétablit un **III bis** après le III de l'article 40 de la LFSS pour 2001, qui autorise le FMESPP à financer les dépenses d'investissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux au moyen de ses ressources tirées du produit des amendes forfaitaires perçues automatiquement et affecté au compte d'affectation spéciale qui leur est consacré.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté l'article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre commission est naturellement favorable à ce que les établissements médico-sociaux bénéficient de nouvelles ressources pour prendre en charge les accidentés de la route.

L'étude d'impact justifie la place d'un tel article en loi de financement par son incidence sur « *la construction de l'Ondam hospitalier, dans lequel est jusqu'à présent comptabilisé la totalité des dépenses du FMESPP* ». L'impact sur les comptes sociaux d'un tel mécanisme est cependant assez indirect.

Votre rapporteur voudrait en outre faire observer que l'ingénierie retenue, outre qu'elle cautionne une énième entorse au principe

d'universalité budgétaire, qui garantit la bonne information et la liberté des parlementaires, est contestable à au moins deux titres :

- Outre sa complexité, dénoncée ailleurs¹, la mécanique budgétaire retenue offre peu de visibilité sur les financements qui seront effectivement dirigés vers les établissements médico-sociaux. Ceux-ci pourront percevoir des financements dans la limite des ressources du FMESPP censément tirées du surplus de produit des amendes, mais en réalité fixées chaque année en loi de finances à partir d'extrapolations. Or celles-ci peuvent se révéler infondées ou privées de pertinence par les circonstances – des destructions de radars par exemple, dont les dépenses de réparation ont doublé entre 2017 et 2018².

- L'adoption prochaine de la loi d'orientation des mobilités, dont un article, ajouté en première lecture au Sénat et maintenu jusqu'à la nouvelle lecture, autorise les départements à augmenter la vitesse maximale sur les routes dans la limite de 10 km/h, risque d'amoindrir sensiblement les recettes nouvelles affectées à la prise en charge des accidentés de la route.

Votre rapporteur propose en conséquence de modifier cet article par l'amendement n° 221, qui rend les établissements médico-sociaux éligibles aux financements du FMESPP, d'où que viennent ses dotations.

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

¹ Rapport spécial n° 147 (2018-2019) de M. Jean-Marc GABOUTY, fait au nom de la commission des finances, sur le programme 207 et le CAS « contrôle de la circulation et du stationnement routier » du PLF pour 2019, déposé le 22 novembre 2018.

² Cour des comptes, Note d'analyse de l'exécution budgétaire du compte d'affectation spéciale « contrôle de la circulation et du stationnement routier », 2018.

CHAPITRE II

LUTTER CONTRE LA REPRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

Article 48

Création du service public de versement des pensions alimentaires

Objet : Cet article ajoute de nouveaux types d'actes permettant de définir les modalités de versement de la pension alimentaire lors de la séparation des parents. Il crée un dispositif d'intermédiation financière assurée par les CAF pour le versement des pensions alimentaires et renforce en conséquence les moyens attribués aux CAF pour procéder au recouvrement de ces pensions.

I - Le dispositif proposé

A. Une aide partielle des CAF au recouvrement des pensions alimentaires

Le présent article prévoit de **créer un « service public de versement des pensions alimentaires »** en renforçant les missions des CAF¹ en matière d'aide au recouvrement de ces pensions, actuellement regroupées sous le nom d'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (Aripa).

Les CAF ont déjà, depuis 1985², des missions d'aide au recouvrement des pensions alimentaires³. Une étape importante a ensuite été franchie avec la mise en œuvre, à titre expérimental en 2014, puis sur l'ensemble du territoire en 2016⁴, de la **garantie contre les impayés de pension alimentaire** (Gipa). Ce dispositif a permis de verser l'allocation de soutien familial (ASF) différentielle dans les cas où la pension alimentaire n'atteint pas le montant de l'ASF. Il a autorisé en outre les CAF à recourir à la procédure de paiement direct pour le recouvrement des impayés de pension alimentaire au titre des vingt-quatre derniers mois.

¹ Cette mission étant confiée, aux termes de la loi, aux organismes débiteurs de prestations familiales, elle est exercée par les CAF et les Cmsa. La référence aux CAF dans le présent commentaire d'article doit donc être entendue comme l'ensemble de ces organismes.

² Loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984 relative à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées.

³ Article L. 581-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'allocation de soutien familial

(art. L. 523-1 à L. 523-3 et art. L. 581-2 du code de la sécurité sociale)

Destinée à soutenir les familles au sein desquelles **un parent élève seul son enfant privé de l'un de ses parents**, l'ASF est ouverte :

- à tout enfant orphelin d'au moins un de ses parents ;
- à tout enfant dont la filiation n'est pas établie à l'égard d'au moins un de ses parents ;
- à tout enfant dont au moins un des parents se soustrait ou est hors d'état de faire face à ses obligations d'entretien ou de versement d'une pension alimentaire (adresse inconnue, insolvabilité, condamné pour faits de violence, etc.) ;
- à tout enfant dont l'un des parents s'acquitte intégralement d'une pension alimentaire dont le montant est inférieur à celui de l'ASF. Dans ce cas un montant différentiel d'ASF est versé.

Elle est également ouverte de plein droit aux bénéficiaires du RSA.

Dans le cadre des missions d'aide au recouvrement des impayés de pension assurées par les CAF, l'ASF peut enfin être versée dans le cas où le parent débiteur d'une pension alimentaire se soustrait à son obligation de paiement. L'ASF est ainsi versée à titre d'avance pour aider le parent créancier et son montant est recouvrable auprès du parent débiteur. Si le débiteur se soustrait partiellement à son obligation, une avance d'ASF différentielle peut être versée au créancier si le montant qu'il perçoit du débiteur est inférieur à celui de l'ASF.

Versée chaque mois par les CAF et les Cmsa, l'ASF s'élève en 2019 à 115,64 euros pour le parent isolé et à 154,16 au titre de l'enfant privé de ses deux parents. On dénombre 787 000 allocataires de l'ASF en 2018, pour une dépense de 1,7 milliard d'euros¹.

Ces missions confiées aux CAF ont été récemment renforcées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017² et regroupées sous le nom d'**Agence de recouvrement des pensions alimentaires** (Aripa).

Les missions de l'Aripa, adossée aux CAF, sont les suivantes depuis le 1^{er} janvier 2017 :

- proposer un service d'aide au recouvrement des impayés de pensions, sans condition d'échec préalable des voies d'exécution, et verser l'ASF sous forme d'avance de pension alimentaire dans le cas où le créancier est un parent isolé ;
- assurer l'intermédiation financière de la pension alimentaire, sur décision du juge, en cas de violences ou de menaces exercées par le débiteur de la pension alimentaire, à l'encontre du parent créancier ou de leur enfant ;
- informer les parents séparés sur leurs droits et les accompagner dans leurs démarches en cas de séparation.

¹ CNAF, *Rapport d'activité 2018*, p. 29.

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

Depuis le 1^{er} avril 2018, l'Aripa a pour mission supplémentaire de **conférer une force exécutoire aux accords amiables fixant une pension alimentaire pour les couples pacés ou en concubinage qui se séparent**. Ainsi, le créancier dispose d'un titre exécutoire en vertu duquel il peut confier à l'Aripa le recouvrement des éventuels impayés de pension alimentaire.

Si ces missions permettent d'apporter une aide significative aux parents créanciers connaissant des impayés de pensions alimentaires, **l'activité de l'Aripa est ciblée sur le recouvrement a posteriori des impayés** et elle n'apporte **une aide renforcée qu'à certaines catégories de parents** (versement de l'ASF aux parents isolés ; intermédiation en cas de violences conjugales ou intrafamiliales).

Or, le rapport de l'IGAS, de l'IGF et de l'IGSJ relatif à la création de l'Aripa, publié en septembre 2016, indique que **de nombreuses familles connaissent des difficultés dans le paiement des pensions alimentaires** : « le taux d'impayés des pensions alimentaires se situe entre 20 % et 40 % avec **une hypothèse moyenne autour de 35 %, soit environ 300 000 créanciers d'aliments concernés**¹ ».

Le présent article propose ainsi **d'offrir un service d'intermédiation financière de la pension alimentaire**, à la charge des débiteurs de prestations familiales, principalement les CAF mais aussi les caisses de la MSA. Progressivement ouvert à tous les parents demandeurs, ce dispositif doit permettre de mieux prévenir les impayés de pension et d'assurer, en cas d'impayé, un recouvrement plus efficace auprès du parent débiteur.

Il doit enfin permettre d'accroître le recours à l'ASF différentielle ou comme avance en cas d'impayé de pension alimentaire afin de soutenir le parent créancier isolé.

B. De nouveaux actes ou titres fixant les modalités de versement de la pension alimentaire, en fonction des différentes formes de séparation

Aux termes de l'article 371-2 du code civil, « *chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant* ». En cas de séparation des parents, cette obligation reste applicable² et prend la forme d'une pension alimentaire versée par l'un des parents à l'autre ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié³. L'article L. 373-2-2 dispose que les modalités et les garanties de la pension alimentaire sont fixées par une convention homologuée par le juge ou, à défaut, par une décision du juge. Le présent article propose **d'étendre la liste des actes pouvant définir les modalités et garanties de la pension alimentaire**, afin de s'adapter aux différents modes de séparation des parents.

¹ IGAS, IGF, IGSJ, *Création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires*, septembre 2016, p. 5.

² Art. 373-2 du code civil.

³ Art. 373-2-2 du code civil.

Outre une décision du juge ou une convention homologuée par le juge, le 1° du I modifie l'article 373-2-2 du code civil afin que les modalités et les garanties de la pension alimentaire puissent être fixées par :

- une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel¹ ;
- un acte reçu en la forme authentique d'un notaire ;
- une convention à laquelle la CAF a donné force exécutoire².

En conséquence, des **mesures de coordination** sont prises pour que ces nouveaux actes ou titres soient pris en compte dans les cas énumérés dans le tableau ci-dessous.

Mesures de coordination visant à tirer les conséquences des nouveaux actes et titres pouvant fixer les modalités et les garanties de la pension alimentaire

Disposition du présent article	Article modifié	Objet de la modification
Code civil		
3° du I	373-2-6	Le juge peut, pour assurer son exécution, assortir d'une astreinte l'accord parental relatif à la pension alimentaire constaté dans la décision judiciaire ou la convention homologuée par le juge. Tous les nouveaux actes seront couverts par la condamnation (amende d'un montant maximal de 10 000 euros) que peut prononcer le juge à l'égard du parent faisant obstacle de façon renouvelée à l'exécution de l'un de ces actes.
Code pénal		
1° du III	227-3	Ajout des nouveaux actes parmi les actes et décisions relatifs au versement d'une pension au profit d'un enfant dont l'absence d'exécution entraîne une sanction pénale de deux ans d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.
Code des procédures civiles d'exécution		
1° du IV	L. 111-3	Ajout des accords par lesquels les époux consentent mutuellement à leur séparation de corps aux décisions et actes ayant force exécutoire.
2° du IV	L. 161-3	Extension de la compétence de recouvrement des pensions alimentaires par le comptable public à l'ensemble des actes ou titres.

¹ Art. 229-1 du code civil.

² Art. L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

Disposition du présent article	Article modifié	Objet de la modification
3° du IV	L. 213-1	Extension à l'ensemble des actes ou titres de la possibilité de récupérer les impayés de pensions alimentaires directement auprès d'un tiers débiteur (ex. : employeur).
Code de la sécurité sociale		
1° du V	L. 523-1	Ajout de l'ensemble des actes et titres pour leur prise en compte dans les règles d'éligibilité à l'allocation de soutien familial (ASF) : - au titre du parent hors d'état de faire face à ses obligations de paiement d'une pension ; - pour le versement de l'ASF différentielle lorsque la pension alimentaire est inférieure au montant de l'ASF.
5° du V	L. 582-2	Cet article permet aux CAF de donner force exécutoire à l'accord par lequel les parents mettant fin à leur concubinage ou à leur PACS fixent le montant de la pension alimentaire. Cette faculté est ouverte à condition que les parents ne soient pas titulaires d'une créance de pension en vertu d'une décision judiciaire ou d'un acte décidant d'une telle créance. L'ensemble des actes ou titre est ajouté à cette condition.
Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires		
VII	Art. 1 ^{er}	Ajout des nouveaux actes ou titres organisant le versement de la pension alimentaire parmi les actes énumérés au titre desquels le comptable public est compétent pour assurer le recouvrement des impayés après l'épuisement des voies d'exécution de droit privé.

Source : Commission des affaires sociales

C. Création d'un service d'intermédiation pour le recouvrement et le versement des pensions alimentaires

Le présent article crée **un service d'intermédiation financière pour le recouvrement et le versement des pensions alimentaires**. Les CAF pourront ainsi recouvrer les montants dus au titre de la pension alimentaire auprès du parent débiteur et les reverser au parent créancier.

Le 1° du I, qui modifie l'article 373-2-2 du code civil, définit les conditions dans lesquelles cette intermédiation sera accessible. Le 4° du V réécrit l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale afin de **créer le mécanisme d'intermédiation financière des pensions alimentaires à la charge des CAF**, et ses modalités d'organisation.

1. Conditions d'accès au service d'intermédiation

L'intermédiation sera déclenchée dès lors qu'une partie au moins de la pension sera versée en numéraire et pour le montant correspondant à cette partie :

- lorsque, cette intermédiation sera **prévue dans la décision de justice**¹ ou **l'acte organisant les modalités de versement de la pension**², conformément à la nouvelle rédaction du II de l'article 373-2-2 du code civil (modifié par le 1° du I) ;

- ou, **à défaut de mention dans l'acte, à la demande de l'un des parents.**

Plusieurs **conditions** sont posées pour la mise en œuvre de cette intermédiation :

- le **parent créancier** doit avoir une résidence stable et répondre aux conditions de régularité de séjour en France ;

- le **parent débiteur** doit avoir une résidence stable et ne pas être considéré comme hors d'état de faire face au versement de la pension alimentaire.

2. Modalités de mise en œuvre de l'intermédiation

• Pour la mise en œuvre de l'intermédiation, **les parents, créancier et débiteur, devront transmettre à la CAF les informations nécessaires à l'exécution de cette intermédiation**, sous peine de pénalité prononcée par la CAF. Les modalités de recouvrement, de la procédure de sanction et les délais de transmission des informations seront précisés par décret. Le silence gardé par le parent débiteur ou son refus de transmettre les informations demandées engendrera le recouvrement de la pension alimentaire par les moyens dont disposeront les CAF.

• Dès lors que la mise en œuvre effective de l'intermédiation lui sera notifiée par la CAF, **le parent débiteur sera déchargé de l'obligation de versement de la pension au parent créancier.**

• Lorsque l'intermédiation sera déclenchée à la demande de l'un des parents, sa mise en œuvre vaudra mandat du parent créancier au profit des CAF de procéder pour son compte au recouvrement de la créance. En outre, si le parent créancier est bénéficiaire de l'ASF, la CAF sera subrogée dans les droits du créancier au titre de cette allocation.

¹ Dans le cas d'une décision du juge, l'intermédiation sera décidée à la demande de l'un des parents. Elle peut être décidée d'office par le juge si le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur.

² Pour ces autres actes, l'intermédiation sera décidée sur accord des parents.

- Lorsque le parent débiteur optera pour un prélèvement bancaire, l'établissement bancaire devra, le cas échéant, informer la CAF de la clôture de son compte ou de l'insuffisance de provision de ce compte. En cas de défaut de paiement du débiteur de tout ou partie de la créance alimentaire due à la CAF, celle-ci procédera au **recouvrement de la créance dès le premier impayé**. Le créancier sera quant à lui tenu de **rembourser à la CAF tout montant de pension alimentaire indument perçu**.

- Les conditions de revalorisation, les dates de recouvrement et de versement de la pension par les CAF seront déterminées par décret en Conseil d'État.

- La CAF compétente pour la demande de paiement sera celle du lieu de résidence du parent créancier. Un autre organisme débiteur de prestations familiales pourra être désigné pour l'exercice des missions d'intermédiation financière et de délivrance des titres exécutoires. Pour assurer la mission d'intermédiation, les CAF pourront en outre se prévaloir des procédures de recherche d'informations et d'échanges d'informations avec l'administration fiscales en vertu du code des procédures civiles d'exécution¹ et du livre des procédures fiscales².

3. Cessation de l'intermédiation financière

Sauf dans les cas où l'intermédiation a été ordonnée en raison de faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, **il pourra être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents, sous réserve du consentement de l'autre parent**.

En outre, l'intermédiation financière prendra fin :

- en cas de décès de l'un des parents ou de l'enfant ;
- à la date de fin fixée dans le titre qui la prévoit ;
- lorsqu'un nouveau titre a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation financière.

L'intermédiation pourra également être **suspendue** lorsque le parent débiteur sera qualifié comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension, sauf lorsque cette qualification résultera d'une décision du juge pour des faits de menaces ou de violences.

D. Renforcement des moyens attribués à la CNAF

Afin d'assurer le recouvrement et le versement des pensions alimentaires auprès du parent débiteur, dans le cadre de la procédure d'intermédiation financière, le présent article propose de renforcer les moyens de recouvrement à la disposition des CAF.

¹ Art. L. 152-1 et L. 152-2.

² Art. L. 152 A, 2°.

1. Recouvrement sur le montant des prestations dues

Les CAF pourront **procéder au recouvrement de la pension sur les montants dus de certaines prestations dont bénéficient le parent débiteur**, par dérogation aux principes d'insaisissabilité et d'incessibilité des prestations et allocations sociales. Seront ainsi concernées, en vertu des modifications proposées par le présent article :

- les **aides personnelles au logement** (le II modifiant l'article L. 821-9 du code de la construction et de l'habitation) ;
- **l'allocation de base** et la **prestation partagée d'éducation de l'enfant**, les **allocations familiales**, le **complément familial**, **l'allocation de rentrée scolaire** et **l'allocation de soutien familial** (le 2° du V modifiant l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale) ;
- **l'allocation aux adultes handicapés** (le 6° du V modifiant l'article L. 821-5 du code de la sécurité sociale) ;
- la **prime d'activité** (le 7° du V modifiant l'article L. 845-5 du code de la sécurité sociale) ;

En outre, **le parent débiteur qui bénéficie de prestations familiales pourra donner son accord pour que le recouvrement de la pension alimentaire s'effectue par retenue sur les prestations familiales** auxquelles il a droit (2° du V).

2. Procédure de paiement direct pour le recouvrement

Le 4° du IV modifie l'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution, qui prévoit les périodes applicables au recours à la **procédure de paiement direct**. Cette procédure permet ainsi de récupérer les termes à échoir de pension alimentaire ainsi que les termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Par dérogation, lorsque la CAF agit pour le parent créancier, sont récupérables les termes échus pour les vingt-quatre derniers mois. Cette disposition dérogatoire est modifiée pour que la période puisse s'étendre « *dans la limite des vingt-quatre derniers mois* », ouvrant ainsi la possibilité de moduler cette période d'échéances.

3. Échanges d'informations pour assurer le versement et le recouvrement de la pension

- Quatre modifications sont proposées par le présent article afin d'assurer les échanges d'informations entre les CAF, l'administration fiscale et les parents pour la mise en œuvre de l'intermédiation financière des pensions alimentaires.

- Le 3° du V modifie l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, qui permet aux CAF, pour le recouvrement des impayés de pensions alimentaires, d'obtenir des informations sur le parent débiteur après des administrations de l'État et des collectivités territoriales concernant son

identité, son adresse ou encore son employeur. La modification proposée prévoit que **les CAF pourront communiquer au créancier les renseignements dont elles disposent concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant**, sans pouvoir opposer le secret professionnel, pour le recouvrement des impayés de pension alimentaire.

- Le 1° du VI modifie l'article L. 152 du livre des procédures fiscales afin de **permettre à l'administration fiscale de communiquer aux CAF** les informations nécessaires à la délivrance des titres exécutoires et à l'intermédiation financière.

- Le 2° du VI modifie l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales, qui prévoit que **l'administration fiscale communique aux organismes débiteurs des prestations familiales toute information nécessaire à l'ouverture, au calcul et au contrôle des prestations**, afin d'ajouter les informations relatives à la délivrance des titres exécutoires et à l'intermédiation financière.

- Le 3° du VI modifie l'article L. 162 A du livre des procédures fiscales qui prévoit que **les CAF peuvent obtenir de l'administration fiscale des informations nécessaires au recouvrement des impayés de pension alimentaire**. La modification proposée prévoit en outre que les CAF pourront demander à l'administration fiscale, pour l'intermédiation financière, les informations lui permettant de **connaître les comptes bancaires ouverts aux noms des parents**.

• Enfin, le 2° du III modifie l'article 227-4 du code pénal, qui définit la sanction pénale pour **défaut de communication du parent débiteur au parent créancier de son changement de domicile**. La peine encourue est alors de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende. Il est ajouté que **cette sanction sera applicable au parent débiteur qui n'informerait pas la CAF de son changement de domicile** lorsqu'elle assure l'intermédiation du versement de la pension alimentaire.

E. Une montée en charge progressive du dispositif

1. Entrée en vigueur

Aux termes du VIII du présent article, l'entrée en vigueur du dispositif d'intermédiation financière, et les modifications proposées tirant les conséquences de ce nouveau dispositif, entreront en vigueur en deux étapes, en fonction du public éligible :

- à compter du **1^{er} juin 2020**, le dispositif sera ouvert pour toutes les nouvelles séparations dès lors que le recours à cette intermédiation est inscrite dans la décision du juge ou dans l'acte organisant le paiement d'une pension alimentaire ainsi qu'à la demande d'un des parents auprès de la CAF si un impayé de pension a été constaté ;

- à compter du **1^{er} janvier 2021**, l'intermédiation financière sera accessible à tout parent qui en fait la demande.

Le VIII précise en outre que les dispositions élargissant les actes pour lesquels l'inexécution fait l'objet d'une sanction pénale ne seront applicables que pour les faits commis après l'entrée en vigueur de la présente LFSS pour 2020.

2. Application outre-mer

Le 1° du IX prévoit que les actes et titres fixant la pension alimentaire, énumérés dans la nouvelle rédaction de l'article L. 373-2-2 du code civil, seront applicables à Wallis-et-Futuna mais pas la possibilité de recourir à l'intermédiation financière des CAF.

Le 2° procède à une mesure de coordination pour l'application des dispositions du code pénal résultant de la présente LFSS dans les îles Wallis-et-Futuna, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie et les Terres australes et antarctiques françaises.

Le 3° du IX prévoit que les procédures de paiement direct par un tiers débiteur seront applicables à Wallis-et-Futuna.

Le 4° rend applicable aux îles Wallis-et-Futuna, à la Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie l'article 1^{er} de l'ordonnance du 11 juillet 1975 précitée qui définit la compétence du comptable public pour le recouvrement des impayés de pension alimentaire.

3. Coût de la mesure

Pour 2020, le coût des mesures proposées représenterait 42 millions d'euros dont 15,6 millions d'euros de dépenses supplémentaires au titre de l'ASF¹ et 26,5 millions de dépenses de gestion. Ces dépenses de gestion se composeront, d'une part, du coût lié au développement des outils informatiques permettant aux CAF de gérer l'intermédiation financière. D'autre part, elles permettront aux CAF de se doter d'effectifs supplémentaires pour assurer ces nouvelles missions, à hauteur de 450 ETP en 2020.

Le coût du dispositif est ensuite estimé à 85 millions d'euros pour 2021 et à 122,5 millions d'euros pour 2022 puis 2023, en raison de sa montée en charge, sur la base d'une estimation de progression du nombre de bénéficiaires de l'ASF de 50 000 la première année et 90 000 l'année suivante².

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Après déduction des montants recouverts au titre de l'ASF recouvrable.

² Ces estimations figurent à l'annexe 9 du PLFSS, page 445.

III - La position de la commission

Le renforcement des missions des caisses d'allocations familiales, avec la création de l'Aripa, a constitué une étape décisive pour aider les parents créanciers à recevoir leurs pensions alimentaires, en particulier pour les femmes victimes de violences conjugales ou intrafamiliales. L'avance d'ASF pour les parents isolés en cas d'impayés de pension alimentaire constitue également une aide essentielle pour les familles monoparentales, la pension représentant en moyenne 18 % des revenus du créancier d'aliments¹.

Alors que les dispositifs actuels étaient ciblés sur certaines catégories de familles, votre rapporteure accueille favorablement les mesures proposées qui créent un service complet d'accompagnement et d'intermédiation pour le paiement des pensions alimentaires, ouvert à terme à l'ensemble des parents séparés qui souhaiteront y recourir.

Ces mesures font entrer le dispositif dans une logique de prévention des impayés, grâce au dispositif d'intermédiation financière. Cette intermédiation permettra, en confiant le recouvrement et le versement de la pension à un tiers, de neutraliser les conflits pouvant naître entre parents séparés à l'occasion de paiement de la pension alimentaire, et de diminuer en conséquence le taux d'impayés. Grâce aux pouvoirs d'information et de recouvrement renforcés des CAF, le dispositif proposé permettra de **mieux recouvrer les sommes dues et de récupérer plus efficacement les impayés de pension**.

En outre, votre rapporteure se félicite que **les effectifs des CAF soient renforcés pour le déploiement de ce nouveau dispositif**, afin d'assurer un service opérationnel pour les familles dès son entrée en vigueur.

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

¹ Terra Nova, Pensions alimentaires : en finir avec les impayés, mars 2019.

Article 49

Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

Objet : Cet article vise à ce que les crèches et les assistants maternels communiquent leurs coordonnées et leurs disponibilités pour les rendre accessibles aux familles sur un site internet géré par la caisse nationale des allocations familiales.

