

N° 114

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 novembre 2016

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2017**,*

Par MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE, René-Paul SAVARY,
Mme Caroline CAYEUX, MM. Gérard ROCHE et Gérard DÉRIOT

Sénateurs,
Rapporteurs.

Tome VII :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoine, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouveau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 4072, 4150, 4151 et T.A. 829

Sénat : 106, 108, 114 tomes I à VIII (2016-2017)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015	11
• <i>Article 1^{er} Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015</i>	11
• <i>Article 2 Approbation du rapport figurant en annexe A (tableau patrimonial)</i>	23
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016	27
• <i>Article 3 Ajustement de la dotation de l'assurance maladie et de la contribution du FEH et de l'ANFH au Fmespp au titre de l'exercice 2016 Fixation de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse Contribution de la CNSA au plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap</i>	27
• <i>Article 4 Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016</i>	33
• <i>Article 5 Objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour 2016</i>	37
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017	41
TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	41
CHAPITRE I^{ER} - Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux	41
• <i>Article 6 (art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, art. L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, section 1 du chapitre 1^{er} du livre 1^{er} de la cinquième partie, art. L. 5141-1, L. 5141-3 et L. 5141-4 du code du travail) Plafonnement des revenus éligibles à l'exonération applicable aux BER et à l'ACCRE</i>	41
• <i>Article 6 bis (nouveau) (art. 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 Affiliation au RSI des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion</i>	46
• <i>Article 7 (art. L. 756-2 à L. 756-5 du code de la sécurité sociale) Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer</i>	48
• <i>Article 8 (art. 612-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Réduction de cotisations des travailleurs indépendants à faibles revenus</i>	52
• <i>Article 8 bis (nouveau) (art. L. 731-15, L. 731-16, L. 731-19, L. 731-21 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 136-4 du code de la sécurité sociale et art 33 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015) Clarification de l'assiette sociale des exploitants agricoles ayant opté pour le régime du micro-bénéfice agricole</i>	55
• <i>Article 8 ter (nouveau) (art. L. 136-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Fait générateur des cotisations et contributions sociales, habilitation du Gouvernement à simplifier et à harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale</i>	57
• <i>Article 8 quater (nouveau) (art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture du contrat de travail</i>	59

• Article 8 quinquies (nouveau) (art. L. 241-6 du code de la sécurité sociale) Bénéfice pour les arbitres amateurs d'une exemption d'assiette de cotisations et de contributions sociales	62
• Article 9 (art. L. 133-1-1 à L. 133-1-6 [nouveaux], art. L. 133-5-2 [nouveau], section 2 du chapitre III bis du titre III du livre Ier, art. L. 133-6-9, art. L. 136-5, art. L. 213-1, art. L. 225-1-1, art. L. 611-4, art. L. 611-8, art. L. 611-16, art. L. 611-20, art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 6331-51 du code du travail, art. 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants. Organisation du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants	64
• Article 10 (art. L. 613-1 et art. L. 133-6-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Distinction entre revenus du patrimoine et revenus professionnels. Affiliation des personnes exerçant une activité via les plateformes collaboratives	71
• Article 11 (art. 1010 et 1010 B du code général des impôts) Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de société	77
• Article 11 bis (nouveau) Augmentation des seuils de revenu fiscal de référence ouvrant droit à l'exonération et au taux réduit de contributions sociales sur les revenus de remplacement	83
CHAPITRE II – Mesures relatives au recouvrement	90
• Article 12 (art. L. 133-6-8, L. 133-11 et L. 243-6-6 [nouveaux] du code de la sécurité sociale et L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime) Cadre juridique des relations entre tiers-déclarants et cotisants	90
• Article 13 (art. 242-1-2 et L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-11, L. 724-9 et L. 724-13 du code rural et de la pêche maritime) Assiette forfaitaire en cas de travail dissimulé constaté chez un particulier employeur – Modulation et harmonisation entre régimes des sanctions en cas d'obstacles à contrôle	93
• Article 14 (art. L. 133-1, L. 133-4-2, L. 133-4-9, L. 136-5, L. 242-1-1, L. 242-11, L. 243-2, L. 243-3-1 et L. 651-7 du code de la sécurité sociale) Recouvrement des créances en matière de travail illégal et adaptation des sanctions en matière de fraude	96
• Article 14 bis (nouveau) (art. 122 de la loi n° 2005-1720 de finances rectificative pour 2005) Prolongation et extension du plan d'apurement de la dette agricole en Corse	100
• Article 14 ter (nouveau) (art. 31 de la loi n°2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises) Validité des actuelles autorisations de prélèvements données aux Urssaf pour le passage à la norme SEPA	103
• Article 15 (art. L. 114-15-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Sanction administrative du défaut de production du formulaire attestant de la législation de sécurité sociale applicable	104
CHAPITRE III – Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie	109
• Article 16 (art. 137-27 à L. 137-29 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac	109
• Article 17 (art. 575 A du code général des impôts) Hausse du droit de consommation applicable aux tabacs à rouler	111
• Article 18 (art. L. 138-10 à L. 138-16, L. 138-19-1 à L. 138-19-4 et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale) Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)	115
• Article 19 Participation des organismes complémentaires au financement de la rémunération des médecins	121
• Article 19 bis (nouveau) (art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale) Clauses de désignation	123
• Article 19 ter (nouveau) (art. L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, art. 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015) Chèque-santé	125