I - Le dispositif proposé

A. L'absence d'un portail donnant accès en temps réel à l'ensemble de l'offre de garde d'enfants disponible sur le territoire

Les besoins d'accueil du jeune enfant ne sont pas toujours satisfaits sur le territoire, quel que soit le mode d'accueil, collectif ou individuel. En effet, la capacité théorique des modes de garde formels pour 100 enfants de moins de 3 ans était de 58,9 en 2017¹.

Par ailleurs, **l'offre de garde d'enfant n'est pas toujours pleinement exploitée**, comme en témoigne le taux d'occupation réel des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), qui s'élevait à 62,2 %, des heures théoriquement disponibles en 2017, ce qui représente l'équivalent de 154 500 places non pourvues².

Pourtant, **il n'existe pas aujourd'hui de service public rendant accessible, de manière exhaustive, l'ensemble des modes de garde du jeune enfant disponibles sur un territoire et à une date donnée.**

Des dispositifs locaux sont mis en œuvre, tels que des sites internet sur les modes de garde déployés par les conseils départementaux ou des services d'information sur les capacités d'accueil fournis aux familles par les relais d'assistants maternels ou les mairies. Des initiatives privées visant à accroître la visibilité de certains professionnels, notamment des crèches privées ou des assistants maternels sont aussi déployées, comme l'ont indiqué plusieurs personnes entendues par votre rapporteure.

Un portail public, *monenfant.fr*, géré par la CNAF, a vocation à rassembler l'ensemble des informations sur les modes de garde. Les données disponibles sur ce site internet demeurent cependant incomplètes. Fondé en 2009, ce site internet a pour objectif de constituer « *un portail de référence pour accompagner les familles tout au long de leur vie de parent, notamment en matière de petite enfance et de parentalité*³. » Ce site a été entièrement refondu et sa nouvelle version est en ligne depuis le 13 février 2019.

¹ PLFSS, annexe 1, PQE « famille », p. 28.

² PLFSS, annexe 9, p. 466

³ Selon les éléments fournis par la CNAF à votre rapporteure.

De nombreux informations et services figurent déjà sur ce site internet. S'agissant de l'offre de garde d'enfants, **les EAJE financés par la branche famille doivent être référencés sur le site** et mettre à jour leurs informations, ainsi que les micro-crèches bénéficiant d'un financement de la PAJE¹. **Le référencement des assistants maternels est facultatif**, sauf s'ils souhaitent bénéficier de la prime d'installation de la CAF. **Ce sont ainsi 75 % des assistants maternels qui sont aujourd'hui référencés sur le site et 16,5 % d'entre eux procèdent au renseignement de leur profil en ligne.**

Les assistants maternels peuvent ainsi renseigner leur profil, dès lors que le conseil départemental transmet à la CAF les données sur leurs agréments, en y indiquant leurs horaires, leurs tarifs, les conditions d'accueil, etc.

En 2019, le site référence et géolocalise la totalité des crèches en France et des structures et services de la petite enfance financés par les CAF, ce qui correspond à² :

- 12 729 structures d'accueil collectif, 214 crèches parentales et 807 crèches familiales ;
- 1 112 maisons d'assistants maternels ;
- 3 240 relais d'assistants maternels (RAM) et 2 042 lieux d'information petite enfance ;
- 23 026 accueils de loisir ;
- 1 516 lieux d'accueil enfants-parents ;
- 237 services de médiation familiale et 231 espaces de rencontre.

Un moteur de recherche géolocalisée est disponible, permettant de visualiser les modes d'accueil sur une carte interactive. A l'heure actuelle, **le site n'offre toutefois pas d'information sur les disponibilités au sein d'une structure d'accueil à une date donnée.**

Le site internet propose également **des services et des ressources numériques aux familles et aux professionnels de la petite enfance.** Pour les familles, elles peuvent solliciter en ligne un rendez-vous auprès d'un professionnel de la petite enfance pour être accompagnées dans leur recherche d'un mode de garde. Les RAM sont les interlocuteurs majoritaires de ce service. Elles peuvent également accéder à des conseils et informations sur le développement et l'épanouissement de l'enfant. Un simulateur permet en outre de calculer le coût d'une place en crèche.

La CNAF prévoit un enrichissement progressif des services proposés par le site internet, avec le référencement des autres modes de garde d'enfants par des entreprises de services à la personne et la mise en ligne d'un comparateur des restes à charge nets pour les familles en fonction

¹ Prestation d'accueil du jeune enfant.

² Données transmises à votre rapporteure par la CNAF.

du mode de garde choisi. Afin de promouvoir ces services et d'accroître leur utilisation, **des campagnes de communication sont prévues** par la CNAF, ciblées sur les familles et les professionnels.

Dans le cadre du déploiement de cette offre de services destinés aux familles, **le dispositif proposé prévoit une obligation pour les EAJE et les assistants maternels de communiquer régulièrement des informations aux CAF, en particulier sur leurs disponibilités d'accueil.** Cette mesure permettra de développer un service de consultation des disponibilités en temps réel par mode d'accueil, afin notamment de répondre à des besoins de garde ponctuels pour certaines familles.

B. Prévoir une obligation pour les crèches et les assistants maternels de communiquer leurs coordonnées et leurs disponibilités pour les rendre accessibles aux familles

1. Les établissements d'accueil du jeune enfant

Le 1° du I crée un nouvel article L. 214-1-1 du code de l'action sociale et des familles prévoyant que **les établissements d'accueil des enfants de moins de six ans communiqueront par voie électronique leurs disponibilités d'accueil** à la CNAF et à la CCMSA. Les modalités et la périodicité de transmission de ces informations seront fixées par arrêté ministériel.

L'étude d'impact précise **que les EAJE devront transmettre aux CAF leurs disponibilités d'accueil toutes les semaines de manière automatisée** par l'intermédiaire de nouvelles fonctionnalités intégrées à leur outil de facturation. Ces disponibilités seront ensuite rendues accessibles par la CNAF sur le site *monenfant.fr*.

2. Les assistants maternels

Le 2° du I modifie l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles qui définit **la procédure de délivrance de l'agrément pour l'exercice de la profession d'assistant maternel** par le conseil départemental. Cette délivrance est subordonnée à des conditions d'accueil garantissant la sécurité, la santé et l'épanouissement de l'enfant accueilli. Il est proposé, parmi ces conditions, **d'ajouter l'autorisation par l'assistant maternel de la publication de son identité et de ses coordonnées.** Les modalités d'application de cette disposition seront fixées par décret en Conseil d'État.

Le 3° du I modifie l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles qui définit certaines **règles encadrant le contenu de l'agrément délivré aux assistants maternels**, en particulier le nombre maximal d'enfants pouvant être accueillis simultanément chez un assistant maternel. La mesure proposée ajoute un alinéa à cet article pour indiquer que **les assistants maternels devront respecter des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil**, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Aux termes de l'annexe 9, ces nouvelles obligations pourraient conduire au retrait de l'agrément de l'assistant maternel qui ne les respecterait pas : « *En cas de refus, cet élément serait considéré comme l'un des critères pouvant conduire, après avertissement et conformément à la procédure prévue par le code de l'action sociale et des familles, qui prévoit une démarche contradictoire en cas de manquement aux dispositions régissant l'exercice de l'activité, avec notamment examen par une commission départementale assurant un examen collégial au retrait, le cas échéant, de l'agrément de l'assistant maternel* ».

L'étude d'impact indique toutefois que ces procédures resteraient marginales. Les CAF et les relais d'assistants maternels seraient ainsi mobilisés pour accompagner les assistants maternels dans ces nouvelles démarches qui leur demanderaient de renseigner régulièrement leurs places disponibles.

3. Application du dispositif

Le II prévoit que le présent article entrera en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date. Cette application différée permettra à la CNAF de développer les systèmes d'information nécessaires aux nouvelles fonctionnalités du site internet.

Le coût de la mesure proposée devrait s'élever à 15 millions d'euros pour la branche famille en 2020 puis à 55 millions d'euros en 2021. Ce chiffrage comprend le coût du développement informatique destiné à faciliter la transmission des données des professionnels vers les CAF, ce qui représenterait 1,5 million d'euros en 2020. Le reste du coût estimé correspond à une montée en charge des financements par la branche famille des places en crèches ou chez les assistants maternels, du fait d'un plus fort recours aux modes de garde facilité par les nouvelles fonctionnalités du site internet.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement précisant que la communication des disponibilités des EAJE est destinée à l'information des familles. Cet amendement supprime également la référence à la CCMSA, car la CNAF est le seul gestionnaire du site *monenfant.fr*. Il précise que la publication de l'identité et des disponibilités des assistants maternels sera réalisée par la CNAF.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Votre rapporteure accueille favorablement le dispositif proposé dans la mesure où **il accroît l'information disponible sur les modes de garde pour les familles**, cette information étant aujourd'hui éparse et incomplète. Les familles s'installant sur un territoire peuvent ainsi avoir du mal à trouver un mode de garde pour leur enfant, compte tenu de la variété des modes d'accueil et de l'absence de référencement exhaustif. En outre, **la publication des disponibilités en temps réel des différents mode d'accueil répond à certains besoins ponctuels de parents** qui, par exemple, peuvent avoir des contraintes professionnelles ou besoin de trouver un mode de garde alternatif pendant l'absence de l'assistant maternel assurant la garde habituelle de l'enfant. Le déploiement des fonctionnalités du site *monenfant.fr* et des services qu'il propose répond enfin aux **usages actuels des parents qui recourent parfois à des plateformes en ligne** destinés à proposer des services dans divers secteurs dont celui des aides à la personne.

Le dispositif proposé s'inscrit par ailleurs dans une offre de services déjà bien aboutie, avec la refondation du site *monenfant.fr*. En outre, les obligations de publication et de transmission posées par le présent article seront facilitées par le fait que la quasi-totalité des EAJE et les trois quarts des assistants maternels sont déjà référencés sur le site.

Toutefois, **les nouvelles obligations qui incomberont aux assistants maternels suscitent des réticences et des inquiétudes au sein de cette profession**. C'est notamment ce qu'ont indiqué plusieurs représentants des assistants maternels auditionnés par votre rapporteure. Ces professionnels constatent tout d'abord que l'accessibilité au site *monenfant.fr* est complexe pour y renseigner certaines informations. Ils considèrent en outre que ces obligations contreviennent à la liberté d'organisation de leur activité, déjà régulée par les conseils départementaux et qui doit répondre avant tout aux demandes des parents employeurs. Surtout, la rédaction du dispositif ainsi que son explication figurant dans l'étude d'impact, qui prévoit que la non-transmission des informations requises pourra conduire au retrait de leur agrément, est source d'inquiétudes et d'incompréhensions pour les assistants maternels. Votre rapporteure considère que la préparation de cette mesure n'a pas été suffisamment accompagnée de concertations avec les professionnels concernés de la part du Gouvernement et de la CNAF, afin de lever ces inquiétudes légitimes.

Auditionnée par votre commission, Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, a indiqué que « *le manquement à cette obligation ne suffira pas à entraîner un retrait d'agrément¹* ». Les responsables de la CNAF, auditionnés par votre rapporteure ont également indiqué que des mesures d'accompagnement seraient déployées auprès des assistants maternels et que cette nouvelle obligation ne remettrait aucunement en cause leur liberté d'organisation, notamment de leurs horaires ou du nombre d'enfants qu'ils souhaitent accueillir, dans les limites définies par leur agrément.

Votre rapporteure soutient les mesures proposées, importantes pour l'information des familles. Elle considère qu'il convient toutefois d'offrir aux assistants maternels davantage de garanties face aux obligations qui leur sont ajoutées par le présent article, afin de lever leurs inquiétudes et de ne pas les désinciter à recourir au dispositif de publication, qui présente également un intérêt pour l'attractivité de leur profession. Par conséquent, **votre commission propose d'inscrire dans la loi le fait que le non-respect par les assistants maternels de l'obligation de déclaration et de transmission, notamment de leurs disponibilités, ne pourra pas à lui seul constituer un motif de retrait d'agrément** (amendement n° 158).

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

Article 49 bis (nouveau)

**Extension du complément de libre choix du mode de garde
aux titulaires d'un contrat de service civique**

Objet : Cet article, introduit à l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, étend le droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant aux titulaires d'un contrat de service civique.

I - Le dispositif proposé

A. Le complément de libre choix du mode de garde

Le **complément de libre choix du mode de garde (CMG)** est une aide financière versée pour compenser le coût de la garde d'un enfant. Il fait partie de la **prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)**.

¹ Voir le compte rendu, annexé au présent rapport, de l'audition par la commission des affaires sociales de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics, sur le PLFSS 2020.

La **Paje**¹ regroupe un ensemble d'aides aux familles ayant un jeune enfant. Elle comprend quatre dispositifs :

- la **prime à la naissance ou à l'adoption**², destinée à soutenir les familles face aux dépenses liées à la naissance ou à l'adoption d'un enfant. Elle est versée sous condition de ressources.

- l'**allocation de base**³, destinée à faire face aux dépenses d'entretien et d'éducation du jeune enfant. Elle est versée sous condition de ressources jusqu'aux trois ans de l'enfant.

- la **prestation partagée d'éducation de l'enfant**⁴ (Prepree), versée aux parents qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper de leur jeune enfant.

- le **complément de libre choix du mode de garde**⁵ (CMG).

Le CMG est versé par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de la Mutualité sociale agricole (Cmsa). En 2018, **895 000 foyers** ont bénéficié du CMG, pour un coût de **6,3 milliards d'euros**⁶.

Le CMG est **versé à condition que le ménage exerce une activité professionnelle**. Cette condition n'est pas applicable :

- lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

- lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ;

- lorsque la personne bénéficie du revenu de solidarité active (RSA) et qu'elle est inscrite dans « une démarche d'insertion professionnelle ».

Les ménages ayant recours pour la garde de leur enfant à un établissement bénéficiant de financements du fonds national d'action sociale (Fnas) de la branche famille ne peuvent pas prétendre au CMG.

On distingue le **CMG « emploi direct »** du **CMG « structure »**.

¹ La Paje a été créée par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

² Art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale.

³ Art. L. 531-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale.

⁶ CNAF, Rapport d'activité 2018, p. 29.

- **Le CMG « emploi direct »**

Le CMG « emploi direct » est attribué au foyer qui emploie une assistante maternelle agréée¹ ou un employé à domicile² pour garder son enfant. Il se décompose en deux volets : le premier volet vise à **prendre en charge les cotisations et contributions sociales** de la personne employée et le second volet vise à **compenser une partie de la rémunération nette**.

Concernant la **prise en charge des cotisations et contributions sociales**, elle est totale pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée dès lors que sa rémunération ne dépasse pas par jour et par enfant cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance. Pour un employé à domicile, cette prise en charge est partielle et correspond à 50 % des cotisations et contributions sociales dans la limite d'un plafond revalorisé chaque année en fonction de l'inflation³.

Concernant la **compensation de la rémunération nette**, elle correspond à une part du salaire net et des « indemnités et fournitures destinées à l'entretien de l'enfant ». En cas d'emploi d'une assistante maternelle, cette part du CMG est calculée par enfant. Elle est calculée par ménage pour un employé à domicile. **Le montant de CMG versé à ce titre est plafonné en fonction des ressources du ménage, de sa composition, et du nombre d'enfants à charge.**

- **Le CMG « structure »**

Le CMG « structure » est destiné à soutenir les familles qui recourent, pour la garde de leur enfant, à **une association ou à une entreprise habilitée employant des assistants maternels ou des employés à domicile ou à une micro-crèche.**

Le montant versé au titre du CMG « structure » vise à prendre partiellement en charge le coût de la garde de l'enfant et il est plafonné en fonction des ressources du ménage, de sa composition et du nombre d'enfants à charge. Le CMG n'est versé que si l'enfant est gardé pendant une durée d'au moins seize heures par mois.

- **Barème et montants du CMG**

Les prestations de la Paje sont ouvertes au titre d'un enfant dont l'âge est inférieur ou égal à trois ans⁴. Par dérogation, **le CMG peut être versé au titre d'un enfant âgé de trois à six ans**. Dans ce cas, **les montants versés sont réduits de moitié**⁵.

¹ Art. L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Art. L. 7221-1 du code du travail.

³ Art. D. 531-17 du code de la sécurité sociale.

⁴ Art. L. 531-1 et D. 531-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Art. D. 531-20 du code de la sécurité sociale.

Le montant de CMG versé au titre de la rémunération nette pour un emploi direct ou au titre du CMG « structure » ne peut dépasser 85 % de la rémunération nette ou du coût de la garde¹.

Le montant du CMG est déterminé en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), revalorisée le 1^{er} avril de chaque année en fonction de l'inflation hors tabac².

**Montants du CMG versés pour la garde
d'un enfant de moins de 3 ans au 1^{er} avril 2019**

CMG	En % de la BMAF	En euros
<i>Emploi direct (part correspondant à la rémunération nette)</i>		
CMG maximal	114,04	471,17
CMG intermédiaire	71,91	297,10
CMG minimal	43,14	178,24
<i>Association ou entreprise employant un assistant maternel</i>		
CMG maximal	172,57	712,99
CMG intermédiaire	143,81	594,17
CMG minimal	115,05	475,34
<i>Association ou entreprise employant une garde à domicile ou micro-crèche</i>		
CMG maximal	208,53	861,56
CMG intermédiaire	179,76	742,70
CMG minimal	151	623,87

Sources : Commission des affaires sociales du Sénat ; articles D. 531-18 et D. 531-23 du code de la sécurité sociale et instruction interministérielle du 25 mars 2019 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2019 des prestations familiales servies en métropole

Le **CMG maximal** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources inférieur ou égal à 20 755 euros s'il a un enfant à charge**. Ce plafond est majoré de 2 946 euros par enfant supplémentaire à charge.

Le **CMG minimal** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources supérieur à 46 123 euros s'il a un enfant à charge**. Ce plafond est majoré de 6 547 euros par enfant supplémentaire à charge.

Le **CMG intermédiaire** est versé au ménage qui a disposé d'un **montant de ressources supérieur à celui ouvrant droit au CMG maximal et inférieur ou égal à celui ouvrant droit au CMG minimal**³.

Le montant du CMG versé peut être majoré dans les cas suivants :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques (majoration de 10 %) ;

¹ Art. D. 531-18 et D. 531-23 du code de la sécurité sociale.

² Art. L. 161-25 et L. 551-1 du code de la sécurité sociale.

³ Art. D. 531-18-1 du code de la sécurité sociale.

- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de l'AAH (majoration de 30 %) ;
- lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule (majoration de 30 %)¹ ;
- lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) au titre d'un enfant à charge (majoration de 30 %)².

B. L'ouverture du complément de libre choix du mode de garde aux titulaires d'un contrat de service civique

Le présent article, inséré par l'adoption d'un amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale afin **d'étendre le bénéfice du CMG aux titulaires d'un contrat de service civique**. Le CMG pourra ainsi être versé lorsque la personne ou les deux membres du couple sont titulaires d'un contrat de service civique.

Le dispositif proposé ajoute ainsi une dérogation au principe selon lequel le CMG est versé à condition que le ménage exerce une activité professionnelle.

L'activité réalisée dans le cadre d'un service civique n'est en effet pas considérée comme une activité professionnelle. Régi par les articles L. 120-3 et suivants du code du service national, **l'engagement de service civique** permet à toute personne âgée de 16 à 25 ans de s'engager, pour une durée de six mois à un an, à assurer **une mission d'intérêt général** dans l'un des domaines suivants : solidarité, santé, éducation pour tous, culture et loisirs, sport, environnement, mémoire et citoyenneté, développement international et action humanitaire, intervention d'urgence. En 2018, 140 000 volontaires ont effectué un engagement de service civique³.

La mission de service civique doit être effectuée **dans un organisme d'accueil agréé par l'Agence du service civique**, qui peut être une association, une fondation, une collectivité territoriale, une organisation internationale dont le siège se trouve en France, ou encore une entreprise disposant de l'agrément « *entreprise solidaire d'utilité sociale* ». La personne qui s'engage à réaliser une mission de service civique signe **un contrat avec l'organisme d'accueil**. Le volontaire engagé jouit ainsi d'un statut *ad hoc* qui n'est ni celui d'un salarié, ni d'un stagiaire. Il perçoit à ce titre une indemnisation mensuelle d'au moins 473,04 euros net ainsi qu'une prestation complémentaire pour les frais d'alimentation et de transports⁴.

¹ Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018. Elle a été introduite par l'article 36 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

² Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019. Elle a été introduite par l'article 69 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

³ Agence du service civique, rapport d'activité 2018.

⁴ Art. R. 121-22 à R. 121-32 du code du service national.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale, **le dispositif proposé représentera un coût maximal estimé à deux millions d'euros**, à la charge de la branche famille, considérant que 6 000 engagés en service civique ont un enfant âgé de moins de six ans et pourraient donc prétendre au CMG.

II - La position de la commission

La mesure proposée facilitera l'engagement de service civique pour les jeunes parents qui le souhaitent, en leur permettant d'être soutenus pour la garde de leur enfant. Il permettra en outre de reconnaître l'engagement des personnes réalisant une mission d'intérêt général par un contrat de service civique.

Votre rapporteure accueille donc favorablement la mesure proposée. Elle rappelle que votre commission s'était par ailleurs prononcée favorablement à la majoration du CMG pour les ménages percevant l'AEEH au titre d'un enfant handicapé à charge lors de l'examen du PLFSS pour 2019.

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

Article 50

Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte

Objet : Cet article prévoit de rapprocher du droit commun certaines règles applicables à Mayotte concernant l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

I - Le dispositif proposé

Le département de Mayotte fait l'objet de règles dérogatoires s'agissant des prestations familiales, en vertu de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

Depuis les premiers versements des allocations familiales à Mayotte intervenus en mars 2002, des mesures de convergences ont permis de rapprocher progressivement les règles régissant les prestations familiales à Mayotte de celles prévues dans les autres départements.

L'acquisition du statut de département le 31 mars 2011 marque une étape décisive pour cette convergence des règles de protection sociale entre Mayotte et les départements d'outre-mer. L'ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans

le cadre de la départementalisation engage ainsi des mesures de convergence avec l'alignement du montant des allocations familiales à horizon 2026¹ et du montant de l'allocation de rentrée scolaire à horizon 2015² sur ceux des autres départements d'outre-mer.

La loi du 28 février 2017 dite « EROM³ » marque une nouvelle étape, notamment en accélérant la convergence des allocations familiales à l'horizon 2021⁴.

Le présent article propose de rapprocher du droit commun certaines règles applicables à Mayotte concernant l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh), et la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'abandonner ou de reporter la mise en paiement des prestations familiales.

1. L'allocation de rentrée scolaire

a) Les règles de droit commun

L'allocation de rentrée scolaire (ARS) est régie par le chapitre 3 du titre 4 du livre 5 du code de la sécurité sociale (articles L. 543-1 à L. 543-3).

Elle est destinée à soutenir les familles dans la prise en charge des dépenses de la rentrée scolaire de leurs enfants. L'ARS est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement d'enseignement public ou privé, donc de l'âge de six ans à seize ans. Elle est attribuée jusqu'à dix-huit ans si le ménage déclare que l'enfant est toujours scolarisé.

Soumise à condition de ressources, l'ARS est versée aux ménages dont les revenus ne dépassent pas un plafond qui est majoré de 30 % par enfant à charge. L'assiette des revenus pris en compte correspond aux **revenus nets catégoriels de l'année civile de référence**, soit l'avant dernière année précédant le versement de l'allocation. Le plafond est revalorisé chaque année conformément à l'inflation hors tabac constatée pour l'année civile de référence. Toutefois, **une allocation différentielle peut être versée lorsque les revenus de la famille excèdent de peu le plafond de ressources.**

¹ Article 14 de l'ordonnance.

² Article 15 de l'ordonnance.

³ Loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique.

⁴ Article 23 de la loi EROM.

Plafonds de ressources pour l'éligibilité à l'ARS

Nombre d'enfants	Plafond de ressources (revenus nets catégoriels 2017)
1 enfant	24 697 euros
2 enfants	30 396 euros
3 enfants	36 095 euros
<i>Par enfant supplémentaire</i>	<i>+ 5 699 euros</i>

Sources : Commission des affaires sociales ; arrêté du 21 décembre 2018 relatif au montant des plafonds de ressources de certaines prestations familiales et aux tranches du barème applicable au recouvrement des indus et à la saisie des prestations

Le montant versé varie en fonction de l'âge de l'enfant, selon trois tranches. Il est déterminé en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

Montants d'ARS versés pour la rentrée scolaire 2019

Âge de l'enfant	Montant net de l'ARS
6 à 10 ans	368,84 euros
11 à 14 ans	389,19 euros
15 à 18 ans	402,67 euros

Sources : Commission des affaires sociales ; article D. 543-1 du code de la sécurité sociale et instruction interministérielle du 25 mars 2019 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2019 des prestations familiales servies en métropole

L'allocation fait l'objet d'un **versement unique avant la rentrée scolaire**, en général au mois d'août. Elle est versée par les CAF et les Cmsa. En 2018, l'ARS était versée à **3 millions de bénéficiaires** pour une dépense de **2 milliards d'euros**¹.

b) La mesure proposée à Mayotte

La revalorisation du plafond de ressources en dessous duquel les familles sont éligibles à l'ARS est actuellement effectuée conformément à l'évolution du montant du salaire minimum à Mayotte.

Le **a** du 1^o du I du présent article modifie l'article 8 de l'ordonnance du 7 février 2002 afin de **remplacer l'actuel mode de revalorisation du plafond de ressources par celui qui prévaut dans les autres départements**, conformément à l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale, à savoir selon **l'évolution de l'inflation hors tabac** constatée pour l'année civile de référence. Aux termes du 1^o du II du présent article, cette modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

¹ Cnaf, rapport d'activité 2018, p. 29.

Le **b** du **1°** du **I** procède à un second ajout à l'article 8 de l'ordonnance du 7 février 2002 afin de **rendre applicable à Mayotte le mécanisme d'ARS différentielle**, due lorsque les ressources de la famille excèdent de peu le plafond de ressources. Les modalités de calcul de cette prestation seront déterminées par décret. Le **2°** du **II** du présent article prévoit que cette disposition sera applicable au titre de la rentrée scolaire 2020 et que la prestation pourra être versée jusqu'au 31 décembre 2020. Un décret pourra retarder cette échéance jusqu'au 30 juin 2021.

2. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

a) Les règles de droit commun

L'**allocation d'éducation de l'enfant handicapé**¹ (Aeeh) est une prestation versée à la personne qui assume la charge d'un enfant handicapé de moins de vingt ans afin de compenser les frais d'éducation et de soins liés à son handicap. Elle n'est pas soumise à condition de ressources.

On dénombre **294 000 allocataires de l'Aeeh en 2018** pour une dépense qui s'élève à 1 milliard d'euros². L'allocation est versée par les caisses d'allocation familiales (CAF) et les caisses de la Mutualité sociale agricole (Cmsa).

L'éligibilité à l'Aeeh est soumise à une évaluation médicale par la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH). L'enfant doit se voir reconnaître :

- **soit un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ;**

- **soit un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 %** et fréquenter un établissement social ou médico-social ou bénéficier d'un dispositif adapté ou d'un accompagnement pour sa scolarisation ou recourir à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la CDAPH.

L'Aeeh ne peut être versée lorsque l'enfant est accueilli dans un internat et bénéficie d'une prise en charge totale des frais de séjour par l'État, l'assurance maladie ou l'aide sociale.

Le **montant de l'Aeeh** est fixé à 32 % de la base mensuelle des allocations familiales³, soit **132,21 euros par mois** au 1^{er} avril 2019⁴.

Un **complément d'allocation** peut être attribué, sur décision de la CDAPH, aux allocataires de l'Aeeh au titre de l'enfant dont le handicap exige des dépenses coûteuses ou nécessite l'aide d'une tierce personne. Le montant de ce complément varie selon le niveau du handicap, classé de 1 à 6.

¹ Articles L. 541-1 à L. 541-4 du code de la sécurité sociale.

² CNAF, rapport d'activité 2018, p. 29.

³ Art. D. 541-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Instruction interministérielle du 25 mars 2019 relative à la revalorisation au 1^{er} avril 2019 des prestations familiales servies en métropole.

Lorsqu'un parent assume seul la charge de son enfant handicapé, il peut prétendre à une **majoration de l'Aeeh pour parent isolé**.

b) La mesure proposée à Mayotte

L'Aeeh n'est ouverte à Mayotte que pour les enfants qui se voient reconnaître un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Afin d'**ouvrir l'Aeeh à Mayotte aux enfants qui ont un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % dans les mêmes conditions que pour les autres départements**, le 2° du I du présent article procède :

- au remplacement des dispositions de l'article 10-1 de l'ordonnance du 7 février 2002 précitée afin de rendre applicables à Mayotte articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale régissant l'Aeeh ;

- à la suppression de l'article 10-2 de l'ordonnance précitée qui prévoit dans sa rédaction actuelle la majoration de l'Aeeh pour parent isolé, car celle-ci est prévue dans les dispositions de droit commun qui seront rendues applicables à Mayotte.

Le 3° du II prévoit que ces dispositions relatives à l'Aeeh entreront en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020, cette échéance pouvant être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

3. Abandon ou report de la mise en paiement des prestations

Le 3° du I du présent article modifie l'article 12 de l'ordonnance du 7 février 2002 précitée afin de rendre applicable à Mayotte, pour le versement des prestations familiales régies par cette ordonnance, l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale.

En vertu de cet article, et dans le champ des prestations familiales, la caisse de sécurité sociale de Mayotte pourra ainsi **différer ou renoncer au versement de prestations familiales dont le montant est inférieur à un niveau défini par décret**. Ce montant est actuellement fixé à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur¹, soit 23 euros pour l'année 2019, sauf pour l'allocation de rentrée scolaire dont le montant est fixé à 15 euros².

• L'étude d'impact annexée au PLFSS prévoit un coût de ces mesures pour la branche famille de **0,12 million d'euros en 2020**, 1,46 million d'euros en 2021 et 2,18 millions d'euros en 2022, compte tenu des entrées en vigueur différées des différents dispositifs.

Cette évaluation s'appuie sur une comparaison entre les allocataires des prestations concernées à Mayotte et en Guyane. Il est ainsi estimé que 120 foyers pourraient potentiellement être éligibles à l'ARS différentielle et que le nombre d'allocataires de l'Aeeh pourrait progressivement atteindre 1 650 foyers à horizon 2026 à Mayotte.

¹ Art. D. 133-2 du code de la sécurité sociale.

² Art. D. 543-2 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Les mesures proposées, qui concernent l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, permettent de poursuivre la convergence des prestations familiales à Mayotte. Alors que Mayotte a acquis le statut de département il y a huit ans, les différences qui subsistent au titre des prestations familiales n'apparaissent bien souvent pas justifiées. Le dispositif proposé constitue ainsi une mesure de justice sociale accueillie favorablement par votre rapporteure.

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

Article 51

Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale

Objet : Cet article ouvre la possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans chaque département à l'initiative des conseils des caisses départementales du régime général.

I - Le dispositif proposé

A. Une expérimentation aux conditions trop restrictives

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹ a créé une **expérimentation ouvrant la possibilité pour certains départements de créer des caisses communes de sécurité sociale** en mutualisant les services de plusieurs branches du régime général.

Cette expérimentation, prévue aux articles L. 216-4 à L. 216-7 du code de la sécurité sociale, est **ouverte aux départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale (ZRR)**. Les conseils et conseils d'administration des caisses du régime général de sécurité sociale du département qui le souhaitent peuvent alors proposer la création d'une caisse commune exerçant les missions des caisses concernées. **L'expérimentation est ouverte pour une durée de cinq ans** par arrêté ministériel pris après avis des conseils et conseils d'administration des caisses nationales concernées.

¹ Art. 141 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Les caisses communes ainsi créées sont soumises aux mêmes règles de fonctionnement que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) mais doivent tenir compte des orientations définies par la CNAF en matière de politique d'action sanitaire et sociale.

À l'issue de l'expérimentation, **le ministre chargé de la sécurité sociale peut, par arrêté, pérenniser cette caisse commune** pour assurer tout ou partie des missions qui ont été assurées à titre expérimental¹.

Aux termes de l'article 1465 A du code général des impôts, sont classés en ZRR les membres d'un EPCI à fiscalité propre qui répondent aux conditions suivantes :

– Une **condition démographique** : sa densité de population est inférieure ou égale à la densité médiane nationale des EPCI à fiscalité propre métropolitains ou sa population connaît depuis les quatre dernières décennies un déclin de 30 % ou plus à condition qu'il se trouve dans un arrondissement composé majoritairement de communes classées en ZRR et dont la population est supérieure à 70 % de l'arrondissement ;

– Une **condition économique** : son revenu fiscal par unité de consommation médian est inférieur ou égal à la médiane des revenus médians par EPCI à fiscalité propre métropolitain.

Ces critères, revus en 2017, correspondent à des seuils constatés de 63 hab/km² pour le critère démographique et de 19 111 euros pour le critère de revenus. Le nombre de communes correspondant à ces critères de classement en 2018 s'élève ainsi à 17 976. Le classement en ZRR ouvre principalement des exonérations fiscales et des allègements de cotisations sociales patronales destinés à renforcer l'attractivité de ces territoires².

Depuis la mise en œuvre de l'expérimentation, **seuls trois départements de l'hexagone ont eu toutes leurs communes classées en ZRR** et remplissent donc la condition posée par l'expérimentation. Parmi eux, seule **la Lozère a mis en œuvre cette expérimentation** : la caisse commune de sécurité sociale de Lozère a été créée à titre expérimental en janvier 2009 puis pérennisée par arrêté ministériel le 4 janvier 2014³. Elle regroupe la gestion des branches maladie, famille et recouvrement.

Par ailleurs, **le conseil d'administration de la CAF des Hautes-Alpes s'est prononcé en faveur de la création d'une caisse commune de sécurité sociale** en décembre 2018⁴. Sa création n'est toutefois pas possible, car certaines communes de ce département ne sont pas classées en ZRR.

¹ La possibilité de pérennisation a été ouverte par l'art. 24 de la loi n° 2014-1 du 2 janvier 2014 habitant le Gouvernement à simplifier et sécuriser la vie des entreprises.

² Sénat, rapport d'information n° 41 (2019-2020) de M. Bernard Delcros, Mme Frédérique Espagnac et M. Rémy Pointereau, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et de la commission des finances, sur l'avenir des zones de revitalisation rurale.

³ Arrêté du 4 janvier 2014 relatif à la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère.

⁴ PLFSS, annexe 9, page 482.

Les conditions posées pour recourir à l'expérimentation apparaissent donc trop restrictives et n'ont pas permis de déployer le dispositif. Dès lors, le présent article propose **d'ouvrir la possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans chaque département, en supprimant la condition de classement en ZRR ainsi que la phase expérimentale.**

B. L'ouverture de la possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans chaque département

Le **I** du présent article modifie l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale afin de **supprimer, d'une part, la condition de classement en ZRR pour créer des caisses communes de sécurité sociale et, d'autre part, le caractère expérimental du dispositif.** Sur initiative des conseils des caisses départementales, **la création d'une caisse commune par arrêté du ministre serait donc directement pérenne.** Un ajout à cet article L. 216-4 précise en outre que cette création serait engagée « *aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale* ».

Le **II** du présent article procède à deux modifications de l'article L. 216-5 du code de la sécurité sociale, qui précise les conditions de fonctionnement des caisses communes. En cohérence avec le I, il supprime le caractère expérimental du dispositif. En outre, il réécrit la disposition selon laquelle la caisse commune tient compte des orientations de la CNAF en matière d'action sanitaire et sociale pour préciser qu'en la matière, la caisse commune délibèrera sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations également définies par la CNAF.

Selon l'annexe 9, **la création d'une caisse commune départementale génère un gain de 0,6 million d'euros**, compte tenu des mutualisations de services réalisées qui permettent des économies de fonctionnement pour les caisses. En envisageant la création l'année prochaine d'une caisse commune dans les Hautes-Alpes, la mesure proposée aurait donc un impact positif de 0,6 million d'euros en 2020 sur les soldes des branches famille et maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination à l'initiative du rapporteur général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Le dispositif proposé, qui demeure fondé sur l'initiative des caisses départementales de sécurité sociale, permet de généraliser la possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale. D'une part, il est source d'économies grâce à la mutualisation des services des caisses dans des départements ruraux où le nombre d'assurés sociaux permet une gestion des assurés par une seule caisse de sécurité sociale. En Lozère, sur les 76 309 habitants, 56 057 personnes sont affiliées au régime général et la caisse

commune gère 13 264 allocataires¹. À titre de comparaison, dans le département du Nord, qui est le plus peuplé de France avec 2,6 millions d'habitants, la CAF gère 573 000 allocataires². D'autre part, cette mutualisation doit permettre de **maintenir une présence de guichet pour les usagers sur le territoire**, en particulier dans les départements ruraux.

Bien que généralisée, **la possibilité de création de caisses communes devra donc être envisagée lorsque cette solution paraît la plus adaptée au territoire pour maintenir un service de qualité aux assurés du régime général de la sécurité sociale**. Les services des caisses de sécurité sociales devront donc être vigilants au déploiement de ces caisses communes dans leur fonctionnement et dans leur dimensionnement afin de ne pas reproduire les difficultés de gestion que connaissent notamment les caisses générales de sécurité sociales (CGSS) de certains départements d'outre-mer, qui mutualisent les branches maladie, assurance vieillesse et recouvrement, comme l'avait constaté la Cour des comptes en 2018³.

Le projet du Gouvernement de créer des **maisons « France Service »** prévoit notamment d'y inclure des services des caisses de sécurité sociale, en particulier des CPAM et des CAF. Votre rapporteur recommande donc que le dispositif proposé et le déploiement des maisons « France Service » sur le territoire fassent l'objet d'une bonne articulation, lorsque les caisses départementales demanderont à créer une caisse commune.

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

Article 51 bis (nouveau)

Mise en place d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose qu'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude soit mis en place dans les organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, à l'initiative de Carole Grandjean, propose qu'**un programme de contrôle et de lutte contre la fraude soit mis en place dans les organismes de sécurité sociale**.

¹ Rapport d'activité 2018 de la Caisse commune de sécurité sociale de la Lozère.

² Rapport d'activité 2018 de la CAF du Nord.

³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2018, octobre 2018.

Cette obligation serait inscrite au sein de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, parmi les dispositions relatives au suivi des actions anti-fraude par les organismes de sécurité sociale. Ces plans seraient adossés à leur plan de contrôle interne défini à l'article L. 114-8-1 du même code.

II - La position de la commission

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

Article 51 ter (nouveau)

Facilitation du recours aux échanges d'informations entre administrations de l'État et organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'étendre le droit de communication entre organismes de protection sociale et administrations de l'État afin de lutter contre la fraude aux prestations sociales.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, à l'initiative de Carole Grandjean, propose d'étendre le droit de communication entre organismes de protection sociale et administrations de l'État afin de lutter contre la fraude aux prestations sociales.

Plus précisément, selon les nouvelles dispositions qui seraient introduites dans l'article L.114-12 du code de la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées dans le code de la sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés, Pôle emploi et les administrations de l'État **pourraient se communiquer** non seulement les renseignements utiles à la lutte contre la fraude comme actuellement, mais **également les données ou les documents qui s'y rapportent.**

II - La position de la commission

La commission soutient le dispositif proposé, l'échange d'informations étant souvent un facteur clef de réussite en matière de lutte contre la fraude.

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

Article 51 quater (nouveau)

Inclusion des agences régionales de santé parmi les administrations et organismes habilités à s'échanger des informations de lutte anti-fraude

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'inclure des agents des agences régionales de santé parmi les administrations et organismes habilités à s'échanger des informations utiles à la lutte contre la fraude.

I - Le dispositif proposé

En vertu de l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale, **les agents de l'État ou des organismes de protection sociale sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale**, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

L'article L. 114-16-3 du même code précise que les agents effectivement habilités pour ces échanges de renseignements et documents sont les suivants :

- les agents de contrôle compétents en matière de lutte contre le travail illégal, énumérés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail ;

- les agents des administrations centrales de l'État chargés de la lutte contre la fraude aux finances publiques désignés par le directeur ou le directeur général de chaque administration à cet effet ;

- les agents de direction des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et les agents chargés du contrôle en leur sein ;

- les agents des organismes nationaux mentionnés au titre II du livre II du code de la sécurité sociale (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS) désignés par le directeur ou le directeur général de chaque organisme à cet effet ; les agents de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés par son directeur à cet effet ;

- les agents de Pôle emploi désignés par son directeur général à cet effet ;

- les agents de l'Unedic désignés par son directeur général à cet effet et les agents de l'assurance de garantie des salaires (AGS) désignés par son directeur à cet effet.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, à l'initiative de Carole Grandjean, propose de **compléter cette liste pour y inclure les agents des agences régionales de santé (ARS)**.

L'auteur de l'amendement a précisé que son objet était aussi **d'inclure les agents des ARS au sein des comités opérationnels départementaux anti-fraude (Codaf).**

Pour mémoire, la composition de ces comités, créés par le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude, est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'intérieur, de la justice, du travail, du budget et de la sécurité sociale. Aux termes de cet arrêté, en date du 25 mars 2010, la composition des Codaf est actuellement la suivante :

- les procureurs de la République du département ou leurs représentants ;
- les chefs de services préfectoraux compétents en matière de lutte contre la fraude ;
- les autorités compétentes de la police nationale ;
- les autorités compétentes de la gendarmerie nationale ;
- les autorités compétentes de la direction générale des finances publiques ;
- les autorités compétentes de la direction générale des douanes et droits indirects ;
- le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant ;
- les directeurs des organismes locaux de sécurité sociale du régime général, du régime social des indépendants et du régime agricole ou leurs représentants ;
- un responsable coordonnateur désigné par la CNAM ;
- le directeur régional de Pôle emploi ou son représentant ;
- dans les départements de la région Ile-de-France, le directeur de la CNAV ou son représentant ;
- dans les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, un représentant du préfet de police.

II - La position de la commission

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

Article 51 quinquies (nouveau)

**Rapport au Parlement sur les modalités de gestion et d'utilisation
du répertoire national commun de la protection sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose la remise d'un rapport au Parlement sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi.

I - Le dispositif proposé

La LFSS pour 2007 a créé un répertoire national commun (RNCPS) aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations relevant du code de la sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, à la Caisse des français de l'étranger, ainsi qu'à Pôle emploi, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Aux termes de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges d'information entre eux et avec les administrations fiscales aux fins de lutte contre la fraude.

Le même article précise que les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

De fait, le RNCPS est désormais loin de constituer le seul outil d'échanges de données au sein de la protection sociale - et l'article 51 *ter* du présent PLFSS propose d'ailleurs d'étendre encore ces possibilités d'échanges.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, à l'initiative de Carole Grandjean, propose que, **dans un délai de neuf mois à compter de la publication du présent PLFSS, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du RNCPS.**

II - La position de la commission

NB : face à ce genre d'article, le choix est assez binaire : conforme si vous jugez ce rapport utile ou suppression (au nom de la lutte contre la multiplication des demandes de rapport au sein des lois).

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

La commission vous demande de supprimer cet article.

CHAPITRE III

PRENDRE EN COMPTE LES PARCOURS, LES SITUATIONS ET LES TRANSITIONS

Article additionnel avant l'article 52

**Recul de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 64 ans
à compter du 1^{er} janvier 2025**

Objet : Cet article reporte l'âge minimum légal de départ à la retraite de 62 ans à 64 ans, à compter du 1^{er} janvier 2025, pour les générations nées à compter du 1^{er} janvier 1963.

Le PLFSS pour 2020 présente une trajectoire financière fortement dégradée de la branche vieillesse sur la période 2020-2023. Le rapport du Conseil d'orientation des retraites (Cor), commandé par le Premier ministre en septembre 2019 et attendu pour la fin du mois de novembre 2019, devrait confirmer ces résultats au niveau du système de retraite dans son ensemble.

Depuis deux ans, le Gouvernement a renvoyé la question de l'équilibre financier du système à son projet de réforme systémique des retraites. Refusant d'assumer une réforme paramétrique, il a pourtant fortement agi sur le niveau des pensions actuelles en gelant leur montant en 2018, en augmentant le taux de CSG sur les retraites sans compensation dans la LFSS pour 2018 et en souhaitant initialement sous-revaloriser l'ensemble des pensions à 0,3 % en 2019 et 2020¹.

Comme votre commission l'avait souligné l'année dernière en s'opposant à la mesure de sous-revalorisation, un effet cumulatif de ces mesures était à craindre. La crise des « gilets jaunes » n'a pas tardé à le montrer, contraignant le Gouvernement à reculer en partie sur la CSG et désormais sur sa mesure de sous-revalorisation².

¹ Mesure contenue dans le PLFSS pour 2019.

² Alors qu'elle devait concerner toutes les pensions en 2020 dans le PLFSS pour 2019, l'article 52 du PLFSS pour 2020 limite cette revalorisation « maîtrisée » des pensions aux assurés percevant plus de 2 000 euros de retraite au total (voir commentaire de l'article 52).

Votre commission a toujours plaidé pour un pilotage équilibré du système de retraite devant concerner à la fois les retraités et les actifs notamment ceux proches de la retraite.

Le recul d'un an de l'âge minimum légal de retraite a ainsi été adopté par votre commission puis par le Sénat au cours de la discussion des LFSS pour 2016 et 2019¹.

Le présent article, créé à la suite de l'adoption de l'amendement n° 166, entend d'une part, tirer les conséquences de la forte dégradation de la trajectoire financière de la branche vieillesse et d'autre part, proposer une solution au débat lancé par le Gouvernement pour remettre à l'équilibre le système des retraites en 2025.

Il propose un relèvement progressif de l'âge minimum légal de deux ans pour le porter à 64 ans au 1^{er} janvier 2025 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1963.

S'inscrivant dans la continuité de la réforme des retraites de 2010 qui avait progressivement reporté cet âge de 60 ans à 62 ans, cet amendement aménage pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet et 31 décembre 1962 un relèvement progressif de cet âge, résumé dans le tableau ci-dessous.

**Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite
prévu par l'amendement n° 166 de votre commission**

Date de naissance	Âge légal de départ	Date d'entrée en vigueur
<i>Réforme des retraites de 2010</i>		
À partir du 1 ^{er} juillet 1951	60 ans et 4 mois	1 ^{er} juillet 2013
À partir du 1 ^{er} janvier 1952	60 ans et 9 mois	1 ^{er} janvier 2014
À partir du 1 ^{er} janvier 1953	61 ans et 2 mois	1 ^{er} janvier 2015
À partir du 1 ^{er} janvier 1954	61 ans et 7 mois	1 ^{er} janvier 2016
À partir du 1 ^{er} janvier 1955	62 ans	1 ^{er} janvier 2017
<i>Amendement sénatorial au PLFSS pour 2020</i>		
À partir du 1 ^{er} juillet 1959	62 ans et 4 mois	1 ^{er} juillet 2021
À partir du 1 ^{er} janvier 1960	62 ans et 9 mois	1 ^{er} janvier 2022
À partir du 1 ^{er} janvier 1961	63 ans et 2 mois	1 ^{er} janvier 2023
À partir du 1 ^{er} janvier 1962	63 ans et 7 mois	1 ^{er} janvier 2024
À partir du 1 ^{er} janvier 1963	64 ans	1 ^{er} janvier 2025

Source : Commission des affaires sociales.

Le relèvement de l'âge minimum légal ne concerne pas l'âge d'annulation de la décote qui demeure fixé à 67 ans.

Votre commission réaffirme ainsi solennellement son attachement à la mise en œuvre d'un pilotage équilibré et responsable du système des

¹ Voir le rapport de votre commission sur le PLFSS pour 2015, en particulier le commentaire de l'amendement portant article additionnel après l'article 36.

retraites. Ce dernier ne peut reposer exclusivement sur les retraités et la baisse de leur pension, comme le Gouvernement s'emploie à le faire depuis deux ans.

Par ailleurs, le rendement financier de cette réforme sera comparable à celui de la réforme de 2010 qui a entraîné une baisse des dépenses de retraite d'un montant proche de 20 milliards d'euros.

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

Article 52

Revalorisation différenciée des prestations sociales

Objet : Cet article instaure une revalorisation différenciée des prestations sociales en 2020.

I - Le dispositif proposé

A. Le mécanisme de revalorisation différenciée des prestations sociales

L'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale détermine les modalités de revalorisation du montant des prestations sociales et des plafonds de ressources fixés pour l'attribution et le service de certaines prestations non contributives. La revalorisation est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers mois qui précèdent la date de revalorisation des prestations concernées.

Par dérogation cette année, la LFSS pour 2019 a limité cette revalorisation à 0,3 % pour certaines prestations sociales et certains plafonds relevant de l'article L. 161-25. Le PLFSS pour 2019 prévoyait également de maintenir ce taux de revalorisation pour l'année 2020. Le Conseil constitutionnel¹ a toutefois déclaré contraire à la Constitution la disposition pour 2020 au motif que le législateur ne pouvait la prévoir dans la LFSS pour 2019, dès lors qu'elle ne présentait pas de caractère permanent.

Alors que le coefficient de revalorisation au 1^{er} janvier 2020 serait de 1 %², le présent article reprend pour 2020 la mesure prévue dans le PLFSS de l'année dernière en y apportant toutefois plusieurs inflexions.

Le premier alinéa du I fixe le principe d'une revalorisation pour 2020 à 0,3 %, dérogatoire à l'article L. 161-25, pour **le seul montant des**

¹ Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018.

² D'après l'étude d'impact. Ce point reste d'ailleurs à vérifier au regard des taux d'inflation mensuels publiés par l'Insee depuis un an.

prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base. Les montants des plafonds de ressources ne sont donc pas concernés et pourront être réévalués sur la base de l'inflation.

Le I aménage ensuite une série de dérogations, à ce même mécanisme dérogatoire, dont la liste a évolué par rapport à l'année dernière.

Le 1° prévoit que les pensions de vieillesse ou d'invalidité « *servies par des régimes obligatoires de base* »¹ seront revalorisées sur la base de l'inflation pour les assurés dont le « *montant total des pensions (...), reçues de l'ensemble des régimes légalement obligatoires* », c'est-à-dire le montant cumulé des pensions de base et complémentaires obligatoires, est inférieur ou égal à 2 000 euros par mois, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation. Le montant total des pensions inclut également les majorations, accessoires et suppléments de retraite servis en complément des pensions de base.

La date de revalorisation des pensions de retraite étant le 1^{er} janvier, **c'est donc le montant des pensions à la date du 1^{er} décembre 2019** qui déterminera le taux de revalorisation de la pension.

Afin d'éviter un effet de seuil trop important, un mécanisme de lissage est prévu pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation serait compris entre 2 000 et 2 014 euros bruts.

Des taux dérogatoires intermédiaires seront alors appliqués selon les modalités présentés dans le tableau ci-dessous.

Revalorisation différenciée des pensions de retraite de base en 2020

Montant brut des retraites de base et complémentaires	Taux de revalorisation de la retraite de base
≤ 2 000 euros	En fonction de l'inflation, soit 1 % environ
2 000 < x ≤ 2 008 euros	0,8 % (coefficient de 1,008)
2 008 < x ≤ 2 012 euros	0,6 % (coefficient de 1,006)
2 012 < x ≤ 2 014 euros	0,4 % (coefficient de 1,004)
> 2 014 euros	0,3 %

Source : Commission des affaires sociales

Le dernier alinéa du 1° précise que, pour les régimes de retraite fonctionnant en points, un décret précisera les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation différenciée selon le montant total de retraite de l'assuré.

¹ *Souligné par votre rapporteur.*

Les régimes concernés sont principalement ceux relevant de l'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux.