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	129
• Article 20 (art. L. 131-8, L. 135-2, L. 135-3, L. 136-8, L. 223-1, L. 241-2, L. 241-3, L. 245-16, L.413-6, L. 413-10, L. 413-11-2, L. 437-1, L. 635-1, L. 651-2-1, L. 862-4 et L. 134-15 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2, L. 731-3, L. 732-58, L. 753-1, L. 753-2, section 2 et 3 du chapitre III du titre V du livre VIII, L. 753-4, L. 753-5, L. 753-6, L. 753-7, L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 14-10-1 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 1609 viciés, art. 1618 et art. 1622 du code général des impôts, art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, art. 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.) Prise en charge par l'État des mesures d'exonérations précédemment compensées à la sécurité sociale, réaffectation de recettes, suppression du FCAT et du FCATA, transferts de charges et sécurisation du versement des retraites complémentaires des artisans du BTP	129
• Article 21 Approbation du montant des exonérations compensées	139
• Article 22 Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2017	142
• Article 23 Tableau d'équilibre du régime général pour 2017.....	144
• Article 24 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.....	147
• Article 25 Habilitation des organismes et régimes à recourir à des ressources non permanentes et plafonds de trésorerie pour 2017	153
• Article 26 Approbation du rapport de l'annexe B (trajectoire 2017 à 2020).....	156
QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017.....	162
TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE.....	162
• Article 27 (art. L. 523-1, L. 581-2, L. 581-6, L. 581-10, L. 582-1 et L. 582-2 [nouveaux], L. 583-3, L. 583-5 [nouveau], et L. 755-3 du code de la sécurité sociale, art. 373-2-2 du code civil et art. 1 ^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires) Recouvrement des créances de pensions alimentaires	162
• Article 28 (art. L. 133-5-8, L. 133-5-12 [nouveau], L. 133-8-3, L. 531-5, L. 531-8 et L. 531-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 1271-1 du code du travail) Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur et réforme du circuit de versement du complément de libre choix du mode de garde	173
• Article 29 Objectifs de dépenses de la branche famille	183
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE	185
• Article 30 (art. L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale) Ouverture du droit à la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples	185
• Article 30 bis (nouveau) (art. L. 351-1-3 du code de la sécurité sociale) Retraite anticipée des travailleurs handicapés.....	188
• Article 30 ter (nouveau) Rapport sur l'élargissement de la retraite progressive aux salariés en forfait jours.....	191
• Article 31 Validation d'une délibération du Conseil d'administration de la CNRACL	192

• Article 32 (art. L. 723-11, L. 742-6 du code de la sécurité sociale et art. 43 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques	
Adaptation du dispositif de l'assurance volontaire vieillesse des avocats	195
• Article 32 bis (nouveau) (art. L. 351-4 du code de la sécurité sociale) Bénéfice, pour un tiers désigné par le conseil de famille pour élever un enfant, de la majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation	197
• Article 33 (art. L. 442-6 du code des assurances ; art. L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; art. L. 6133-6 du code de la santé publique ; art. L. 111-11, L. 131-6, L. 131-6-3, L. 133-6-6, L. 133-6-8, L. 134-3, L. 135-6, L. 136-5, L. 153-9, L. 161-22, L. 173-3, L. 611-1, L. 611-2, L. 611-5, L. 611-12, L. 612-7, L. 613-1, L. 613-2, L. 613-4, L. 613-9, L. 613-20, L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4, L. 622-7, L. 622-5, L. 622-8, L. 622-9, L. 623-2, L. 633-10, L. 634-1, L. 634-2, L. 634-2-1, L. 634-2-2, L. 634-3-1, L. 634-3-2, L. 634-3-3, L. 634-5, L. 634-6, L. 635-1, L. 635-3, L. 635-4, L. 635-5, L. 637-1, L. 640-1 [nouveau], L. 642-2-1, L. 652-6, L. 722-1, L. 722-1-1, L. 722-9, L. 742-6, L. 742-7, L. 766-2 et L. 961-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6331-48 et L. 6332-11 du code du travail ; art. 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites Fusion des régimes de retraite des professions artisanales avec celui des professions industrielles et commerciales et des professions libérales non réglementées	199
• Article 33 bis (nouveau) (art. L. 635-5 du code de la sécurité sociale) Bénéfice pour les travailleurs indépendants d'une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de la retraite	212
• Article 34 (art. 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue) Prise en compte des bonifications attribuées pour campagne double au titre des combats en Afrique du Nord	214
• Article 34 bis (nouveau) (art. L. 341-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Bénéfice pour les salariés sans activité professionnelle d'une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de la retraite	217
• Article 34 ter (nouveau) (art. 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites) Report de l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)	219
• Article 34 quater (nouveau) Dématérialisation des certificats d'existence	220
• Article 35 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse	221
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	224
• Article 36 Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata, à la branche maladie du régime général et à la branche retraite du régime général	224
• Article 37 Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017	227
TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	229
CHAPITRE I^{ER} - Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique	229
• Article 38 (articles L. 169-2-1 [nouveau], L. 169-3 à L. 169-5, L. 169-8, L. 169-10 et L. 169-11 du code de la sécurité sociale ; art. L. 3131-9-1 [nouveau] du code de la santé publique ; art. 21-6, 21-7, 21-9 et 21-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales) Prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme	229
• Article 38 bis (nouveau) (art. L. 861-2 du code de la sécurité sociale) Modalités de prise en compte du patrimoine des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	236