Les 2° à 6° listent les autres prestations sociales exclues du champ de la revalorisation à 0,3 % :

- certaines majorations de pensions : le minimum contributif, la pension majorée de référence des personnes non salariées agricoles et le minimum garanti des pensions de la fonction publique (2°) ;
- le minimum de la pension de réversion (3°) ;
- l'allocation de veuvage ainsi que le plafond de ressources afférent (4°) ;
- le minimum vieillesse¹, y compris celui de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon² (5°) ;
- enfin l'allocation supplémentaire d'invalidité (6°).

Outre les prestations de retraite, seront principalement concernées par la revalorisation à 0,3 % les prestations et allocations familiales ainsi que les pensions d'invalidité et d'accident du travail.

Dans la LFSS pour 2019, le revenu de solidarité active (RSA), les allocations d'assurance chômage, l'allocation temporaire d'attente et l'allocation pour demandeur d'asile étaient explicitement citées dans la liste des prestations dérogeant à la revalorisation à 0,3 %.

Ces prestations ne sont pas reprises dans le texte du PLFSS cette année bien qu'elles échappent à la revalorisation dite « modérée » du Gouvernement comme le confirme l'étude d'impact. Leur mention dans une LFSS était en réalité contestable car elles ne relèvent pas du champ de la sécurité sociale mais de celui des lois de finances.

L'article 67 du projet de loi de finances pour 2020 prévoit à ce titre une revalorisation à 0,3 % de certaines prestations dont il détermine la liste, les autres prestations relevant du budget de l'État étant *a contrario* revalorisées selon l'inflation.

Ces prestations revalorisées à 0,3 % sont : l'allocation adulte handicapés (AAH)³, la prime d'activité⁴ et les aides personnalisées au logement (APL).

L'impact financier de cette mesure de sous-revalorisation des prestations sociales s'élève en 2020 à 800 millions d'euros d'économies pour l'ensemble des finances publiques, dont 500 millions pour le champ de la sécurité sociale et 300 millions dans celui de l'État. Ce dernier finance en effet les retraites

¹ La LFSS pour 2018 prévoit une revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse en trois ans pour le porter à 903,20 euros par mois au 1^{er} janvier 2020.

² L'article 40 de la LFSS pour 2018 prévoit une revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse qui portera son montant à 903,20 euros pour une personne seule au 1^{er} janvier 2020.

³ Dont le montant sera porté à 900 euros au 1^{er} novembre 2019.

⁴ Qui a par ailleurs bénéficié d'une revalorisation exceptionnelle dans le cadre de la loi MUES pour l'année 2019.

des agents de la fonction publique, ces dépenses étant retracées dans le compte d'affectation spécial « Pensions » du budget de l'État.

S'agissant des effets sur les branches, cette mesure entraîne une économie de 100 millions d'euros en 2020 pour la branche famille (200 millions par an ensuite) et de 600 millions d'euros pour les régimes de base de retraite, y compris ceux des fonctionnaires (700 millions d'euros à compter de 2021).

D'après les informations recueillies par votre rapporteur, **la mise en œuvre de la revalorisation différenciée des pensions de retraite** est complexe mais semble maîtrisée par la Cnav, opérateur interrégimes chargé de centraliser les données de tous les régimes de retraite et de leur communiquer le taux de revalorisation.

Les montants de retraites des assurés seront connus grâce au dispositif de ressources mensuelles (DRM) mis en place pour le prélèvement à la source. Les montants bruts des retraites n'étant alimentés dans la DRM qu'à compter du 1^{er} janvier 2020, la revalorisation différenciée s'effectuera en deux étapes :

- au 1^{er} janvier 2020, seront revalorisées à 1 % les retraites d'un montant total net inférieur à 1 874 euros, équivalent à 2 000 euros bruts. D'après la Cnav, « *le calcul de ce mois de référence pour l'appréciation du montant de retraite « tous régime » interviendra sur le fondement de la moyenne des dernières retraites perçues, pour lisser d'éventuelles atypies du mois de référence et intégrer les cas de paiements trimestriels* »¹. Les mois de juillet, août et septembre 2019 serviront d'étalon. Tous les autres pensionnés seront revalorisés à 0,3 % ainsi que les pensionnés résidant à l'étranger pour lesquels les montants de pension ne seront pas connus au 1^{er} janvier 2020 ;

- au 1^{er} mai 2020, sur la base des montants bruts de retraite connus, une régularisation interviendra avec effet rétroactif au 1^{er} janvier pour les assurés concernés par les taux de revalorisation intermédiaires.

L'utilisation du DRM, alimenté par la déclaration sociale nominative, devrait permettre une application fiable de ce mécanisme de revalorisation différenciée. En 2015, le versement de la prime de 40 euros aux assurés percevant un montant total de retraite de moins de 1 200 euros avait entraîné de nombreuses erreurs à l'origine de contentieux. L'outil d'échanges interrégimes de retraite (EIRR), dont un rapport sénatorial de 2017² avait pointé les limites, avait alors été utilisé.

B. L'alignement des modalités de revalorisation des pensions de base des avocats

L'article L. 652-4 du code de la sécurité sociale prévoit que l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale de barreaux français

¹ Réponse à une question de votre rapporteur.

² L'interrégimes en matière de retraite : le succès du droit à l'information retraite ne suffit pas, rapport n° 667 (2016-2017), A. Emery-Dumas et G. Roche, juillet 2017.

fixe d'une part, le montant de la cotisation à l'assurance vieillesse de base et d'autre part, le montant des retraites.

Les décisions de l'assemblée générale ne deviennent exécutoires que si les autorités compétentes de l'État n'ont pas fait connaître leur opposition à leur application.

Le 1° du II prévoit de supprimer la compétence de l'assemblée générale pour fixer le montant des retraites.

En conséquence, le 2° du II créé un article L. 653-7-1 disposant que le montant de la pension de retraite servi par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé selon l'index de droit commun à l'ensemble des pensions de base, déterminé en application de l'article L. 161-23-1 du code qui renvoie à l'article L. 161-25.

Cette disposition, qui dépasse le seul cadre de la revalorisation des pensions pour 2020, ne fait l'objet d'aucun développement dans l'étude d'impact.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dès le stade de la commission, les députés ont adopté l'amendement du Gouvernement visant à supprimer les dispositions concernant les compétences de l'assemblée générale de la caisse nationale des barreaux français. Cette dernière demeurera donc responsable de l'application de la revalorisation différenciée des prestations sociales pour les pensions servies par le régime de retraite de base des avocats.

À l'initiative de son rapporteur général, un amendement rédactionnel a également été adopté.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

L'année dernière, votre commission s'était opposée à la mesure proposée par le Gouvernement de sous-revaloriser les prestations sociales.

Votre rapporteur avait fait valoir que les retraités étaient devenus la cible systématique du Gouvernement, depuis le début de ce quinquennat, pour diminuer le déficit des comptes sociaux.

Absence de revalorisation du montant des retraites en 2018, augmentation du taux de CSG sur les retraites de 1,7 point pour le porter à 8,3 % sans compensation, sous-revalorisation des pensions à hauteur de 0,3 % en 2019 et 2020 au lieu respectivement de 1,6 % et 1,3 %¹... Votre commission avait souligné **le risque d'un effet cumulatif** de ces mesures et

¹ Prévission d'inflation contenue dans le PLFSS l'an dernier.

avait proposé de **mieux répartir l'effort de maîtrise des dépenses de retraite** en relevant l'âge légal de retraite à 63 ans pour compenser la réindexation des pensions sur l'inflation.

Le Gouvernement n'avait pas tenu compte de cet argument et fait adopter sa mesure par l'Assemblée nationale lors de la lecture définitive du PLFSS pour 2019 le 3 décembre 2018.

En réponse à la crise des « gilets jaunes », pendant laquelle le pouvoir d'achat des retraités a été au centre des revendications, le Gouvernement a finalement décidé de rétablir, dans le cadre de la loi MUES, un taux de CSG à 6,6 % pour les assurés percevant un revenu fiscal de référence de moins de 2 000 euros pour une personne seule pour un coût de 1,7 milliard d'euros.

En proposant cette année une mesure de revalorisation différenciée des pensions, permettant de préserver la situation de 77 % des retraités, le Gouvernement semble tirer en partie les leçons de la crise de l'année dernière.

Néanmoins, le dispositif proposé n'apparaît toujours pas satisfaisant et s'avère même fragile au regard du principe constitutionnel d'égalité.

Ce n'est pas la première fois que des mesures de différenciation sont prises pour la revalorisation des pensions.

En 2014, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 avait prévu un gel des pensions de base pour les assurés percevant un montant total de pension supérieur à 1 200 euros par mois.

Appelé à se prononcer sur la méconnaissance du principe d'égalité en raison de l'effet de seuil produit entre deux assurés se trouvant dans des situations comparables, le Conseil constitutionnel avait jugé que « *cette mesure ne [s'appliquant] qu'à la seule revalorisation au titre de l'année 2014 [et étant] d'une ampleur maximale de 7 euros par mois par pensionné intéressé* » ne créait pas « *dès lors* » de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques et qu'elle était conforme à la Constitution¹.

Ainsi, le Conseil semble tirer argument du moyen que constitue la faiblesse du montant maximal de revalorisation d'une pension pour valider la constitutionnalité de la mesure. Cet argument semble plus relever de l'adage « *de minimis non curat praetor* »² que d'un principe juridiquement établi. On peut en effet déduire du « *dès lors* » qu'avec une prévision d'inflation plus forte pour l'année 2014, qui aurait entraîné un montant maximal de revalorisation plus important, le Conseil aurait décidé autrement.

¹ Décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014.

² Le prêteur (juge) ne s'occupe pas des petites affaires.

La prévision d'inflation sur laquelle aurait été définie l'index de revalorisation en 2014 pour les pensions de moins de 1 200 euros s'élevait à 0,6 %.

Cette année, l'étude d'impact évoque une inflation de 1 % entraînant un différentiel de revalorisation avec le taux dérogatoire de 0,3 % de 0,7 point. Appliqué sur la base d'une retraite maximale de 1 874 euros (montant de retraite maximal revalorisé à 1 %), ce différentiel crée un montant maximal de revalorisation de 13,12 euros par mois soit 157,5 euros par an.

D'où la question de votre rapporteur : ce montant est-il suffisant pour être constitutif d'une rupture d'égalité caractérisée ?

Cette question est d'autant plus fondamentale que dans la même décision, le Conseil constitutionnel s'appuie sur la définition du principe contributif pour censurer la réduction dégressive des cotisations salariales de sécurité sociale. Il rappelle à ce titre que *« les cotisations salariales d'assurance vieillesse à la charge des travailleurs salariés (...) sont des versements à caractère obligatoire ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par la branche vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale (...), lesquels sont soumis à un plafond et déterminés en particulier en fonction de la durée de cotisation ainsi que des salaires sur lesquels ont porté ces cotisations »*.

La proportionnalité des prestations de retraite au montant des cotisations versées est donc l'élément central de la définition du principe contributif.

Or, alors que le Conseil constitutionnel semble minimiser cet effet, les mesures de sous-revalorisation des pensions n'ont pas qu'une conséquence ponctuelle pour l'année concernée. Parce qu'elles entraînent des effets de base, elles ont un effet en réalité pérenne sur l'évolution des prestations retraite. La rupture d'égalité, même si elle peut porter initialement sur des faibles montants, se répercute ensuite d'année en année au moment de la revalorisation des pensions accroissant ainsi la portée initiale de la mesure de différenciation.

Enfin, votre commission s'interroge sur la compatibilité avec le principe d'égalité d'une mesure de revalorisation différenciée fondée sur le montant total des pensions d'un assuré et non sur son revenu fiscal de référence. L'étude d'impact justifie ce choix en précisant que le revenu fiscal de référence, retenu pourtant dans la loi MUES pour l'application du taux différencié de CSG, *« aurait présenté un risque de rupture d'égalité en tenant compte dans la détermination des droits à pension de retraite des facteurs, tels que la situation de famille de l'assuré et le montant des revenus de toutes origines, qui sont en principe étrangers à la logique de l'assurance vieillesse. Ainsi, elle aurait pu conduire à ce que deux assurés percevant la même pension de retraite, se voit appliquer une revalorisation différente compte tenu de l'ensemble des ressources perçues par le foyer fiscal, ce qui aurait des effets permanents alors que les autres revenus pris en compte pourraient n'être que temporaires »*.

Reconnaissant au passage l'effet permanent d'une sous-revalorisation, l'étude d'impact écarte ainsi le risque de rupture de l'égalité. La disposition de cet article conduit toutefois un assuré aux revenus du capital importants mais à la pension faible à bénéficier d'une revalorisation sur l'inflation alors qu'un autre assuré, dont les revenus globaux pourraient être moins importants mais dont la pension serait supérieure à 2 000 euros, ne verrait sa pension revaloriser que de 0,3 %.

Il serait utile que le Conseil puisse se prononcer sur la question de la rupture d'égalité au regard du principe contributif fortement mis à mal par cet article.

Votre commission a donc adopté un amendement n° 167 de suppression de cet article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 53

Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)

Objet : Cet article facilite la transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH et du RSA.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit en vigueur

1. Pour les bénéficiaires de l'AAH : des règles complexes et inéquitables

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée par la loi du 30 juin 1975, est un minimum social destiné aux personnes handicapées. Elle est accessible, sous réserve de la satisfaction des conditions de ressources, d'âge et de nationalité ou de résidence :

- Aux personnes atteintes d'une incapacité permanente d'au moins 80 % (aussi appelée AAH 1, car régie par l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale).
- Aux personnes atteintes d'une incapacité comprise entre 50 % et 80 % et justifiant d'une « *restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi* » reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour une durée d'un an à cinq ans¹ (aussi appelée AAH 2, car régie par l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale).

¹ Article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale.

L'AAH est une aide différentielle, dont le montant maximal a été porté par le décret n° 2019-1047 du 11 octobre 2019 à 900 euros à compter du 1^{er} novembre 2019.

Aux termes des articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale et de divers textes infra-réglementaires, à l'âge légal de la retraite, les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail. Ils peuvent alors faire valoir leurs droits à la retraite, et prétendre au bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources. Toutefois :

- **Les bénéficiaires de l'AAH 1 peuvent choisir** entre continuer à travailler sans demander la liquidation de leur retraite et perdre alors le bénéfice de l'AAH, ou liquider leur retraite et continuer à percevoir l'AAH. Depuis la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016, ils ne sont en outre plus tenus de demander le bénéfice de l'Aspa : ils peuvent continuer à percevoir l'AAH, ce qui leur est moins préjudiciable dans la mesure où l'AAH, contrairement à l'Aspa, ne donne pas lieu à récupération sur succession.

- **Les bénéficiaires de l'AAH 2 ne peuvent plus travailler** après l'âge légal de la retraite, sauf ceux travaillant dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat), ce que le juge ne considère pas comme un emploi. Ces personnes ne peuvent plus percevoir l'AAH mais peuvent percevoir leur pension de retraite et demander l'Aspa.

Cette situation pose trois catégories de problèmes :

- **Des problèmes d'ordre administratif et de rupture de droits.** Pour bénéficier de leur retraite, les assurés doivent en effet déposer une demande de retraite dans les formes habituelles. La retraite prend effet, au plus tôt, au premier jour du mois suivant le dépôt de la demande (article R. 351-37 CSS).

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) indique que, pour assurer une continuité des droits, sans rupture de ressources entre la période de perception de l'AAH et celle de perception de la retraite, des échanges spécifiques entre les CAF et les caisses de retraite ont été mis en place. Ils permettent de détecter de manière anticipée les assurés atteignant l'âge légal de la retraite et de les accompagner afin qu'ils déposent une demande. Malgré tout, certains assurés déposent tardivement leur demande et ne bénéficient pas de leur retraite dès l'âge légal.

- **Un problème de principe.** D'une part, considérer les personnes handicapées comme nécessairement inaptes au travail lorsqu'elles atteignent l'âge légal semble en contradiction avec l'objectif d'insertion sociale affirmé par la loi d'orientation du 30 juin 1975 et réaffirmé par la loi du 11 février 2005. D'autre part, traiter différemment les bénéficiaires de l'AAH selon leur taux d'incapacité ne se justifie guère.

• **Le cas des bénéficiaires de l'AAH 2 travaillant en Esat.** La suppression de l'AAH à partir de l'âge légal de la retraite se traduisant par une diminution de leurs ressources, ils sont de fait contraints de cesser leur activité même dans l'hypothèse où ils désireraient la poursuivre.

2. Pour les bénéficiaires du RSA : un décalage de seuils préjudiciable aux assurés et aux caisses de retraite

Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux bénéficiaires un minimum de revenu, qui équivaut depuis le 1^{er} avril 2019, en vertu du décret n° 2019-400 du 2 mai 2019, à presque 560 euros pour une personne seule.

L'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que le RSA est subordonné - sauf pour les personnes reconnues inaptes au travail - à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales contributives et non contributives. Parmi celles-ci, l'Aspa, à laquelle on peut prétendre à partir de 65 ans, ou la retraite.

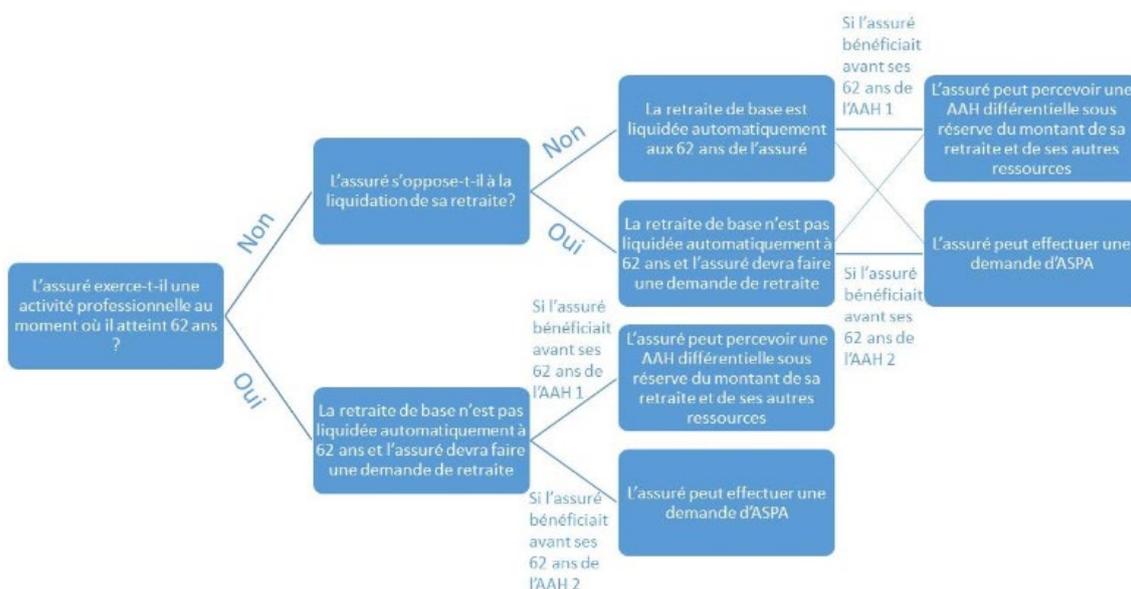
Or la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a repoussé progressivement l'âge de la retraite à taux plein de 65 à 67 ans, sans décaler l'âge d'accès à l'Aspa, toujours fixé à 65 ans. L'obligation pour les bénéficiaires du RSA non inaptes de demander l'Aspa les contraint à demander leur retraite à 65 ans, avec décote et sans minimum contributif s'ils ne disposent pas de la durée d'assurance requise.

Les procédures mises en place par les CAF permet certes aux assurés de continuer à bénéficier du RSA s'ils déposent leur demande de retraite à 65 ans et refusent leur retraite à taux minoré. Mais cette procédure alourdit les démarches des assurés, car elle les oblige à effectuer plusieurs demandes d'Aspa et de retraite, à 65 ans puis, éventuellement, à 67 ans. En outre, la Cnav indique qu'elle peut conduire les caisses de retraite à procéder deux fois à l'étude du même dossier de retraite, aux 65 puis aux 67 ans de l'assuré.

B. Le dispositif proposé

1. Pour les bénéficiaires de l'AAH

Transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH



Source : Étude d'impact

Le 1^o du I introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale disposant d'abord que la pension de retraite du bénéficiaire de l'AAH est liquidée lorsqu'il atteint l'âge légal de la retraite, sauf s'il s'y oppose. Cette disposition ne s'applique toutefois pas lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge légal de la retraite.

Le 2^o du I est de coordination.

Le 1^o du II transpose le mécanisme précédent dans l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Le IV précise que les dispositions de cet article entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

L'absence de rupture de ressources due au caractère automatique de la liquidation de la retraite aurait, d'après l'étude d'impact, un coût de 3 millions d'euros en année pleine pour les régimes obligatoires de base.

2. Pour les bénéficiaires du RSA

Le 1^o du III réécrit le premier alinéa de l'article L. 262-10 du CASF pour disposer que le RSA est soumis à la condition que l'assuré ait fait valoir l'ensemble de ses droits :

- À la retraite à compter de l'âge du taux plein, soit 67 ans, ou dès l'âge légal de 62 ans pour les assurés reconnus inaptes.

- À l'Aspa dès l'âge du taux plein, sauf pour les assurés reconnus inaptes ou ne relevant d'aucun régime de base obligatoire.

Transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA non déclarés inaptes



Source : Étude d'impact

Le 2° du III est de coordination.

Ces dispositions, à l'instar des précédentes, entreraient en vigueur en vertu du IV le 1^{er} juillet 2020.

L'étude d'impact estime que le décalage de deux ans du versement des pensions de retraite et de l'Aspa ferait faire aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale une économie de l'ordre de 5 millions d'euros en année pleine, tandis que le versement du RSA pendant deux années supplémentaires aurait un coût équivalent pour les départements à compter de 2021 – de l'ordre de 2 millions d'euros en 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par deux amendements :

- Un amendement rédactionnel du rapporteur général.
- Un amendement du Gouvernement, qui vise à étendre le dispositif de substitution de la retraite à l'AAH aux non-salariés agricoles.

III - La position de la commission

Les dispositions relatives à la transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH semblent de nature à simplifier les procédures de tous les assurés concernés en leur retirant la contrainte de faire les démarches administratives nécessaires, tout en préservant leur liberté de choix. Les bénéficiaires de l'AAH 2 travaillant en Esat, par exemple, pourront ainsi s'opposer à la liquidation de leur retraite et poursuivre leur activité.

Les dispositions relatives à la transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA sont également de nature à éviter les liquidations de retraite avec décote et à simplifier la gestion des dossiers.

Il faudra cependant que les **caisses de retraite informent les bénéficiaires** de l'AAH des options qui s'offrent à eux bien avant que l'âge légal soit atteint, et les bénéficiaires du RSA de leur possibilité de faire valoir leur droit à l'Aspa dès 65 ans.

Votre commission déplore enfin qu'une telle mesure fasse supporter aux départements un coût supplémentaire sans compensation - l'étude d'impact précisant qu'elle a « *seulement pour conséquence l'ajustement d'une compétence déjà exercée* ». Il serait juste que le Gouvernement en tienne compte dans le cadre du projet de loi de finances.

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

Article 54

Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP des employeurs

Objet : Cet article propose la suppression du dispositif de conversion partielle des rentes AT-MP en capital et la notification dématérialisée obligatoire par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail aux employeurs des décisions relatives à la fixation de leur taux de cotisation AT-MP.

I - Le dispositif proposé

A. La dématérialisation de la notification du taux de la cotisation AT-MP

- En application de l'article D.242-6-22 du code de la santé publique, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) notifient à chaque employeur son ou ses taux de cotisation au titre des

AT-MP. L'article 5 de l'arrêté du 17 octobre 1995¹ prévoit que cette notification est effectuée par lettre simple, sauf pour les établissements soumis à une tarification mixte ou individuelle pour lesquels la notification intervient par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans un souci de généralisation de la dématérialisation de la notification des décisions relatives à la fixation du taux de cotisation AT-MP, un compte AT-MP a été ouvert au dernier trimestre 2018 sur le site www.net-entreprises.fr. Toutefois, l'adhésion de l'entreprise reste facultative, conformément à l'article L. 112-15 du code des relations entre le public et l'administration qui conditionne la dématérialisation des procédures avec l'administration à l'accord préalable de l'utilisateur. L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 indique ainsi que 30 % des établissements ont ouvert un compte AT-MP et que moins de 2 % de l'ensemble des employeurs ont adhéré au service de notification dématérialisée.

- En conséquence, le **1° du I** de l'article 54 du PLFSS pour 2020 modifie l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale afin de poser le principe d'une notification dématérialisée des décisions relatives au taux de cotisation AT-MP, selon des modalités fixées par arrêté. L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 confirme que cette notification interviendra par le biais du compte AT-MP du site www.net-entreprises.fr. Cette notification dématérialisée devrait se déployer de façon progressive et concerner obligatoirement, dans un premier temps, les entreprises de plus de 150 salariés (**1° du II**). L'application à l'ensemble des entreprises est envisagée à compter du 1^{er} janvier 2021 (**2° du II**).

L'article 54 du PLFSS pour 2020 précise que les décisions seront réputées notifiées à leur date de consultation (concrètement au moment de l'ouverture du fichier PDF de la décision par la personne habilitée de l'entreprise) et, au plus tard, dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition.

Enfin, la notification des décisions devant intervenir après la réalisation par l'employeur d'une série de démarches nécessaires à leur mise à disposition, l'article 54 du PLFSS pour 2020 prévoit l'application d'une pénalité aux entreprises ne les ayant pas effectuées. Le montant de cette pénalité pourra augmenter en fonction de l'effectif et sera fixé par arrêté dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale au titre de chaque salarié. Il ne pourra excéder 10 000 euros par an.

- L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 évalue à 560 000 euros les économies découlant de cette mesure en 2020 et à 950 000 euros en 2021 et 2022, correspondant aux frais d'affranchissement des plis.

¹ Arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

B. La suppression du dispositif de conversion partielle des rentes AT-MP en capital

• En application de l'article L. 434-3 de la sécurité sociale, la victime d'un accident du travail peut demander à percevoir une partie de sa rente sous forme de capital, pour tout sinistre ayant occasionné un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 10 % : le rachat ne peut alors porter au plus que sur le quart du capital correspondant à la rente allouée jusqu'à 50 % de taux d'incapacité permanente¹. La conversion s'effectue en fonction d'un barème tenant compte de l'âge de la victime et de son taux d'incapacité permanente au moment de la demande.

L'exposé des motifs de l'article 54 du PLFSS pour 2020 indique que le taux de recours à la capitalisation de la rente demeure réduit : compris entre 11 % et 15 % selon les années, il connaît une tendance baissière sur longue période, en grande partie en raison d'un intérêt financier limité compte tenu de l'absence d'actualisation du barème fixé par un arrêté du 17 décembre 1954. Or le Gouvernement exclut une actualisation du barème en raison d'un coût qu'il juge non soutenable.

En effet, par une décision du 5 novembre 2018, le Conseil d'État a ouvert la possibilité de capitalisation à tous les bénéficiaires d'une rente active, quelle que soit la date de la consolidation de l'état de santé, soit 1,3 millions d'assurés. Une actualisation du barème de rachat tendant à doubler le montant des capitaux versés aurait alors conduit, à taux de recours constant (entre 11 % et 15 %), à un coût potentiel de 900 millions d'euros.

La législation autorise le rachat partiel de toutes les rentes attribuées à partir du 7 février 2000, selon la date fixée par le décret n° 2006-111 du 2 février 2006². Les rentes actives attribuées depuis cette date, et n'ayant pas encore fait l'objet d'un rachat, représentent, selon la direction des risques professionnels de la CNAM, un volume global de 444 417 rentes, pour un montant de 1,2 milliard d'euros.

Le nombre de dossiers de demande de rachat d'indemnités en capital a baissé sur la période 2013-2017 :

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de dossiers	5 222	5 158 (- 1,2 %)	4 768 (- 7,6 %)	4 395 (- 7,8 %)	4 182 (- 4,8 %)
Coût annuel (en millions d'euros)	36,5 (- 2,2 %)	37 (1,2 %)	34,2 (- 7,4 %)	31 (- 9,3 %)	29,6 (- 4,7 %)

Source : Direction des risques professionnels de la CNAM

¹ Article R. 434-5 du code de la sécurité sociale.

² Décret n° 2006-111 du 2 février 2006 relatif aux indemnités des stagiaires de rééducation professionnelle accidentés du travail, à l'allègement de certaines procédures relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et modifiant le code de la sécurité sociale et le code rural.

- Soucieux d'écartier tout risque financier lié à la possible extension des rachats de rentes et de simplifier la gestion de l'indemnisation des incapacités permanentes pour les Carsat, le Gouvernement a ainsi fait le choix d'une suppression de la conversion partielle des rentes en capital. En outre, le régime AT-MP repose sur un principe assurantiel garantissant à la victime une réparation forfaitaire au titre d'un préjudice le pénalisant tout au long de sa vie, finalement peu compatible avec le versement d'un capital.

Par conséquent, le **2° du I** de l'article 54 du PLFSS pour 2020 modifie l'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale afin de supprimer la disposition relative à la possibilité de remplacement partiel de la pension allouée à la victime en capital, de même que celle permettant la conversion du capital en rente viagère. Ces dispositions sont remplacées par une phrase autorisant la victime à demander la conversion partielle de sa rente en une rente viagère réversible au bénéfice de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin.

En conséquence, une coordination est opérée au même article L. 434-3 afin de prévoir la revalorisation de la rente de réversion dans les mêmes conditions que celle des rentes AT-MP. De même, des coordinations sont prévues aux articles L. 434-4 et L. 434-5 du code de la sécurité sociale afin d'y supprimer les références au rachat de rente (**3° du I**).

Il est prévu que ces nouvelles dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 (**premier alinéa du II** de l'article 54 du PLFSS pour 2020).

- L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2020 évalue les économies susceptibles de découler de la mise en œuvre de la suppression du rachat partiel de rente en capital à 29 millions d'euros en 2020, 28 millions d'euros en 2021 et 27 millions d'euros en 2022.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a modifié, à l'initiative du rapporteur général Olivier Véran, l'article 54 du PLFSS pour 2020 en adoptant un amendement tendant à rendre plus progressive l'application aux différentes catégories d'entreprises de l'obligation de notification dématérialisée des décisions relatives à la fixation de leur taux de cotisation AT-MP. Conscient de la nécessité pour certaines très petites entreprises de disposer d'un délai supplémentaire pour s'adapter aux contraintes de la dématérialisation, l'amendement de notre collègue Olivier Véran prévoit de renvoyer au décret la possibilité de fixer un délai plus long pour l'extension de cette obligation aux entreprises de moins de 150 salariés, ce délai ne pouvant néanmoins aller au-delà du 1^{er} janvier 2022.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

- Votre commission estime que la conversion d'une partie de la rente AT-MP en capital est peu compatible avec la logique assurantielle de la branche AT-MP selon laquelle toute victime a droit, pour toute la vie, à une réparation forfaitaire au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle occasionnant un préjudice permanent. C'est pourquoi elle soutient l'objectif de suppression de ce dispositif, du reste peu avantageux pour les assurés et source de complexité pour les caisses chargées de sa mise en œuvre.

- Si elle partage l'objectif d'une dématérialisation de la notification aux entreprises de leur taux de cotisation AT-MP, votre commission considère que cette mesure doit être mise en œuvre en tenant compte des contraintes spécifiques aux très petites entreprises (TPE) de moins de 20 salariés. C'est pourquoi elle est favorable à la disposition adoptée par l'Assemblée nationale visant à consentir aux entreprises de moins de 150 salariés, et tout particulièrement aux TPE, plus de flexibilité dans la mise en œuvre de l'obligation de dématérialisation des procédures liées à l'établissement de leur taux de cotisation AT-MP.

- Par ailleurs, votre commission a adopté un amendement tendant à exclure le calcul du taux de cotisation AT-MP de la mesure de gel à la hausse des effectifs prévue par la loi « Pacte »¹ (amendement n° 187). Le II de l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi « Pacte », prévoit en effet que « *le franchissement à la hausse d'un seuil d'effectif salarié est pris en compte lorsque ce seuil a été atteint ou dépassé pendant cinq années civiles consécutives.* » Cette mesure de gel était destinée à atténuer les effets de franchissement de seuil en retardant leur application, notamment en termes de modifications des modalités de calcul des charges sociales, pour les entreprises dont les effectifs fluctuent.

Toutefois, comme l'a souligné notre collègue Olivier Véran lors de la discussion du même amendement à l'Assemblée nationale, le taux de cotisation AT-MP est déjà conçu pour lisser l'impact de la hausse des effectifs en prenant en compte une individualisation progressive du taux, au travers de l'application d'un taux collectif pour les entreprises de moins de 20 salariés, d'un taux mixte pour les entreprises de 20 à 149 salariés et d'un taux individuel pour les entreprises de 150 salariés et plus.

Or la progression vers un taux de cotisation AT-MP avec une part individualisée plus importante constitue une vraie incitation à la prévention, l'entreprise étant plus responsabilisée sur la maîtrise de sinistralité par la mise en œuvre d'une politique proactive de prévention. Si les modalités de calcul de son taux n'évoluaient pas pendant cinq ans comme prévu par la loi « Pacte », une entreprise dont la hausse des effectifs aurait pourtant eu pour effet d'accentuer la part individualisée de son taux de cotisation AT-MP ne

¹ Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

verrait pas immédiatement le bénéfice de ses efforts de prévention sur son taux de cotisation.

La mesure de gel à la hausse des effectifs aurait pour effet de créer, pour les entreprises en croissance, un effet de seuil à l'issue de la période d'observation de cinq ans et de déconnecter, pendant cette période, le taux de cotisation AT-MP de l'incitation à la prévention des risques professionnels. Les entreprises ayant une sinistralité plus faible que celle de leur catégorie de risque seraient ainsi pénalisées et ne pourraient pas bénéficier avant cinq ans d'une réduction de leur taux de cotisation.

- Enfin, votre commission a adopté un amendement précisant que la pénalité due par l'entreprise en cas de non réalisation des démarches nécessaires à l'établissement de son taux de cotisation devra être recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale, à savoir les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) (amendement n° 188).

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

Article 55

Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée

Objet : Cet article modifie les règles d'indemnisation de l'invalidité ainsi que les règles de cumul entre plusieurs prestations de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

A. Révision des règles d'ouverture du droit à indemnisation

L'assurance maladie couvre le risque de perte de capacité de gain¹ résultant de l'état de santé. Aux termes de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale (CSS), une pension d'invalidité est ainsi versée à l'assuré social présentant une invalidité réduisant, « *dans des proportions déterminées* », sa capacité de travail ou de gain. Le droit à pension est ouvert lorsque l'assuré n'est plus en état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à un tiers² de la « *rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie* ».

¹ Lorsque l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, son indemnisation relève de la branche AT-MP.

² Art. R. 341-2 du CSS.

L'article L. 341-2 pose une condition d'affiliation préalable à la sécurité sociale, fixée à 12 mois, et de cotisation, correspondant à 2 030 fois le SMIC ou à 600 heures de travail salarié ou assimilé sur les 12 mois précédents¹.

L'invalidité est constatée par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Aux termes de l'article L. 341-3, l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte « *de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* ». Cette appréciation est faite soit après consolidation de la blessure soit après stabilisation de l'état de l'assuré ou, à défaut à l'extinction de ses droits aux indemnités journalières, soit, « *lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme* », au moment de la constatation médicale de l'invalidité.

Les assurés reconnus invalides sont classés dans l'une des trois catégories suivantes (art. L. 341-4) :

- invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1^{ère} catégorie) ;

- invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (2^{ème} catégorie) ;

- invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (3^{ème} catégorie).

Le montant de la pension d'invalidité est calculé par rapport au salaire annuel moyen des dix meilleures années de la vie professionnelle de l'assuré, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale. Il est de 30 % de ce salaire moyen pour les invalides de 1^{ère} catégorie² et de 50 % pour les invalides de 2^{ème} catégorie³. Les invalides de 3^{ème} catégorie perçoivent une pension équivalente à celle des invalides de 2^{ème} catégorie mais bénéficient d'une majoration pour tierce personne de 40 %⁴.

Un montant minimum est fixé par voie réglementaire, tandis que le montant maximum⁵ résulte de l'application du plafond de la sécurité sociale.

¹ Art. R. 313-5.

² Art. R. 341-4 du CSS.

³ Art. R. 341-5 du CSS.

⁴ Art. R. 341-6 du CSS.

⁵ La pension versée par la sécurité sociale peut le cas échéant être complétée par une rente versée par un organisme de prévoyance.

Montant des pensions par catégorie d'invalidité

Catégorie d'invalidité	Montant de la pension en pourcentage	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 ^{re} catégorie	30 % du salaire annuel moyen	289,90 €	1 013,10 €
2 ^e catégorie	50 % du salaire annuel moyen	289,90 €	1 688,50 €
3 ^e catégorie	50 % du salaire annuel moyen, majoré de 40 %	1 411,82 €	2 810,43 €

Source : service-public.fr

Le 4^o du I présent article tend à simplifier les modalités d'appréciation de la perte de capacité de gain en renvoyant, à l'article L. 341-1 du CSS, au salaire que l'assuré percevait avant l'interruption de son activité, supprimant ainsi la notion de « rémunération normale » apprécié au niveau régional. En outre, la rédaction proposée supprime la référence à « l'usure prématurée de l'organisme ». L'appréciation de la perte de gain pourrait ainsi se faire par rapport à la rémunération perçue soit avant l'interruption de travail suivie d'invalidité soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité.

B. Modification des règles d'écèlement des pensions d'invalidité en cas de cumul avec une activité rémunérée

Aux termes de l'article L. 341-12 du CSS, le service de la pension d'invalidité peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail « en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État ». Un écèlement est ainsi appliqué lorsque la somme du montant de la pension et des salaires perçus dépasse, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen perçu par l'assuré au cours de la dernière année précédant l'invalidité¹.

Le 10^o du I modifie l'article L. 341-12 afin de prévoir que l'écèlement de la pension d'invalidité n'est applicable que lorsque que le montant de la rémunération dépasse un seuil déterminé par décret en Conseil d'État.

Cette disposition n'apporte en elle-même qu'une modification limitée au droit actuel mais s'accompagnerait d'une modification des dispositions règlementaires dont la teneur est précisée par l'étude d'impact.

Le cumul entre la pension et un revenu d'activité serait ainsi possible sans écèlement dans la limite d'un salaire de référence qui serait soit, selon la règle plus favorable à l'assuré :

- soit, comme aujourd'hui, le salaire trimestriel moyen de la dernière année avant le passage en invalidité ;

¹ Art. R. 341-17 du CSS.

- soit le salaire retenu pour le calcul du montant de la pension, c'est-à-dire le salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité.

Par ailleurs, l'écrêtement de la pension ne correspondrait qu'à 50 % du dépassement du revenu de référence, de manière à ce que l'assuré conserve la moitié du gain supplémentaire tiré de son activité.

Les 5° à 9, le 11° et le 13° du même II opèrent des modifications d'ordre rédactionnel aux articles L. 341-2, L. 341-7, L. 341-8, L. 341-9, L. 341-11, L. 341-14 et L. 341-16 du CSS, remplaçant notamment la notion d'« assuré social » par celle d'« assuré » et précisant qu'une pension d'invalidité est « attribuée » et non « concédée ».

L'étude d'impact mentionne par ailleurs la mise en place d'une expérimentation consistant, tout en continuant d'appliquer les règles actuelles, à simuler l'application d'une refonte profonde des modalités d'évaluation de l'invalidité et de ses critères d'accès. Cette expérimentation ne nécessite pas de disposition législative.

C. Harmonisations et précisions rédactionnelles relatives au régime local d'Alsace-Moselle

Un régime local d'assurance maladie complémentaire existe dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, conformément aux articles L. 325-1 et suivants du CSS.

Le 2° du I du présent article apporte diverses modifications d'ordre rédactionnel à l'article L. 325-1 afin notamment d'opérer des coordinations avec plusieurs évolutions législatives récentes.

Le a) remplace les occurrences des mots « départements d'outre-mer » par les mots « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte », en cohérence avec le changement de statut de la Guyane et de la Martinique, qui sont désormais des collectivités uniques¹.

Le b) et le c) apportent des précisions rédactionnelles.

Le d) opère une clarification rendue nécessaire par l'adossement de la protection sociale des indépendants au régime général de la sécurité sociale. En effet, les titulaires d'une pension de vieillesse peuvent bénéficier du régime local sous réserve d'une durée d'affiliation durant leur vie active. Le présent article tend à préciser que c'est l'affiliation « en tant que salarié » qui est prise en compte.

Le e) actualise une référence au droit européen relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, afin de citer le texte applicable le plus récent.

¹ L'article L. 325-1 de contient pas de dispositions spécifiques aux collectivités d'outre-mer mais prévoit que certaines personnes résidant en France métropolitaine ou dans ces territoires peuvent être ayant-droit du régime locale d'Alsace-Moselle.

Le **f)** précise que le régime local n'est applicable qu'aux ayants droits dont l'assuré à la charge non seulement effective et permanente mais également « *totale* ».

Le **g)** supprime le III de l'article L. 325-1, le décret précisant les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie n'étant plus nécessaire du fait de l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie (Puma), prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹.

Enfin, le 3° du même II modifie l'article L. 325-2, qui mentionne les de programmes de santé publique « *élaborés par la conférence régionale de santé* ». La nouvelle carte régionale issue de la réforme territoriale de 2015² justifie en effet que ces programmes soient élaborés au niveau de chacun des trois départements concernés.

D. Modification des règles de cumul entre revenus de remplacement

1. Indemnités journalières en cas de cumul emploi-retraite

Les personnes percevant une pension d'invalidité ou une pension de retraite, qui occupent par ailleurs un emploi peuvent, comme les autres travailleurs, bénéficier des indemnités journalières (IJ) versées par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail prévues par l'article L. 323-1 du CSS.

L'article L. 323-2 du CSS prévoit un écrêtement des IJ versées aux personnes en situation de cumul emploi-retraite. Cet écrêtement a vocation à s'appliquer dès lors que le montant de la pension est supérieur à un seuil fixé par décret. Néanmoins, ainsi que le souligne l'étude d'impact, les dispositions réglementaires nécessaires n'ont jamais été prises et l'écrêtement n'est donc pas appliqué.

Le même article L. 323-2 du CSS précise par ailleurs que, lorsque la pension a été accordée à raison de l'inaptitude au travail, l'indemnité journalière est supprimée à compter à l'expiration d'un certain délai, fixé à sept mois par l'article. R. 323-2.

Le 1° du I du présent article modifie l'article L. 323-2 afin de prévoir non plus une réduction du montant des IJ à due concurrence de la pension de retraite mais une limitation du nombre d'IJ dont peut bénéficier l'assuré en situation de cumul emploi-retraite. L'étude d'impact précise que la durée du cumul serait fixée à deux mois, soit 60 jours indemnisés, le cas échéant fractionnées sur l'ensemble de la période de cumul.

Le paragraphe du même article relatif au cumul entre les IJ et une pension de retraite pour inaptitude serait par ailleurs supprimé. Selon les informations communiquées à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), les dispositions réglementaires d'application aligneraient le délai applicable que la pension soit versée en raison de l'inaptitude au travail ou non.

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

² Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

2. Retraite progressive et pension d'invalidité

L'article L. 341-14-1 du CSS prévoit que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité est suspendu lorsque l'assuré bénéficie d'un des dispositifs permettant un départ anticipé à la retraite : retraite anticipée pour carrière longue¹, retraite anticipée pour handicap² ou retraite anticipée pour incapacité³.

L'article L. 341-15 prévoit par ailleurs la suppression de la pension d'invalidité lorsque l'assuré social atteint l'âge légal de la retraite.

Néanmoins, les personnes en retraite progressive, c'est à dire ayant liquidé leurs droits à la retraite mais continuant d'exercer une activité à temps partiel, peuvent cumuler les revenus tirés de cette activité avec une pension d'invalidité. Ces personnes peuvent ainsi, le cas échéant, percevoir une pension d'invalidité, une pension de retraite et un revenu d'activité.

Le 12° du I présent article tend à supprimer cette possibilité de cumul entre pension d'invalidité et retraite progressive. Il complète à cet effet, à l'article L. 314-14-1, la liste des cas dans lesquels le service de la pension d'invalidité est suspendu, pour y ajouter une référence aux articles relatifs à la retraite progressive (art. L. 351-15 du CSS et art. L. 732-9 du code rural et de la pêche maritime, CRPM).

E. Revalorisation des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles

Les ressortissants du régime d'assurance maladie des travailleurs non-salariés agricoles peuvent bénéficier, en application de l'article L. 732-8 du CRPM, d'une pension d'invalidité dont le montant est fixé non pas en pourcentage du revenu de référence mais de manière forfaitaire, à 290 euros par mois pour une invalidité partielle et 368 euros par mois pour une invalidité totale.

Le III du présent article insère un alinéa au sein de l'article L. 732-8 du CRPM, afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État fixant des montants planchers et plafonds.

L'étude d'impact précise que les pensions d'invalidité versées aux non-salariés agricoles seraient calculées en fonction du revenu annuel moyen des trois meilleures années parmi les huit années précédant celle au titre de laquelle la pension est due. En outre-mer, un revenu théorique estimé en fonction de la cotisation invalidité serait retenu⁴. Le montant minimal serait fixé par rapport à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) et le montant maximal par rapport au plafond annuel de la sécurité sociale.

¹ Art. L. 351-1-1 du CSS et L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime (CRPM).

² Art. L. 351-1-3 du CSS et L. 732-18-2 du CRPM.

³ Art. L. 351-1-4 du CSS et L. 732-18-3 du CRPM.

⁴ Ainsi que l'indique l'étude d'impact, les cotisations des non-salariés agricoles en outre-mer n'étant pas assises sur le revenu mais calculées de manière forfaitaire en fonction de la surface exploitée, le revenu professionnel n'est pas connu par les organismes de sécurité sociale.

Comme pour les salariés, les personnes invalides ayant besoin de l'aide d'une tierce personne verraient leur pension majorée de 40 %

Le tableau ci-après présente les paramètres envisagés par le Gouvernement :

	Montant de la pension en % du revenu annuel moyen	Montant minimal (en % de l'AVTS et en euros en 2019)	Montant maximal (en % du PASS et en euros en 2019)
Incapacité partielle	30 %	110 % 3 827 €	15 % 6 078 €
Incapacité totale	50 %	195 % 6 784 €	25 % 10 131 €
Majoration pour tierce personne	50 % + majoration de 40 %	20 206 €	23 553 €

Source : Étude d'impact annexée au PLFSS

Aux termes du **VII** du présent article, les nouvelles dispositions ont vocation à s'appliquer aux prestations d'invalidité liquidées à compter du 1^{er} janvier 2020.

Le **IV** prévoit une revalorisation des pensions servies au titre d'une inaptitude constatée avant le 1^{er} janvier 2020 au niveau résultant de l'application des nouvelles règles, à compter de cette date.

F. Revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est une prestation différentielle versée, sous condition de ressources, aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Le plafond de ressources pour bénéficier de l'ASI (pension d'invalidité et revenus d'activité le cas échéant) s'élève à 8 679,01 euros pour une personne seule et 15 201,92 euros pour un couple. Le montant maximal de cette allocation s'élève à 415,98 euros par mois.

L'ASI est financée par l'État et non par la sécurité sociale.

Le montant maximal de l'ASI et le plafond de ressources applicable étant fixés par des textes réglementaires distincts, le cumul entre la pension d'invalidité et l'ASI ne permet pas, dans certains cas, d'atteindre le plafond de ressources.

Dans sa rédaction initiale, le **a) 1^o du II** du présent article modifiait l'article **L. 815-24** du CSS afin de préciser que le montant de l'ASI déterminé, par décret, doit permettre à l'assuré d'atteindre le plafond de ressources.

En cohérence, le **3° du II** modifiait par ailleurs l'article **L. 816-3** afin de supprimer le principe d'une revalorisation annuelle du montant de l'ASI. La revalorisation annuelle du montant du plafond de ressources entraînerait en effet automatiquement une revalorisation du montant de l'allocation versée pour atteindre ce plafond.

Le **b) du 1° du II** supprimait, à l'article L. 815-24 du CSS, une phrase aux termes de laquelle le montant de l'ASI « *peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés* ».

L'étude d'impact mentionne par ailleurs une revalorisation exceptionnelle du plafond de ressources de l'ASI, qui serait porté à 750 euros par mois.

Enfin, le **2° du II** abrogeait l'article **L. 816-28**, aux termes duquel l'ASI peut faire l'objet d'un recouvrement sur succession. Par coordination, le **VI** du présent article supprimait une référence à l'article L. 816-28 au sein de l'article **L. 153 du livre des procédures fiscales**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels de son rapporteur, ainsi qu'un amendement du Gouvernement tendant à supprimer les dispositions du présent article relatives à l'ASI, au motif que, cette prestation étant financée par l'État, les dispositions en question ont davantage leur place dans le projet de loi de finances.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une révision bienvenue bien qu'insuffisante des règles d'appréciation du droit à pension d'invalidité

Il ressort de l'étude d'impact du PLFSS que les médecins-conseils de l'assurance maladie ne disposent pas des outils leur permettant d'apprécier la « *rémunération normale perçue dans la même région par les travailleurs de même catégorie* ». Leur permettre de retenir plutôt la rémunération perçue par l'assuré avant son entrée dans l'invalidité semble donc aller dans le sens d'une simplification bienvenue. Dans le cas où un assuré aurait réduit son activité avant d'entrer en invalidité, une interprétation stricte de ces dispositions par les médecins-conseils pourrait toutefois conduire à restreindre l'accès à une pension d'invalidité. Votre rapporteur estime que ce risque demeure limité compte tenu du manque d'outils dont disposent les médecins-conseils pour chiffrer précisément la perte de gains.

La suppression de la notion d'« usure prématurée de l'organisme », qui ne renvoie pas à une notion médicale clairement définie, va également dans le sens d'une simplification.

Une véritable réponse aux limites du système actuel, identifiées par l'étude d'impact, nécessiterait de revoir plus en profondeur les règles applicables, aussi votre rapporteur salue-t-il la démarche d'expérimentation annoncée par le Gouvernement. L'étude d'impact évoque notamment une révision des catégories d'invalidité, qui apparaissent aujourd'hui obsolètes dans la mesure où 16,1 % des invalides de 2^{ème} catégorie et 6 % des invalides de 3^{ème} catégorie, en principe incapables de travailler, exercent pourtant une activité professionnelle.

B. Une révision des règles de cumul tendant à inciter davantage à la reprise d'une activité

Le dispositif proposé vise à rendre plus incitatif la reprise d'une activité rémunérée pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Permettre de retenir le salaire de référence le plus favorable à l'assuré entre le salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité ou le salaire moyen des dix meilleurs années d'activité permettrait ainsi d'éviter de pénaliser les travailleurs ayant subi une réduction de leur activité du fait de leur état de santé avant leur passage en invalidité.

Par ailleurs, alors que l'écêtement de la pension d'invalidité applicable lorsque le cumul de cette pension et d'un revenu d'activité supprime toute incitation financière à travailler davantage, le mécanisme d'intéressement proposé pourrait rendre plus attractive la reprise d'une activité rémunérée.

Votre rapporteur approuve donc cette mesure.

Il apparaît anormal que la mesure règlementaire précisant le mécanisme d'écêtement des IJ en cas de cumul emploi-retraite n'aie jamais été prise alors qu'elle est prévue par la loi. Pour autant, dans une logique d'incitation à la reprise d'activité, votre rapporteur est favorable à la mesure proposée, qui prévoit non plus un écêtement de l'IJ mais la fixation d'une durée maximale d'indemnisation.

La suppression de la possibilité de cumul entre retraite progressive et pension d'invalidité est justifiée par le Gouvernement par l'assouplissement des règles de cumul entre pensions d'invalidité et revenu d'activité. Votre rapporteur y est favorable.

C. Une réforme de l'ASI souhaitable mais qui n'a pas sa place en PLFSS

L'ASI étant un dispositif financé par l'État et non par la sécurité sociale, les mesures relatives à cette prestation n'ont pas leur place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Dans l'hypothèse où il serait saisi, le Conseil constitutionnel ne manquerait ainsi pas de censurer ces dispositions.

S'il est, au fond, favorable aux mesures initialement prévues, votre rapporteur approuve donc leur suppression du présent texte.

D. Une revalorisation attendue des pensions d'invalidité pour les non-salariés agricoles.

Votre rapporteur ne peut qu'être favorable à la revalorisation des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles. Outre leur niveau particulièrement bas, il semble en effet anormal que les pensions versées à ces assurés soient calculées par rapport à leurs revenus et non plus sur une base forfaitaire.

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

Article 56

**Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé
ou à temps partiel et évolution des modalités de versement
des indemnités journalières**

Objet : Cet article assouplit les conditions de recours au temps partiel thérapeutique, supprime la majoration des indemnités journalières pour maladie pour les familles nombreuses et ouvre le bénéfice des indemnités journalières aux ministres des cultes.

I - Le dispositif proposé

A. Assouplissement des conditions de recours au temps partiel thérapeutique et à la reprise d'un travail léger

1. Suppression du délai de carence en cas de temps partiel thérapeutique

Aux termes de l'article L. 323-3 du code de la santé publique (CSS), un assuré social en arrêt de travail peut se voir prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) lorsque cette reprise est reconnue comme de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ou lorsqu'il doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. Le TPT est prescrit par le médecin traitant et doit être accepté par le médecin-conseil de l'assurance maladie. Le montant des indemnités journalières (IJ) versées dans le cas d'un TPT est calculé de la même manière que pour un arrêt complet, mais un écrêtement est appliqué afin qu'il ne dépasse pas la perte de gain journalière résultant du passage à temps partiel¹.

¹ Art. R. 323-3.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹, le TPT ne pouvait être prescrit qu'à la suite d'un arrêt de travail à temps complet, sauf pour les patients en affection de longue durée (ALD). Cette condition a été supprimée dans la rédaction de l'article L. 323-3 du CSS en vigueur depuis le 28 décembre 2018.

En revanche, le délai de carence de trois jours applicable pour le versement des indemnités journalières est, faute de disposition spécifique, applicable en cas de passage à temps partiel thérapeutique. Un assuré passant à temps partiel pour motif thérapeutique ne bénéficie donc pas, en l'état actuel du droit, d'IJ au titre des trois premiers jours.

Le **1° du I** du présent article ajoute un alinéa à l'article **L. 323-3** du CSS afin d'exclure l'application du délai de carence en cas de TPT.

En application de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime (CRPM), les dispositions de l'article L. 323-3 du CSS sont applicables aux travailleurs non-salariés agricoles. Toutefois, le **1° du II** du présent article modifie l'article **L. 732-4** du CRPM afin de prévoir explicitement que la suppression du délai de carence en cas de TPT (soit le 4^{ème} alinéa de l'article L. 323-3 du CSS dans sa rédaction résultant du présent article) n'est pas applicable aux non-salariés agricoles.

2. Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé pour les personnes victimes d'AT-MP

En application de l'article L. 433-1 du CSS, les personnes bénéficiant d'indemnités journalières dans le cadre d'un arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle peuvent bénéficier du maintien de ces IJ en cas de « *reprise d'un travail léger* » (RTL), « *si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure* ». Comme dans le cas du TPT, l'IJ versée à un assuré en RTL est écrêtée afin que son cumul avec la rémunération perçue ne dépasse pas le salaire de référence.

La notion de « *reprise* » du travail implique l'existence d'un arrêt de travail à temps complet préalablement à l'entrée dans ce dispositif, comme cela était le cas, avant la LFSS pour 2019, pour le TPT.

Le **4° du I** du présent article modifie l'article **L. 433-1** du CSS afin de supprimer cette condition d'arrêt complet préalable. La rédaction proposée ne mentionne plus la notion de « *reprise d'un travail léger* » mais évoque un travail « *aménagé ou à temps partiel* ». Un tel aménagement devra toujours être prescrit par le médecin traitant et autorisé par le médecin-conseil.

¹ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Art. 50.

La mention d'un écrêtement du montant de l'IJ pour que son cumul avec le salaire ne dépasse pas le salaire de référence ne serait plus prévue au niveau législatif mais, selon les informations communiquées à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS), un écrêtement identique au mécanisme actuel serait prévu par voie réglementaire.

Par coordination, le **2° du II** prévoit une modification similaire pour les assurés relevant du régime agricole, en modifiant l'article **L. 752-5-1** du CRPM.

B. Suppression de la majoration des indemnités journalières en fonction de la durée de versement et de la situation familiale

Aux termes de l'article L. 323-4 du CSS, le montant de l'indemnité journalière versée en cas d'arrêt de travail pour maladie est majorée, après une durée déterminée, fixée à 30 jours¹, pour les assurés ayant un nombre minimum d'enfants à charge, fixé à trois enfants².

Le présent article tend à supprimer cette majoration. Le **2° du I** propose à cet effet une nouvelle rédaction de l'article **L. 323-4** qui, tout en apportant des modifications d'ordre rédactionnel par rapport au droit existant, supprime la mention d'une majoration des IJ.

Selon l'étude d'impact, le taux de remplacement de 50 % aura donc vocation à s'appliquer à tous les assurés bénéficiant d'IJ au titre de l'assurance maladie, jusqu'à épuisement de leur droit.

Aux termes du **III** du présent article, ces nouvelles dispositions ont vocation à s'appliquer aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 ainsi qu'à ceux qui, prescrits avant, n'auront pas date atteint 30 jours consécutifs à cette date.

La réécriture de l'article L. 323-4 fait en outre disparaître deux alinéas relatifs à la revalorisation des indemnités journalières « *en cas d'augmentation générale des salaires* » et une modulation en fonction des résultats financiers du régime d'assurance maladie. Selon les informations communiquées à votre rapporteur par la DSS, il s'agit de dispositions anciennes qui ne sont aujourd'hui plus appliquées. Au demeurant, le montant des IJ étant fixé par le pouvoir réglementaire, il peut à tout moment être modifié par décret.

C. Ouverture des indemnités journalières aux ministres des cultes

Au titre de l'article **L. 382-15** du CSS, les ministres des cultes et membres des congrégations religieuses ne relevant d'aucun autre régime de sécurité sociale relèvent du régime général et sont affiliés à la caisse d'assurance vieillesse, maladie et invalidité des cultes (Cavimac), instituée conformément à l'article **L. 382-17**.

¹ Art. R. 323-5.

² *Idem.*

Leurs cotisations sont calculées sur une base forfaitaire égale au Smic, mais les taux applicables sont les taux de droit commun.

Aux termes de l'article **L. 382-21**, les ressortissants de la Cavimac « *bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé* » dans les mêmes conditions que les autres assurés sociaux. Ils ne bénéficient toutefois pas d'indemnité journalière en cas de maladie ni en cas de maternité ou de paternité.

Le présent article crée un article **L. 382-21-1** au sein du CSS visant à ouvrir aux ministres des cultes le bénéfice d'indemnités journalières pour maladie prévues par l'article L. 323-1 ainsi que pour maternité (L. 331-3) et paternité (L. 331-8).

S'agissant des IJ pour maladie, il est précisé que leur montant serait égal à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.

Un délai de carence, dont l'étude d'impact préalable indique qu'il serait de 30 jours, s'appliquerait et une durée maximale de versement serait prévue.

Aux termes du **III**, ces dispositions nouvelles s'appliqueront aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'étude d'impact mentionne l'expérimentation de la mise en place d'une plateforme départementale pluridisciplinaire en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au sein d'un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladie. Toutefois, aucune disposition en ce sens n'était inscrite dans le projet de loi déposé à l'Assemblée nationale.

Un amendement du Gouvernement et un amendement identique de notre collègue députée Charlotte Lecocq et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, adoptés par l'Assemblée nationale, tendent à permettre cette expérimentation pour une durée maximale de deux ans. Des plateformes départementales de PDP seraient ainsi créées au sein de caisses spécifiquement désignées. Elles auraient pour fonction de coordonner l'intervention des différents services de l'assurance maladie et des services de santé au travail, tout en associant le cas échéant d'autres acteurs. Lorsqu'un salarié en arrêts de travail fréquents ou prolongés sera signalé par son employeur, par un service social ou par un professionnel de santé, la plateforme départementale serait chargée de réaliser un diagnostic de la situation de l'assuré et de définir un parcours d'accompagnement approprié.

L'article L. 422-6 du CSS permet aux organismes de sécurité sociale et aux services de santé au travail de conclure des conventions, soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative, afin de fixer les modalités d'actions conjointes et complémentaires. L'expérimentation proposée par le Gouvernement s'inscrit dans un cadre dérogatoire puisque le fonctionnement des plateformes départementales ne nécessitera pas d'avis préalable de l'autorité administrative et qu'elle associera également les médecins traitants.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement rédactionnel de son rapporteur.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un assouplissement bienvenu de l'accès aux dispositifs d'aménagement du travail pour raison de santé

La suppression du délai de carence en cas de temps partiel thérapeutique est cohérente avec la possibilité, ouverte par la LFSS pour 2019, d'entrer dans ce dispositif sans arrêt de travail préalable. Le coût pour la branche maladie serait, selon l'étude d'impact, limité à 1,2 million d'euros en 2020 et atteindrait 2,2 millions d'euros en 2022.

De même, votre rapporteur approuve l'assouplissement de l'accès au travail aménagé ou à temps partiel pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. L'impact pour les finances sociales est évalué dans l'étude d'impact à 10 millions d'euros par an sur la base de l'hypothèse d'une bascule de 1 % des arrêts à temps complet vers une reprise partielle ou aménagée.

Ces mesures sont de nature à réduire les risques d'éloignement du marché du travail et donc de désinsertion professionnelle. Elles pourraient donc, à terme, avoir un effet positif sur les finances sociales.

B. Une réduction injustifiée des indemnités journalières des salariés parents de famille nombreuse

La majorité des salariés bénéficient, conformément à L. 1226-1 du code du travail, d'un complément de leur employeur en cas d'arrêt maladie. Ce complément, permet de leur assurer un revenu équivalent à 90 % puis aux deux-tiers de leur rémunération pendant une durée qui croît avec l'ancienneté¹. Des stipulations plus favorables peuvent par ailleurs être prévues par accord collectif.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur par la DSS, entre 70 000 et 80 000 personnes verraient leurs IJ baisser du fait de la suppression de la majoration. La grande majorité (85 %) d'entre eux bénéficie toutefois d'un complément employeur.

¹ Art. D. 1226-1 et suivants du code du travail.

Si la mesure proposée serait donc sans effet pour ces assurés, elle constituerait néanmoins un transfert de charge de la sécurité sociale vers les employeurs.

En outre, les 15 % d'assurés perdants sont ceux qui ne bénéficient pas du complément employeur, c'est-à-dire les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté, les travailleurs à domicile, les salariés saisonniers, les salariés intermittents et les salariés temporaires, soit des travailleurs qui figurent parmi les plus précaires.

L'étude d'impact justifie cette mesure par le fait que cette majoration n'a pas d'équivalent dans les autres prestations d'assurance maladie et par le fait qu'il existe par ailleurs des allocations familiales. Cette même étude d'impact estime par ailleurs les économies pour l'assurance maladie à 35 millions d'euros en 2020 et 70 millions d'euros en année pleine.

Il est donc permis de penser que les économies sont le principal objectif poursuivi par cette mesure.

Si votre rapporteur admet qu'une évolution des règles de calcul des indemnités journalières peut être étudiée, ainsi que le suggèrent l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF)¹, il n'est pas souhaitable que cette évolution se fasse au détriment des travailleurs les plus précaires et de leurs familles.

Votre commission a donc adopté un amendement de votre rapporteur tendant à maintenir, dans la rédaction proposée de l'article L. 323-1, le principe de la majoration des IJ pour les personnes ayant un certain nombre d'enfants à charge (amendement n° 151).

C. Une ouverture des prestations en espèce de l'assurance maladie aux ministres des cultes justifiée par les cotisations dont ils s'acquittent

Il ressort des informations transmises à votre rapporteur par la DSS que les situations dans lesquelles un ministre des cultes serait privé de sa rémunération du fait de son incapacité médicale à remplir son rôle « *ne seraient pas rares* ». Le bénéfice des indemnités journalières pour maladie constituerait ainsi une demande « *déjà ancienne* » des ministres des cultes.

Dans la mesure où le taux de cotisation au titre du risque maladie-invalidité-maternité dues par les collectivités religieuses rémunérant des ministres des cultes est aligné sur celui du régime général, votre rapporteur estime qu'il est justifié qu'ils bénéficient des mêmes prestations.

Le délai de carence de 30 jours semble en outre de nature à limiter les effets d'aubaine pour les associations cultuelles qui ne suspendent pas aujourd'hui la rémunération de leurs ministres des cultes, alors que votre rapporteur note que les membres de congrégations religieuses ne sont pas concernés par cette mesure.

¹ L'évolution des dépenses d'indemnités journalières – Revue de dépenses 2017, C. Lépine (IGAS) – D. Knecht, C. Freppel, T. Bert et P. Dolléans (IGF).

Le coût de cette extension est estimé par l'étude d'impact à 670 000 euros par an au titre des IJ maladie et 300 000 euros au titre des prestations maternité¹ et paternité².

D. Une expérimentation des plateformes départementales de prévention de la désinsertion professionnelle qui devra faire l'objet d'une évaluation

L'expérimentation ajoutée par amendement à l'Assemblée nationale mais qui était mentionnée dans l'étude d'impact va également dans le bon sens selon votre rapporteur. Elle est au demeurant cohérente avec les conclusions du rapport de nos collègues Pascale Gruny et Stéphane Artano sur la santé au travail³.

Dans la mesure où cette expérimentation vise à lutter contre les arrêts longs ou répétés et donc à réduire les dépenses d'indemnités journalières qui y sont associées, et sans préjuger d'une éventuelle décision du Conseil constitutionnel, votre rapporteur estime que cette mesure peut avoir sa place en LFSS.

Néanmoins, la démarche expérimentale n'est pertinente que si une évaluation rigoureuse en est réalisée. Votre commission a donc adopté un amendement de votre rapporteur tendant à ce que le Gouvernement transmette au Parlement une évaluation de l'apport de ces plateformes départementales (amendement n° 154).

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

¹ Le nombre de femmes ministres des cultes affiliées à la Cavimac serait de 266.

² Selon l'étude d'impact, le nombre de ressortissants masculins de la Cavimac susceptibles de demander à bénéficier d'IJ pour paternité serait « négligeable ».

³ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 10 (2019-2020) - 2 octobre 2019.

TITRE III

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 57

Dotation de l'assurance maladie au FMESPP, à l'Oniam, de la CNSA aux ARS

Objet : Cet article fixe, pour 2020, la dotation de l'assurance maladie au Fmespp à 649 millions d'euros, la contribution de la CNSA aux ARS à 139 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam à 150 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé

A. Participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp

Le I du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) à **649 millions d'euros pour l'année 2020**.

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, le Fmespp finance des **actions d'investissement** visant à **améliorer la performance hospitalière** au plan national. Ne disposant pas de la personnalité juridique, il est géré directement par la Caisse des dépôts et consignations au titre de sa mission de gestionnaire des régimes de retraite et de fonds de protection sociale. Ses ressources proviennent en partie d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Pour l'année 2019, le montant de cette dotation, intégrée au périmètre de l'Ondam, s'établissait à 647 millions d'euros.

¹ Art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

B. Contribution de la caisse nationale de solidarité (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS)

Le **II** du présent article propose de fixer la dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées à **139 millions d'euros**.

C. Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Le paragraphe **III** du présent article propose de fixer la dotation de l'assurance maladie à 150 millions d'euros pour 2020.

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 57 bis (nouveau)

**Suppression de l'expertise médicale
prévue pour le contentieux général de la sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, supprime l'expertise médicale spécifique, prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, supprime les expertises médicales prévues pour le contentieux général de la sécurité sociale.

Les expertises médicales étant financées par l'assurance maladie, cet article trouve sa place en PLFSS.

Par la voix de Mme Christelle Dubos, le Gouvernement a succinctement exposé que le présent article avait pour objet « l'unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale afin de tirer les conséquences de la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle ».

Le contentieux de la Sécurité sociale a été réformé par les lois du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice qui ont notamment mis fin à la distinction entre contentieux général et contentieux technique et supprimé, au 1^{er} janvier 2019, les juridictions spécifiques (tribunaux des affaires de sécurité sociale, pour l'un, et tribunaux du contentieux de l'incapacité, pour l'autre) au profit de nouveaux pôles sociaux constitués au sein de tribunaux de grande instance spécialement désignés.

Le décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale a défini les modalités du nouveau recours amiable obligatoire préalable à la saisine du tribunal prévu par la loi de modernisation de la justice du 18 novembre 2016 à l'article L. 142-5 du Code de la Sécurité sociale, la phase gracieuse étant auparavant facultative en matière de contentieux technique alors qu'elle était obligatoire en matière de contentieux général. Le recours, formé devant une Commission de Recours Médical Amiable (CRMA) concerne notamment les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

La CRMA doit être saisie par tout moyen conférant date certaine dans les deux mois suivant la notification de la décision contestée.

Elle est composée d'un praticien conseil et deux médecins figurant sur la liste des experts spécialisés en Sécurité sociale ou en matière du vivant-dommage corporel, désignés par le responsable du service médical territorialement compétent.

L'absence de réponse dans le délai de 4 mois suivant la saisine de la commission emporte décision de rejet implicite et le passage, le cas échéant à la phase contentieuse.

L'amendement procède à l'unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale, en supprimant l'expertise médicale spécifique prévue à l'article L. 141-1 du chapitre Ier du titre 4 du livre Ier du code de la sécurité sociale du code de la sécurité sociale pour le seul contentieux général de la sécurité sociale.

Il complète la section 5 du chapitre II par un article L. 142-10-2 prévoyant que les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge à une expertise technique spécifique.

Il procède aux coordinations nécessaires aux articles L. 142-11, L. 315-2, L. 324-1, L. 431-2, L. 432-4-1, L. 432-4-1 et 442-6 qui faisaient référence à l'expertise médical ou à l'expert en leur substituant l'avis du contrôle médical ou le contrôle médical ainsi qu'à l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

L'entrée en vigueur est prévue au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

II - La position de la commission

Cette modification permettra de soumettre l'ensemble des contestations précontentieuses aux commissions médicales de recours amiable, instituées depuis le 1^{er} janvier 2019. Elle évitera certaines situations actuelles où l'assuré se trouve dans l'obligation de soumettre sa contestation à la fois à cette commission médicale et à la procédure d'expertise prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale.

Son entrée en vigueur est prévue à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard au 1^{er} janvier 2022 qui est cohérente avec celle retenue pour l'ensemble de la réforme.

Il reviendra à l'Assurance maladie de veiller au bon fonctionnement des commissions médicales de recours amiable afin qu'elles ne constituent pas un risque d'allongement des délais contentieux en introduisant systématiquement quatre mois avant des décisions implicites de rejet.

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

Article 58

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie à 223,8 milliards d'euros pour 2020 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 222,3 milliards d'euros pour le régime général, contre respectivement 218,0 et 216,4 milliards d'euros pour 2019.

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. »

• S'agissant de la branche maladie, le présent article propose ainsi de fixer, pour 2020, l'objectif de dépenses à :

- 223,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (contre 218,0 milliards d'euros pour 2019) ;

- 222,3 milliards d'euros pour le régime général de sécurité sociale (contre 216,4 milliards d'euros pour 2019).

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 conduit à rapprocher le périmètre des dépenses du régime général et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

• L'objectif de dépenses prévu par le présent article est à distinguer de l'Ondam fixé à l'article 59 suivant :

- les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, interrégimes et interbranches, alors que les dépenses des régimes relèvent d'une approche comptable « reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente »¹ ;

- leurs champs ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité (indemnités journalières), des prestations invalidité-décès ou encore de la part des prestations médico-sociales financées par la CNSA.

Comme le note la Cour des comptes², les dépenses de la branche maladie en 2019 (établies finalement à 217,2 milliards d'euros) ont augmenté de + 2,7 %, soit plus vite que l'Ondam (+ 2,6 %), du fait notamment du **dynamisme des prestations hors Ondam**. Ces dépenses, qui représentent 20,7 milliards d'euros en prévision, connaîtraient un **taux d'évolution très supérieur à celui constaté en 2018 (+ 3,0 % contre + 1,5 %)**, en raison notamment de la progression des actions de prévention (+ 32,3 %) et des dotations aux établissements et services médico-sociaux financées sur les ressources propres de la CNSA (+ 21,8 %) soutenue par la mise en œuvre du plan « grand âge et autonomie » ; les indemnités journalières pour congés maternité et paternité progresseraient également (+ 2,6 % contre + 1,0 %)³.

¹ Annexe 7 au PLFSS.

² Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2019.

³ Source : les Comptes de la sécurité sociale, septembre 2019.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Comme souligné dans l'exposé général, **le solde de la branche maladie en 2019 est, à l'image de celui du régime général, fortement dégradé par rapport aux projections initiales** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 : il devrait s'établir à **- 3 milliards d'euros**, alors qu'était anticipée une poursuite de la réduction du déficit de la branche maladie, de 0,7 milliard d'euros en 2018 à - 0,5 milliard d'euros pour 2019.

Les objectifs de dépenses fixés par cet article sont à examiner en relation avec la trajectoire que cible le Gouvernement : d'après l'annexe B au PLFSS, ils conduiraient ainsi à un **maintien du même solde déficitaire en 2020 qu'en 2019 (soit - 3 milliards d'euros)**, avec un objectif de retour à l'équilibre de la branche repoussé de 2020 à 2022.

Sous réserve des commentaires déjà formulés sur l'ajustement de cette trajectoire financière qui fragilise l'ensemble des comptes sociaux et des observations sur l'Ondam à l'article suivant, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 59

Ondam et sous-Ondam

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 205,3 milliards d'euros pour 2020, en progression de 2,3 % par rapport à 2019, et précise sa déclinaison en sous objectifs.

I - Le dispositif proposé

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

« D.- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

(...) 3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. »

- La **construction de cet objectif** pour l'année suivante comporte plusieurs étapes :

- l'estimation des dépenses pour l'année en cours corrigé des changements de périmètre ;

- la projection « tendancielle » ou spontanée des dépenses pour l'année suivante, hors mesure nouvelle, qui intègre la progression estimée des volumes, les provisions pour dépenses nouvelles (comme les revalorisations de tarifs ou mesures catégorielles) et les effets reports des mesures antérieures ;

- la définition des « économies » sur la tendance et des mesures nouvelles permettant de passer de cette évolution tendancielle à l'objectif de croissance proposé.

• **Après avoir été porté à titre exceptionnel à 2,5 % pour 2019, pour accompagner la montée en charge du plan « Ma Santé 2022 », le taux de progression de l'Ondam est ramené à 2,3 % pour 2020, comme pour 2018.**

Cette évolution est conforme aux projections pluriannuelles qui avaient été définies par l'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour la période 2018-2020¹ et par l'annexe B au précédent PLFSS. D'après cette même annexe B au présent PLFSS, ce taux d'évolution resterait constant sur les trois années suivantes, de 2021 à 2023, supérieur d'un point à la croissance du PIB en volume.

Ce taux de 2,3 % est légèrement supérieur à l'évolution moyenne de l'Ondam exécuté sur la période 2012-2018, retracée dans le tableau suivant.

Évolution de l'Ondam voté et exécuté depuis 2012 (en %)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ondam voté	2,6	2,7	2,4	2,1	1,7	2,2	2,3	2,5	2,3 p
Ondam exécuté	2,3	2,2	2,4	2,0	1,8	2,2	2,3	2,6 p	-

Source : Commission des affaires sociales, à partir de données DSS

Conformément à la « charte relative à la détermination de l'évolution de l'Ondam » annexée à la loi de programmation précitée, le taux global d'évolution est calculé à champ constant, neutralisé des mesures de transfert affectant le périmètre de l'Ondam. Pour 2020, celles-ci impactent l'Ondam à hauteur de + 264 millions d'euros.

¹ Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour 2018-2022.

Mesures de transferts dans le champ de l'Ondam en 2020

Transferts de l'Etat vers l'Ondam <i>- Financement de l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et de l'ANSP (agence nationale de santé publique) – cf. article 31 du PLFSS</i>	269 millions d'euros
Transferts de l'Ondam vers l'État <i>- Financement des centrales d'achat n'ayant pas le statut d'établissement de santé (depuis l'Ondam hospitalier)</i> <i>- Reprise par l'Inserm de certaines activités de l'Institut national de transfusion sanguine (depuis le sous-objectif « autres prises en charge »)</i>	2 millions d'euros 3 millions d'euros
Transferts entre sous-objectifs de l'Ondam <i>- Financement de l'EHESP (école des hautes études de santé publique) sur le sous-objectif « autres prises en charge » (depuis l'Ondam hospitalier pour 23M€ et l'Ondam médico-social pour 2M€)</i> <i>- Financement du centre national de gestion sur le sous-objectif « autres prises en charge » (depuis l'Ondam hospitalier)</i> <i>- Financement pour certains établissements du « tarif global » en Ehpad permettant de couvrir la quasi-totalité des dépenses de soins de ville (du sous-objectif soins de ville vers l'Ondam médico-social)</i> <i>- Financement par le fonds innovation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif « autres prises en charge »)</i> <i>- Reprise par l'AP-HP de certaines activités de l'Institut national de transfusion sanguine (du sous-objectif « autres prises en charge » vers l'Ondam hospitalier)</i> <i>- Financement des centres de prévention des infections associées aux soins (de l'Ondam hospitalier vers le sous-objectif « autres prises en charge »)</i>	25 millions d'euros 12 millions d'euros 20 millions d'euros 5 millions d'euros 3 millions d'euros 2 millions d'euros

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 7 au PLFSS

Impact des mesures de transferts par sous-objectifs

Soins de ville	- 25 millions d'euros
Établissements de santé	- 36 millions d'euros
Médico-social	+ 18 millions d'euros
Autres prises en charge	+ 307 millions d'euros

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 7 au PLFSS

• La répartition de l'Ondam en sous-objectif montre **une plus nette différenciation que les années précédentes entre les taux d'évolution des dépenses de soins de ville et de celles relatives aux établissements de santé** : le ralentissement de l'activité hospitalière constaté depuis deux ans se traduit en effet par une **évaluation à la baisse du tendancier de dépenses de l'Ondam hospitalier**, ramené à 3,3 % pour 2020 (contre 3,7 % pour 2019 et 4 % pour 2017 et 2018).

Ondam 2020 : répartition en sous-objectifs et évolution

(en milliards d'euros)

	Ondam 2019*	Ondam 2020	Évol. 2020/2019	Rappel évol. 2019/2018	Tendanciel 2020	Rappel tendanciel 2019
Soins de ville	91,4	93,6	2,4 %	2,5 %	5,6 %	5,3 %
Établissements de santé	82,5	84,2	2,1 %	2,4 %	3,3 %	3,7 %
Établissements et services médico-sociaux	21,0	21,6	2,8 %	2,2 %	4,0 %	3,6 %
<i>Contribution assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,6	9,9	2,9 %	2,1 %	4,8 %	3,9 %
<i>Contribution assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	11,4	11,7	2,6 %	2,2 %	3,5 %	3,3 %
Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	1,0 %	4,8 %	1,0 %	4,8 %
Autres prises en charge	2,2	2,4	5,2 %	6,3 %	5,2 %	6,3 %
Ondam total	200,6	205,3	2,3 %	2,5 %	4,4 %	4,5 %

* Corrigé des changements de périmètre entre 2019 et 2020.

Sources : Annexe 7 au PLFSS et direction de la sécurité sociale

D'après les données figurant en annexe 7 au PLFSS, le tendanciel de dépenses de soins de ville (+ 5,6 % pour 2020, soit le niveau le plus élevé depuis cinq ans) tient compte à la fois d'une structure en jours ouvrés moins favorable (année bissextile) - estimé à + 0,3 % selon le comité d'alerte de l'Ondam - et de **l'impact des mesures de revalorisations des professions de santé prévues ou anticipées, provisionnées à hauteur de près de 1 milliard d'euros** qui se répartissent comme suit :

Réforme 100 % santé pour les soins dentaires et l'audioprothèse	300 M€
Accords conventionnels signés	310 M€
<i>Infirmiers</i>	110 M€
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>	40 M€
<i>Orthophonistes</i>	10 M€
<i>Pharmaciens</i>	145 M€
<i>Sages-femmes</i>	5 M€
Déploiement des CPTS et assistants médicaux	100 M€
Montée en charge télémédecine, évolution nomenclature des actes de médecine et consultations détection précoce autisme	100 M€
Revalorisations des taxis et négociations en cours sur la garde hospitalière, entrée progressive d'actes du RIHN dans la nomenclature de droit commun des actes de biologie médicale	100 M€
Provision prudentielle	150 M€

L'Ondam « soins de ville » intègre ainsi, comme cela a été mis en place pour la première fois en 2019, une **provision prudentielle** destinée à sécuriser le respect de ce sous-objectif, dont le montant est porté de 120 à 150 millions d'euros. Cela se traduit concrètement par une majoration à hauteur de ce montant de l'évolution tendancielle estimée.

L'Ondam hospitalier intègre quant à lui l'impact sur la fonction publique hospitalière de la montée en charge du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (0,2 milliard d'euros), de l'accompagnement du plan « Ma Santé 2022 » (0,15 milliard d'euros)¹, ainsi que des financements supplémentaires au titre de la liste en sus, notamment pour la prise en charge de traitements contre le cancer (0,8 milliard d'euros). Il intègre par ailleurs **0,15 milliard d'euros au titre du pacte de refondation des urgences** présenté le 9 septembre 2019 (sur le 0,75 milliard d'euros de moyens supplémentaires annoncés sur la période 2019-2022)².

- Si l'Ondam pour 2020 représente **4,6 milliards d'euros de dépenses nouvelles** prises en charge par la sécurité sociale, il repose, par rapport à un tendanciel de dépenses évalué à + 4,4 %, sur la maîtrise de ces dépenses à hauteur de **4,2 milliards d'euros de mesures dites d'économie**.

L'annexe 7 au PLFSS présente un tableau décomposant ces mesures d'économies sur la tendance selon plusieurs axes, qui rejoignent ceux retenus dans les deux précédents PLFSS. On note toutefois, compte tenu d'un tendanciel de dépenses de soins de ville revu à la hausse par rapport aux années précédentes, un renforcement des actions de maîtrise médicalisée et de pertinence des actes, qui augmentent de 38 % entre 2019 et 2020.

¹ Chiffre cité par le comité d'alerte de l'Ondam dans son avis n° 2019-3 du 15 octobre 2019.

² Comme indiqué à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale, 70 millions d'euros ont été alloués aux ARS en 2019 notamment pour le financement de la prime mensuelle de 100 euros versée depuis juillet à destination des personnels non médicaux (55 millions d'euros) et pour le soutien aux établissements en tension (15 millions d'euros).

Économies attendues en 2018, 2019 et 2020

(en millions d'euros)

Thématiques	2018	2019	2020
Structuration de l'offre de soins	1 075	910	1 045
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	250	210	215
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	825	700	830
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	575	415	585
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i>	200	235	245
<i>Performance interne des établissements médico-sociaux</i>	50	50	-
Actions sur les tarifs des produits de santé et remises	1 180	1 360	1 345
Prix des médicaments (ville et liste en sus)	-	-	920
Prix nets des médicaments en ville	480	700	-
Prix des dispositifs médicaux (ville et liste en sus)	-	-	200
Prix nets des dispositifs médicaux en ville	100	150	-
Prix nets des médicaments de la liste en sus	390	260	-
Prix nets des dispositifs médicaux de la liste en sus		50	-
Remises	210	200	225
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	1 035	895	1 235
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	225	120	205
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie		85	60
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes		190	255
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	810	500	595
Promotion des génériques et biosimilaires			120
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	240	335	265
Transport	75	135	120
Indemnité journalières	165	200	145
Contrôle et lutte contre la fraude	90	90	90
Autres mesures	545	240	205
Actualisation du forfait journalier hospitalier	200	-	-
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	100	50	-
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	180	190	205
Évolution des cotisations des professionnels de santé	65	-	-
TOTAL	4 165	3 830	4 185

Source : Annexe 7 aux PLFSS pour 2018, 2019 et 2020

Tableau corrigé des changements de présentation des thématiques pour permettre la comparaison

Répartition des économies attendues par sous-objectif de l'Ondam

(en millions d'euros)

	2018	en %	2019	en %	2020	en %
Soins de ville	2 290	55,0	2 520	65,8	2 860	68,3
Établissements de santé	1 625	39,0	1 025	26,8	1 045	25,0
Médico-social	250	6,0	285	7,4	280	6,7
Total	4 165	100	3 830	100	4 185	100

Source : Avis du comité d'alerte de l'Ondam

L'annexe 7 au PLFSS comporte, comme chaque année, peu de détails sur les actions permettant d'atteindre ces objectifs.

Le poste relatif à la « gestion dynamique du panier de soins » intègre le déremboursement progressif des spécialités et préparations homéopathiques (le taux de prise en charge passe de 30 à 15 % en 2020) évalué à hauteur de 55 millions d'euros en 2020.

Pour l'hôpital, la « nouvelle étape de mise en œuvre du programme *Phare*¹ » doit permettre de réaliser des économies plus conséquentes sur les **achats hospitaliers**, par le biais notamment, d'après les indications de la DSS, de nouveaux leviers d'action dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (comme le développement des achats en coût complet, l'optimisation logistique ou l'affacturage). Ces achats représentent pour les établissements publics un total de 25 milliards d'euros de dépenses (dont 19 milliards en fonctionnement et 6 milliards en investissement)².

Les actions de maîtrise médicalisée s'appuient pour certaines sur des actions portées par les articles du PLFSS, pour d'autres sur des protocoles conclus entre l'assurance maladie et les représentants des professions concernées, en l'occurrence en matière de radiologie³. D'après les indications transmises par la Cnam, ce protocole, fondé sur la pertinence des actes, a principalement permis des économies sur l'imagerie dans la lombalgie commune⁴ (à hauteur de 17 millions d'euros en 2018, avec une cible de 28 millions d'euros pour 2019) ainsi que sur pertinence de la prescription et développement des génériques en matière de produits de contraste.

Votre rapporteur note que les économies demandées au secteur de la **biologie médicale** (en ville et à l'hôpital) sont portées à **205 millions d'euros** contre 120 millions d'euros pour 2019 (sur un montant total de dépenses de biologie prises en charge par l'assurance maladie obligatoire qui se situe

¹ Lancé en octobre 2011, il s'agit d'un programme de « Performance hospitalière pour des achats responsables ».

² D'après la Cour des comptes, rapport sur les achats hospitaliers, octobre 2017.

³ Protocole conclu en avril 2018 avec la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR).

⁴ Un mémo à destination des médecins généralistes a été diffusé via les délégués de l'assurance maladie et des sessions de formation des médecins généralistes ont été proposées.

entre 3,4 et 3,5 milliards d'euros depuis 2010), ce qui a suscité, de par son ampleur, la réaction unanime des professionnels du secteur dans le contexte de renégociation du protocole de modération des dépenses de biologie conclu depuis 2014 avec l'assurance maladie. Une grève de trois jours des laboratoires a été largement suivie en octobre dernier. Lors de son audition par la commission, le directeur général de la Cnam a expliqué que ce montant plus élevé n'était pas fondé sur une évolution des règles en vigueur, mais résultait de différents motifs techniques complexes. Votre rapporteur en prend acte tout en attirant l'attention sur les limites de la régulation prix-volume et la **nécessité de compléter ces dispositifs d'actions de modération des volumes fondées sur la pertinence** des actes et prescriptions, en concertation avec les professionnels concernés.

Plus globalement, pour les seules actions de maîtrise médicalisée dont les taux d'atteinte sont suivis *ex post* par l'assurance maladie, les résultats sur les cinq dernières années demeurent globalement décevants, ce qui laisse interrogatif quant à la portée des objectifs assignés pour 2020.

Taux d'atteinte des économies de maîtrise médicalisée entre 2014 et 2018

en millions d'euros

	Économie attendue	Économie réalisée	Taux d'atteinte
2014	600	460	77 %
2015	700	598	85 %
2016	700	456	65 %
2017	700	708	101 %
2018	730	473	65 %

Source : CNAM

Taux d'atteinte des économies de maîtrise médicalisée par poste en 2018

	Objectif	Réalisation	Taux d'atteinte
Médicaments	370	269	73%
Dispositifs médicaux	65	4	6%
Indemnités journalières	100	0	0%
Transports	75	59	79%
Honoraires paramédicaux	80	114	143%
Biologie	20	9	45%
Actes	20	18	90%
Total	730	473	65%

Source : Les comptes de la sécurité sociale, juin 2019

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

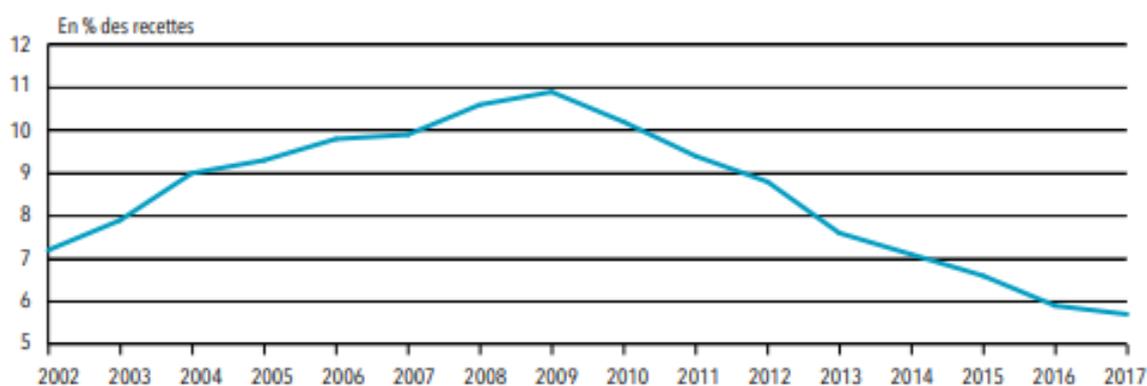
• Dans le contexte de la transformation du système de santé engagée par le plan « Ma Santé 2022 » et la loi du 24 juillet 2019, **l’Ondam pour 2020 apparaît, en particulier pour les acteurs hospitaliers, ne pas être à la hauteur des enjeux**. La grève des urgences comme la manifestation des personnels hospitaliers de toutes les catégories annoncée pour le 14 novembre 2019 sont quelques-uns des symptômes de cette crise.

L’article 24 A introduit par le Gouvernement à l’Assemblée nationale constitue, certes, un signal positif, en réponse au besoin d’une plus grande visibilité pluriannuelle sur les ressources. Il en est de même du relèvement pour 2019 des tarifs hospitaliers, à hauteur de 0,2 %, qui met fin à dix années de spirale à la baisse.

En outre, l’évaluation plus réaliste du tendancier de l’Ondam hospitalier, tenant compte du ralentissement observé de leur activité au cours des deux dernières années, devrait permettre de ne pas contraindre excessivement la campagne tarifaire du printemps prochain, la ministre des solidarités et de la santé s’étant engagée à poursuivre, pour 2020, la hausse des tarifs hospitaliers amorcée en 2019.

Cependant, comme votre rapporteur l’a souligné dans un rapport sur l’Ondam¹, **la contrainte financière pesant sur l’hôpital s’est traduite, notamment, par un ralentissement continu de l’investissement** depuis 2009, qui concerne les secteurs public (cf. graphique ci-après) comme privé.

Évolution de l’effort d’investissement des hôpitaux publics depuis 2002



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Source : Les établissements de santé, édition 2019, Drees. L’effort d’investissement est entendu comme le ratio des dépenses d’investissement rapportées aux recettes

¹ « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l’Ondam », rapport d’information n° 40 (2019-2020) de Catherine Deroche et René-Paul Savary, au nom de la mission d’évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 9 octobre 2019.

La ministre des solidarités et de la santé a annoncé un « plan de soutien » en faveur de l'hôpital, ciblé sur l'investissement courant et l'attractivité des métiers, qui s'avère aujourd'hui impératif mais dont les contours ne sont pas encore connus.

A défaut de visibilité suffisante sur les moyens qui seront consacrés au système de santé, la commission a décidé de surseoir au vote de l'Ondam. Dans l'attente des précisions qui seront apportées par le Gouvernement lors de l'examen du projet de loi de financement en séance publique, la commission a ainsi adopté l'amendement n° 159 de son rapporteur de suppression de l'article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 60

Dotation au Fiva, au Fcaata et transfert au titre de la compensation de la sous-déclaration des AT-MP

Objet : Cet article fixe les montants, pour l'année 2020, des contributions de la branche AT-MP du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP et à la branche vieillesse du régime général au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente d'origine professionnelle et des dépenses du compte professionnel de prévention.

I - Le dispositif proposé

A. Les dotations au Fiva et au Fcaata

Les **I et II** de l'article 60 du PLFSS pour 2020 fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante :

- le **I** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au FIVA à 260 millions d'euros en 2020, soit un montant identique à celui consenti en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, compte tenu d'une dotation nette de l'État maintenue à 7,8 millions d'euros. Bien que le Gouvernement eût anticipé l'année dernière une baisse des demandes d'indemnisation de l'ordre de 8 % pour 2018 et 2019, une hausse des demandes complémentaires¹ des ayants droit a été enregistrée au cours du premier semestre 2019. Le PLFSS pour 2020 estime ainsi les dépenses du

¹ Un nouveau formulaire destinés aux ayants droit et listant l'ensemble des préjudices susceptibles d'être pris en charge peut expliquer l'augmentation des demandes d'ayants droit complémentaires aux demandes formulées par les victimes.

fonds en 2020 à 385 millions d'euros¹, dont 320 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation² ;

- le **II** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata à 414 millions d'euros en 2020, en baisse de 22,2 % par rapport à 2019 où le montant de la dotation s'élevait à 532 millions d'euros. Le Gouvernement justifie cette baisse par la diminution tendancielle du nombre de bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata), de 9,6 % en 2018, de 10,1 % en 2019 et de 7,5 % en 2020. Les dépenses du Fcaata pour 2020 sont évaluées à 475 millions d'euros : une dotation calibrée à 414 millions d'euros devrait conduire à mobiliser les excédents accumulés par le fonds afin d'assurer l'équilibre du résultat cumulé.

Votre commission relève la décrue du poids des fonds amiante dans les charges de la branche AT-MP. Les transferts de la branche en faveur de ces fonds diminueront de près de 9,8 % en 2019, et de plus de 17 % sur la période 2017-2020.

Évolution des charges liées aux fonds amiante dans les comptes de la branche AT-MP depuis 2017

en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019(p)	%	2020(p)	%
CHARGES	890	-17,5	844	-5,2	761	-9,8	735	-3,4
Au titre du FCAATA	640	-1,4	574	-10,4	501	-12,6	475	-5,2
Allocation ACAATA	352	-9,2	317	-9,8	285	-10,1	264	-7,6
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	78	-10,1	70	-10,8	64	-8,6	59	-7,6
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	77	2,4	67	-13,2	54	-19,2	50	-7,6
Transfert à la CNAV au titre de la compensation des départs dérogatoires	125	36,6	112	-10,3	91	-18,7	96	5,5
Autres charges du FCAATA gérées par la CDC	1	248,6	1	45,1	1	0,0	1	0,0
Charges de gestion	7	-7,0	6	-9,9	6	-12,0	5	-7,6
Contribution de la CNAM-AT au FIVA	250	-41,9	270	8,0	260	-3,7	260	0,0
PRODUITS (droits de consommation sur les tabacs)	0	--	3	--	0	--	0	--
IMPACT SUR LE RESULTAT NET DE LA CNAM-AT	890		841		761		735	

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, Résultats 2018 et prévisions 2019 et 2020, septembre 2019

B. Le versement à la branche maladie du régime général

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

En application de l'article L. 176-2 du même code, la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût de la sous-déclaration des AT-MP a rendu son dernier rapport en juin 2017. Elle y propose une estimation située dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions d'euros.

¹ Contre 364,9 millions d'euros de dépenses initialement envisagés en 2019 en LFSS pour 2019.

² Contre 305 millions d'euros de dépenses d'indemnisation initialement envisagés en 2019 en LFSS pour 2019.

Le III de l'article 60 du PLFSS pour 2020 fixe, pour 2020, le montant correspondant à un milliard d'euros, un niveau identique, pour la sixième année consécutive, à celui retenu depuis 2015.

C. Les versements à la branche vieillesse du régime général

Depuis le 1^{er} juillet 2011, les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle » peuvent bénéficier d'un départ en retraite anticipée à 60 ans en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹. L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche AT-MP finance chaque année les dépenses supplémentaires générées par ce dispositif.

Pour 2020, le IV de l'article 60 du PLFSS pour 2020 prévoit un versement de la branche AT-MP à la branche vieillesse du régime général de 157,4 millions d'euros, contre 186 millions d'euros en 2019 (- 15,4 %). Cette contribution intègre le financement des dépenses du compte professionnel de prévention² et du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les dépenses supplémentaires engendrées pour la branche AT-MP par ce nouveau dispositif se décomposent comme suit :

- 74,4 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 13,2 % par rapport à 2019 (65,7 millions d'euros) ;

- 83 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention, en diminution 21,7 % par rapport à 2019 (106 millions d'euros).

Le même IV prévoit un montant total des dépenses au titre des deux dispositifs évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles à 11,4 millions d'euros en 2020, contre 8 millions d'euros en 2019.

D. Un poids des transferts globalement mieux maîtrisé en 2019 pour la branche AT-MP

Selon le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale³, les transferts nets à la charge de la branche AT-MP devraient diminuer de 6,1 % en 2019 pour s'établir à 1,989 milliard d'euros. Dans ses réponses au questionnaire de la commission des affaires sociales, la direction des risques professionnels de la CNAM évalue, elle, le montant des transferts à 1,816 milliards d'euros hors dépenses de prestations, et à 2,348 milliards d'euros en tenant compte de la prise en charge des

¹ Art. L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

² Qui a remplacé le compte personnel de prévention de la pénibilité au 1^{er} janvier 2017.

³ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, Résultats 2018 et prévisions 2019 et 2020, septembre 2019.

prestations versées par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), désormais intégrées dans les comptes de la branche.

**Évolution du montant des transferts
à la charge de la branche AT-MP depuis 2013**

(en millions d'euros)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹
Mines	353	334	305	277	273	250	241
MSA	123	127	119	124	124	129	124
ENIM²						101	63
Branche maladie	790	790	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
FCAT³	20	18	18	13	10	10	0
Fcaata⁴	890	821	693	649	640	568	532
FIVA	115	435	380	430	250	270	260
CNSA⁵	41	38	36	30	24	16	17
CNAV pénibilité	0	0	0	45	67	75	111
Total	2 332	2 562	2 551	2 567	2 389	2 418	2 348

¹ Prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2019

² Régime AT-MP de l'établissement national des invalides de la marine

³ Fonds commun des accidents du travail

⁴ Depuis l'exercice 2012 les dépenses et recettes du Fcaata sont intégrés dans les comptes de la branche

⁵ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Source : Réponses de la direction des risques professionnels de la CNAM au questionnaire de la commission des affaires sociales

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Une nouvelle fois, votre commission s'interroge sur la pertinence du maintien à un milliard d'euros, pour la sixième année consécutive, de la contribution de la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Alors que ces deux branches ont confirmé avoir déployé de nombreux efforts dans l'amélioration du repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies, le caractère inchangé de ce transfert laisse entendre qu'aucun progrès n'a été réalisé sur cette question. Dans ces conditions, le maintien de cette dotation à un niveau aussi élevé s'apparente de plus en plus à un détournement des excédents de la branche AT-MP au profit du rééquilibrage de la branche maladie.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 60
**Élargissement du périmètre des bénéficiaires de l'Acaata
aux salariés d'entreprises de sous-traitance**

Objet: Le présent article a pour objet d'inclure dans le champ des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante les salariés d'entreprises de sous-traitance intervenus auprès d'établissements manipulant de l'amiante.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹ limite le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) aux personnes qui ont été salariées au sein d'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* » et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget.

Or plusieurs arrêts de la Cour de cassation² ont confirmé que le droit à l'Acaata ne saurait être subordonné à l'existence d'un lien salarial entre l'établissement inscrit sur la liste fixée par arrêté ministériel et le travailleur qui en sollicite le bénéfice. Ces arrêts ont ainsi ouvert le bénéfice de l'Acaata aux salariés d'entreprises de sous-traitance exploitées par les établissements figurant sur la liste précitée, à la condition qu'ils justifient d'une exposition régulière à l'amiante dans les mêmes conditions que les salariés des établissements figurant sur la liste.

Certains salariés d'entreprises de sous-traitance rencontrent néanmoins toujours des difficultés pour faire valoir leurs droits en raison d'une interprétation encore trop stricte de la loi par certaines Carsat et contraire à la jurisprudence de la Cour de cassation. Par conséquent, le présent article vise à prendre définitivement acte de la jurisprudence de la Cour de cassation en élargissant le périmètre des bénéficiaires de l'Acaata aux salariés d'entreprises de sous-traitance exploitées par des établissements ayant manipulé de l'amiante.

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 189).

¹ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

² Arrêt n° 16-20511 du 15 juin 2017 ; arrêt n° 15-20268 du 7 juillet 2016.

Article additionnel après l'article 60
**Partage de données entre les CPAM et les Carsat
afin d'améliorer la déclaration des maladies professionnelles**

Objet : Le présent article a pour objet de permettre la mise en place de traitements de données communs entre l'assurance maladie, l'assurance retraite et l'assurance contre les AT-MP afin de permettre plus facilement aux personnes en affection de longue durée dont la pathologie pourrait être d'origine professionnelle de bénéficier d'une indemnisation au titre de la branche AT-MP.

Comme l'a indiqué la direction des risques professionnels de la CNAM dans ses réponses au questionnaire de votre commission, la mise en œuvre d'un traitement impliquant le partage de données émanant de trois branches de sécurité sociale structurellement et réglementairement distinctes, que sont l'assurance retraite, l'assurance contre les risques professionnels et l'assurance maladie, doit répondre aux principes du RGPD¹ et de la loi dite « informatique et libertés »².

À l'heure actuelle, les missions de la branche AT-MP ne prévoyant pas ces accès, il n'existe pas de fondement juridique solide soutenant cette possibilité. Un recoupement des données de carrière et des données de santé serait donc illégitime et disproportionné en l'état des missions confiées aux Carsat et aux CPAM. Dans ces conditions, les agents des risques professionnels des Carsat n'ont accès ni aux bases de données « retraite » (gestion des carrières) ni « assurés » de l'assurance maladie, et encore moins aux pathologies de ces mêmes assurés.

Or un partage de ces informations permettrait de mieux identifier les situations dans lesquelles des personnes en affection de longue durée (ALD), dont la pathologie serait susceptible d'être d'origine professionnelle, pourraient prétendre à une indemnisation au titre de la branche AT-MP. Un tel partage permettrait ainsi de mieux lutter contre la sous-déclaration des AT-MP et de diminuer le montant du transfert annuel de la branche AT-MP vers la branche maladie.

À titre d'exemple, ce type d'échanges d'informations entre branches existe déjà pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées afin de permettre à ces dernières de disposer d'un accès facilité aux prestations et avantages sociaux, en application de l'article L. 115-2-1 du code de la sécurité sociale qui a été créé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement³.

¹ Règlement général sur la protection des données (règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016).

² Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

³ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Dans cette logique, le présent article vise à autoriser les CPAM et les Carsat à organiser des échanges d'informations ayant pour finalité d'assurer l'information complète des assurés sur leurs droits à indemnisation au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Afin que ces traitements de données respectent pleinement la protection des données de santé à caractère personnel, il est prévu qu'ils s'inscrivent dans un référentiel validé par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), en application de l'article 66 de la loi « informatique et libertés ».

La commission vous demande d'adopter un article additionnel ainsi rédigé (amendement n° 190).

Article 61

Objectif de dépenses de la branche AT-MP

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2020 de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.

I - Le dispositif proposé

- En **2019**, le solde excédentaire de la branche repart sensiblement à la hausse pour s'établir à **1,156 milliard d'euros**, après avoir légèrement fléchi à 723 millions d'euros en 2018. Selon l'annexe B du PLFSS pour 2020, l'excédent devrait atteindre **1,4 milliard d'euros** en 2020 du fait :

- de l'absence de baisse de la cotisation AT-MP ;

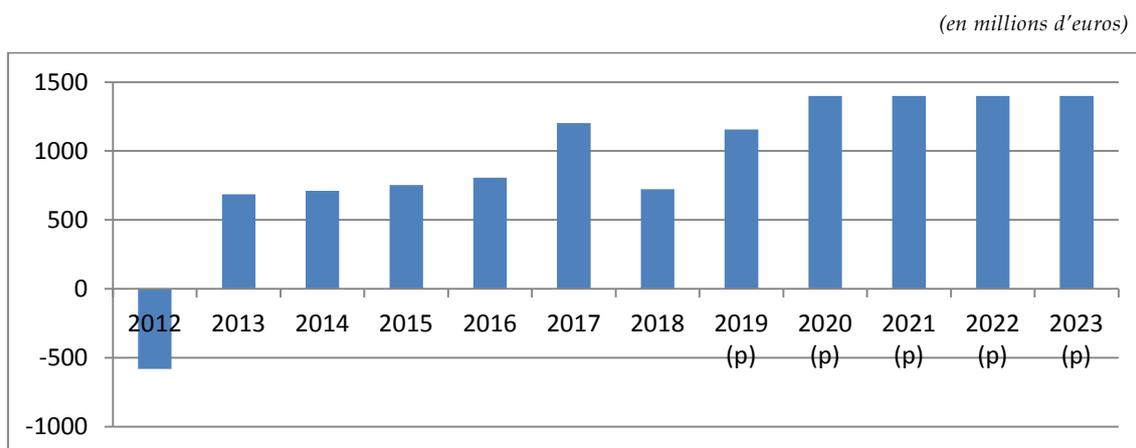
- d'économies de l'ordre de 100 millions d'euros consécutives à la revalorisation limitée à 0,3 des prestations sociales en LFSS pour 2019 et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.

Le solde de la branche devrait se maintenir à **1,4 milliard d'euros jusqu'en 2023**.

Évolution du solde de la branche AT-MP des régimes obligatoires de base depuis 2012

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (p)
Solde tous régimes	-581	685	711	753	806	1 202	723	1 156
<i>Solde RG</i>	-174	638	691	750	762	1 130	661	1 115
<i>Solde autres régimes de base</i>	-407	47	20	4	44	72	62	42
<i>dont régimes agricoles</i>	-33	22	0	-22	16	44	40	22
<i>dont fonds dédiés (FATIACL, FCAT*, FCATA*)</i>	-373	25	20	25	27	26	22	19
<i>dont autres régimes spéciaux</i>	-1	-1	0	0	2	1	0	0

* La LFSS pour 2018 a supprimé le fonds commun des accidents du travail (FCAT) et le fonds commun des accidents du travail agricole (Fcata), dorénavant combinés dans les comptes des branches AT respectivement du régime général et du régime agricole



Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales du Sénat

Après avoir résorbé sa dette fin 2016, la branche AT-MP disposait, en 2018, de près de 2,8 milliards d'euros de capitaux propres. Dans ces conditions, l'excédent cumulé de la branche devrait culminer en 2020 à **4,7 milliards d'euros**. Cet accroissement inédit des capitaux propres de la branche est accentué par une progression beaucoup plus rapide de ses recettes que de ses dépenses : en 2019, les charges ne progresseraient que de 0,2 %, contre 2,7 % pour les recettes.

- Les dépenses de la branche AT-MP se sont établies à 12,045 milliards d'euros en 2018, en augmentation de 2,7 %, alors qu'elles avaient diminué de 0,6 % en 2017. Cette hausse est principalement alimentée par le dynamisme des prestations entrant dans le champ de l'Ondam dont les indemnités journalières qui ont représenté, en 2018, 3,234 milliards d'euros, en progression de 7,4 % par rapport à 2017. Les indemnités journalières, versées au titre d'une incapacité temporaire causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle, ont représenté en 2018 32 % des dépenses totales de la branche AT-MP.

Les rentes servies au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à l'origine d'une incapacité partielle permanente supérieure ou égale à 10 % restent le principal poste de dépenses de la branche AT-MP, à hauteur de 51 % du total. Après plusieurs années de baisse, les rentes AT-MP ont progressé de 0,9 % en 2018. Compte tenu de la sous-indexation limitée en avril 2019 à 0,3 % en LFSS pour 2019, la revalorisation 0,5 % des rentes AT-MP conduirait en 2019 à une baisse des dépenses de rentes de 0,4 %. Une revalorisation anticipée des rentes AT-MP de 1 % au 1^{er} avril 2020 devrait amener leur coût total à progresser de 0,5 % en 2020 pour s'établir à 5,52 milliards d'euros.

Évolution des dépenses de rentes AT-MP sur la période 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Montant total des prestations d'incapacité permanente (en millions d'euros)	5 460	5 511	5 491	5 519
Taux de croissance	- 0,5 %	0,9 %	- 0,4 %	0,5 %

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, Résultats 2018 et prévisions 2019 et 2020, septembre 2019

Financé à compter de 2018 par la branche AT-MP, le compte professionnel de prévention (C2P) devrait voir ses dépenses plus que quadrupler en 2019 pour s'établir à 29 millions d'euros, contre 7 millions d'euros en 2018. Elles atteindraient 64 millions d'euros en 2020.

- L'article 61 fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP en 2020 à :

- 13,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 0,7 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2019¹ et de 1,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2018² ;

- 12,2 milliards d'euros pour le seul régime général, en progression de 0,8 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2019³ et de 1,7 % par rapport aux dépenses constatées en 2018⁴.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission relève que le calibrage des recettes de la branche AT-MP semble de moins en moins connecté à ses besoins de financement. Le taux d'adéquation des recettes aux dépenses pour la branche serait en hausse de **quatre points** en 2019, pour s'établir à 109 %. Il atteindrait 111 % en 2020 et se maintiendrait à ce niveau au moins jusqu'en 2023 avant mesure nouvelle.

¹ Fixé à 13,5 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi.

² Fixées à 13,4 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi.

³ Fixé à 12,1 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi.

⁴ Fixées à 12 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi.

Évolution du taux d'adéquation des recettes aux dépenses de la branche AT-MP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	12,3	12,6	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1	Equilibre
Dépenses (Mds€)	11,7	11,9	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7	
Solde (Mds€)	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4	
Recettes / dépenses	106%	106%	106%	110%	105%	109%	111%	111%	111%	111%	

Source : Programme de qualité et d'efficacité de la branche AT-MP annexé au PLFSS pour 2020

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

Article 62

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2020.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes de base d'une part, et du seul régime général d'autre part, d'assurance vieillesse pour l'année 2020 **en conformité avec les tableaux d'équilibre des articles 19 et 20.**

Elles renvoient à trois catégories de charge :

- les prestations d'assurance vieillesse de droit direct ou dérivé, les prestations d'assurance veuvage, les prestations d'invalidité mais aussi les prestations d'action sociale de la branche ;
- les charges de gestion courante ;
- et les transferts entre régimes de protection sociale.

Le 1° fixe l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes de base de la branche vieillesse pour 2020 à **247,3 milliards d'euros**, contre 241,5 milliards d'euros en 2019, selon la prévision rectifiée des objectifs de dépenses figurant à l'article 5 (241,2 milliards dans la LFSS pour 2019).

Ces montants se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2019	2020
Objectif de dépenses de la branche vieillesse - Ensemble des régimes de base	241,5	247,3
Dépenses de prestations	237,8	*1
Charges de gestion courante	2,1	*
Transferts entre régimes	1,5	*

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2020

Son 2° fixe les dépenses de la seule branche vieillesse du régime général à **136,9 milliards d'euros pour 2019**, contre 133,7 milliards d'euros pour 2018 selon les prévisions figurant à l'article 5. Elles se décomposent de la manière suivante :

(en milliards d'euros)

	2019	2020
Objectif de dépenses de la branche vieillesse Ensemble des régimes de base	137,5	141,7
Dépenses de prestations	130,0	134,0
Charges de gestion courante	1,6	1,6
Transferts entre régimes	5,9	6,1

Source : Annexe 4 du PLFSS pour 2020

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

¹ * Au moment de la rédaction de ce commentaire, le tableau de prévisions de charges des régimes obligatoires de sécurité sociale par branche pour 2020 de l'annexe 4 du PLFSS (p. 35) donnait des chiffres erronés. La version en ligne de l'annexe devait être modifiée. Le tableau des prévisions de charges des ROBSS pour 2019 était correct en revanche.

Article 63

Objectif de dépenses de la branche famille

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépense de la branche famille à **50,3 milliards d'euros pour 2020.**

I - Le dispositif proposé

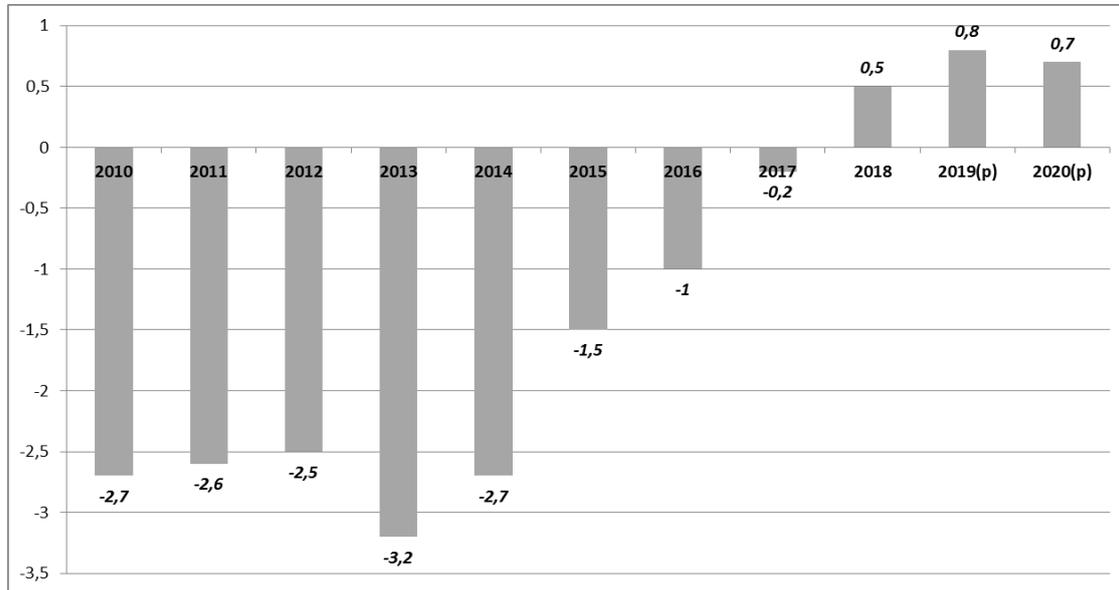
Conformément à l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, **le présent article fixe l'objectif de dépense de la branche famille à 50,3 milliards d'euros pour 2020.**

- Après dix ans de déficits, la branche **retrouve un solde excédentaire de 0,5 milliard d'euros en 2018**. Bien qu'inférieur à ce que prévoyait le PLFSS pour 2018 (1,3 milliard d'euros), il correspond à la prévision de solde émise par le PLFSS pour 2019 (0,4 milliard d'euros). Les **recettes** ont atteint **50,4 milliards d'euros**, en hausse de 1,3 % par rapport à 2017, du fait de l'augmentation des contributions, impôts et taxes (+ 15,2 %), la branche ayant bénéficié d'une fraction supplémentaire du produit de la taxe sur les salaires en compensation des baisses de cotisations. Les **dépenses** sont restées stables par rapport à 2017 (50 milliards d'euros).

- **En 2019, la branche famille devrait afficher un excédent de 0,8 milliard d'euros** alors que la LFSS pour 2019 prévoyait un solde à 1,2 milliard d'euros. Cet écart s'explique principalement par de moindres recettes (- 0,4 milliard d'euros) dues à la baisse des impôts et taxes affectées. Les **recettes** devraient s'élever à **51,1 milliards d'euros**, soit une progression de 1,3 %, principalement due à la progression des cotisations sociales (+ 3,4 %) et à une hausse de la fraction de CSG affectée à la branche (+ 14,6 %), venant compenser partiellement la baisse des impôts et taxes affectées (- 15,1 %) au profit d'autres branches. Les **dépenses** devraient atteindre **50,2 milliards d'euros, soit une hausse de 0,6 %**. Les prestations légales seraient quasiment stables (- 0,1 %), notamment en raison de leur sous-revalorisation à 0,3 % au 1^{er} avril 2019, conformément à la LFSS pour 2019, qui permet de générer une économie de 260 millions d'euros.

Soldes de la branche famille 2010-2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales

● **L'exercice 2020 serait marqué par un excédent de 0,7 milliard d'euros.** Les recettes de la branche resteraient stables, atteignant **51 milliards d'euros** en 2020, tout comme les **dépenses** qui s'élèveraient à 50,3 milliards d'euros.

Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2020

	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2019	50,5	50,4	0
CCSS septembre 2019	51	50,4	-0,6
PLFSS 2020	50,3	51	0,7

La commission des comptes de la sécurité sociale prévoyant un solde hors mesures nouvelles à -0,6 milliard, **les mesures du PLFSS 2020 concernant la branche famille auraient un effet de +1,3 milliard d'euros sur le solde de la branche.**

**Impact des mesures prévues par le PLFSS 2020
sur le solde de la branche famille**

Solde tendanciel	- 0,6
Sous-revalorisation des prestations familiales	+ 0,1
Baisse de la prise en charge des frais de gestion au titre de la prime d'activité	- 0,1
Changement d'affectation de la taxe sur les salaires consécutif à l'annulation des transferts vers l'État et la CADES	+ 1,2
Solde PLFSS 2020	+ 0,7

Source : PLFSS annexe 4

Le PLFSS pour 2020 prévoit des résultats excédentaires de la branche jusqu'en 2023. Ils permettraient d'apurer la dette de la branche détenue en trésorerie par l'ACOSS à l'horizon 2022. Cette dette, qui s'élève à 2,7 milliards d'euros, est le fruit de déficits accumulés par la branche entre 2015 et 2017, non repris par la CADES.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche famille

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	51,1	51	51,3	52,4	53,5
Dépenses	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6

Source: Annexe B du PLFSS pour 2020

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre rapporteure se félicite de retour à l'équilibre de la branche famille en 2018 et des prévisions de soldes excédentaires jusqu'en 2023, qui permettront d'apurer la dette de la branche détenue en trésorerie par l'Acoss.

Cette amélioration de la situation de la branche famille s'est toutefois faite aux prix d'importantes mesures d'économies depuis cinq ans qui ont pesé sur les familles. L'amélioration de la situation financière de la

branche famille pourrait être l'occasion de relancer une politique familiale ambitieuse. Au contraire, le Gouvernement s'est engagé depuis l'année dernière dans la poursuite des mesures d'économies pesant sur les familles en prévoyant la sous-revalorisation de l'ensemble des prestations familiales à 0,3 % pour 2019. Cette mesure constitue une perte de pouvoir d'achat pour les familles, alors que l'inflation devrait être de 1 % cette année. Elle a représenté une économie de 260 millions d'euros pour la branche cette année.

Le PLFSS propose de reconduire cette mesure de sous-revalorisation des prestations familiales à 0,3 % pour 2020, alors que la prévision d'inflation s'élève à 1 %. Votre rapporteure est défavorable à cette mesure d'économie, estimée à 100 millions d'euros, qui aura de nouveau un impact négatif pour les familles. Par conséquent, votre commission a adopté un amendement visant à supprimer l'article 52 proposant la revalorisation différenciée des prestations sociales, afin que les prestations familiales soient revalorisées, comme le prévoit le code de la sécurité sociale, en fonction de l'évolution des prix.

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

Article 64

Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Objet : Cet article fixe les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2020.

I - Le dispositif proposé

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est le seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires 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 pour l'année 2020, les dépenses du FSV à **18,2 milliards d'euros**.

L'article 5 de ce projet de loi établit le montant des dépenses prévisionnelles du Fonds pour l'année 2019 à 18,9 milliards d'euros, soit 500 millions d'euros supplémentaires par rapport à la LFSS pour 2019.

D'après les comptes actualisés¹ du FSV fournis à votre rapporteur à la fin du mois d'octobre 2019 (*voir ci-contre*), la dépense prévisionnelle du Fonds devrait plutôt atteindre 19 milliards d'euros en 2019 et 18,5 milliards d'euros en 2020.

Cette légère baisse des dépenses résulte d'une dynamique contraire entre la section 1 du FSV, consacrée au financement des dispositifs de solidarité du système de retraite, et la section 2, dédiée au financement du minimum contributif.

En section 1, les dépenses continuent d'augmenter sous l'effet des deux principaux postes :

- la prise en charge des trimestres réputés cotisés au titre du chômage, qui malgré une amélioration de l'emploi continuent d'augmenter pour passer de 11,6 milliards d'euros en 2019 à 11,8 milliards d'euros en 2020. Cette évolution tient du financement forfaitaire de cette dépense qui prend en compte non seulement le nombre de chômeurs mais également l'évolution du Smic² ;

¹ Les prévisions de dépenses du PLFSS sont établies au mois de septembre.

² Pour l'explication de cette dépense et une meilleure appréhension du rôle du Fonds, voir le rapport de votre commission : *Le vrai rôle du Fonds de solidarité vieillesse, rapport d'information n° 668 (2015-2016)*, G. Roche et C. Génisson, juin 2016.

FSV : PRESENTATION DES COMPTES 2016 A 2023 PAR SECTION EN M€ (hors section 3 - dispositif parents de 3 enfants)

SECTION 1 : OPERATIONS DE SOLIDARITE	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
CHARGES DE SOLIDARITE	17 133	17 366	17 582	17 925	18 364	18 498	18 706	18 951
Au titre du service national	29	31	33	33	34	34	34	34
Au titre du chômage régimes de base	11 318	11 546	11 539	11 639	11 768	11 764	11 782	11 830
Au titre du chômage régimes complémentaires	353	352	339	322	295	296	298	299
Au titre de la maladie	1 669	1 751	1 820	1 898	1 979	2 052	2 133	2 222
Au titre des stagiaires	231	206	184	187	190	193	197	201
Au titre des apprentis	20	0	0	0	0	0	0	0
<i>Sous-total Prises en charge de cotisations</i>	<i>13 620</i>	<i>13 887</i>	<i>13 916</i>	<i>14 079</i>	<i>14 266</i>	<i>14 339</i>	<i>14 444</i>	<i>14 586</i>
Au titre du minimum vieillesse (MV)	3 118	3 079	3 235	3 527	3 777	3 828	3 922	4 016
<i>Sous-total Prises en charge de prestations de solidarité</i>	<i>3 118</i>	<i>3 079</i>	<i>3 235</i>	<i>3 527</i>	<i>3 777</i>	<i>3 828</i>	<i>3 922</i>	<i>4 016</i>
ANV, remises/annulations/créances sur produits	0	0	0	0	0	0	0	0
FAR et dégrèvements	350	358	370	277	278	289	297	306
Autres charges techniques (frais gestion MV)	42	41	42	42	42	42	42	42
Dotations aux provisions (de Ruyter)	2	0	18					
Charges de gestion courante (gestion administrative)	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
<i>Sous-total charges diverses</i>	<i>395</i>	<i>400</i>	<i>431</i>	<i>320</i>	<i>321</i>	<i>331</i>	<i>340</i>	<i>349</i>
PRODUITS AFFECTES SECTION 1	16 468	16 886	17 533	16 883	17 143	17 649	18 210	18 780
CSG	9 663	10 084	13 055	16 883	17 143	17 649	18 210	18 780
Prélèvement social s/revenus du capital	4 202	4 118	4 396	0	0	0	0	0
Prélèvement solidarité s/revenus du capital	2 509	2 639	3	0	0	0	0	0
Annulation de charge sur exercice antérieur	94	42	75	0	0	0	0	0
Reprises sur provisions		3	4	0				
Produits divers	0	0	0	0	0	0	0	0
SOLDE DE LA SECTION 1	-665	-480	-48	-1 042	-1 221	-849	-496	-171
Déficit cumulé S1 non encore repris par la CADES	-665	-1 145	-1 194	-2 236	-3 457	-4 305	-4 801	-4 972

SECTION 2 (2016) et section distincte MICO	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
CHARGES AUTRES PRESTATIONS	3 612	2 568	1 876	1 136	142	185	176	167
Majoration pour conjoint à charge	36	0	0	0	0	0	0	0
Minimum contributif	3 494	2 514	1 737	967	0	0	0	0
<i>Sous-total Prises en charge autres prestations</i>	<i>3 530</i>	<i>2 514</i>	<i>1 737</i>	<i>967</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
ANV, remises/annulations/créances sur produits	75	53	135	147	120	163	154	145
Frais d'assiette et de recouvrement	7	0	0	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions	0	0	4	22	22	22	22	22
Charges de gestion courante (gestion administrative)	0,1	0,1	0	0	0,0	0,0	0	0
<i>Sous-total charges diverses</i>	<i>82</i>	<i>54</i>	<i>139</i>	<i>169</i>	<i>142</i>	<i>185</i>	<i>176</i>	<i>167</i>
PRODUITS AFFECTES SECTION 2	636	110	173	40	40	40	40	40
Contrib. s/avantages retraite+préretraite	231	-8	-21	0	0	0	0	0
Redevance fréquences (licence UMTS)	30	27	0	0	0	0	0	0
Taxe sur les salaires	338	0	0	0	0	0	0	0
Autres (sommes en déshérence)	17	38	1	0	0	0	0	0
Antériorité des autres recettes hors capital	20	53	193	40	40	40	40	40
SOLDE DE LA SECTION DISTINCTE MICO (ex section 2)	-2 976	-2 458	-1 703	-1 096	-102	-145	-136	-127
Déficit cumulé S2 non encore repris par la CADES	-2 976	-5 434	-7 137	-8 233	-8 335	-8 480	-8 616	-8 743

SOLDE SECTION 1 + 2	-3 641	-2 938	-1 751	-2 138	-1 323	-994	-632	-298
Déficit cumulé non encore repris par la CADES	-3 641	-6 579	-8 331	-10 469	-11 791	-12 785	-13 418	-13 715

- le financement du minimum vieillesse auprès des régimes qui représente une dépense de 3,5 milliards en 2019 et 3,7 milliards d'euros en 2020. Cette hausse est due à la poursuite de l'augmentation de la prestation décidée par la LFSS pour 2018 afin de la porter à 903 euros pour une personne seule en 2020 contre 800 euros environ en 2017.

La section 2 continue de voir ses charges diminuer à la faveur du désengagement du FSV dans le financement partiel du minimum contributif (Mico) décidé par la LFSS pour 2017. Constituant une prestation de solidarité assise sur des droits contributifs, le Mico relève d'une solidarité professionnelle qu'il était plus logique de faire financer par les régimes de retraite. En 2016, le FSV finançait la moitié des dépenses du Mico à hauteur de 3,5 milliards d'euros environ. Cette dépense diminue depuis 2017 et s'éteindra en 2020.

Pour autant, cette dépense qui avait été isolée du reste des charges du FSV en 2016, à la suite de l'arrêt de la CJUE « de Ruyter », ne bénéficiait plus de ressources affectées à son financement.

Ainsi, la section 2 du FSV serait redevable, à la fin de l'année 2019, d'une dette comptable cumulée de 8,2 milliards d'euros sur les 10,5 milliards d'euros de dette du FSV. Or, en l'absence de ressources affectée à la section 2 et même si la section 1 était en mesure de dégager des excédents à compter de 2022, le caractère contributif du Mico interdirait que ces excédents tirés de ressources exclusivement dédiées au financement de la solidarité puissent être consacrés au règlement en trésorerie des arriérés du Mico.

La question du déficit cumulé du FSV se double donc de difficultés juridiques liées à la nature même de certaines dépenses que le Fonds a eu à financer.

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 déplore qu'aucun plan de reprise de la dette du FSV ne soit envisagé.

La perspective de la réforme des retraites invite à poser la question de la pertinence de maintenir un circuit de financement dédié de la solidarité qui n'est actuellement pas suffisant et génère un endettement qui pourra atteindre 13,7 milliards d'euros en 2023.

Cet article est néanmoins procédural.

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