• Article 39 (art. L. 160-17, L. 160-18 [nouveau], L. 161-15-2, L. 172-1 A, L. 172-1, L. 172-2 et L. 172-3 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle	237
• Article 39 bis (nouveau) Extension au régime agricole de diverses mesures en matière d'assurance maladie et d'AT-MP et généralisation du dispositif de majoration de pension pour les non-salariés agricoles	239
• Article 39 ter (nouveau) (art. L. 111-2, L. 115-6, L. 134-4, L. 160-1, L. 160-5, L. 160-10, L. 161-15-4, L. 161-16-1, L. 161-36-5 [nouveau], L. 325-1, L. 376-1 et L. 381-8 du code de la sécurité sociale) Protection universelle maladie	243
• Article 39 quater (nouveau) (art. L. 161-8 du code de la sécurité sociale) Pension d'invalidité des indépendants	244
• Article 39 quinquies (nouveau) Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional, de la vaccination antigrippale par les pharmaciens	245
• Article 39 sexies (nouveau) Expérimentation de la détention de vaccins contre la grippe saisonnière par les médecins généralistes	247
• Article 40 Expérimentation d'une prise en charge de consultations pour des jeunes en souffrance psychique âgés de 11 à 21 ans	248
• Article 41 (art. L. 3411-9 du code de la santé publique) Délivrance par les CAARUD de produits de santé correspondant à leurs missions	252
• Article 42 (art. L. 1114-5 et L. 1114-6 du code de la santé publique, art. L. 131-8, L. 221-1 et L. 221-1-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Création d'un fonds national pour la démocratie en santé	255
CHAPITRE II - Promouvoir les parcours de santé	257
• Article 43 (art. L. 625 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique) Création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au CAS	257
• Article 43 bis (nouveau) (art. L. 1435-4-5 [nouveau] du code de la santé publique) Contrat de praticien territorial médical de remplacement	259
• Article 43 ter (nouveau) (art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale) Évolution des critères de la ROSP	261
• Article 43 quater (nouveau) (art. L. 2123-6 [nouveau] du code de la santé publique) Procédure arbitrale applicable en cas d'échec des négociations conventionnelles avec les dentistes	262
• Article 43 quinquies (nouveau) (art. L. 162-14-2 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale) Aménagements de la procédure conventionnelle applicable aux pharmaciens d'officine	264
• Article 43 sexies (nouveau) Inclusion des mécanismes de modération tarifaire dans les contrats responsables	266
• Article 43 septies (nouveau) Rapport sur l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux	267
• Article 44 (art. 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 ; art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 133-4, L. 162-22-6-1 [nouveau], L. 162-22-7, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3 [nouveau], L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-15, L. 162-25, L. 162-27, L. 162-30-4 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6312-1 du code de la santé publique ; art. L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales) Adaptation du financement des établissements de santé au développement de certaines activités	268
• Article 44 bis (nouveau) (art. L. 162-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Financement des transports inter-établissements	276

• Article 44 ter (nouveau) (art. L. 162-30-5 nouveau du code de la sécurité sociale) Cadre juridique et financier des greffes innovantes	276
• Article 45 (art. L. 162-22-8-2, L. 162-23-4, L. 162-23-15 [nouveau], L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6111-3-1 du code de la santé publique ; art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016) Financement des activités de soins de suite et de réadaptation	278
• Article 45 bis (nouveau) Rapport sur le financement des soins à domicile	280
• Article 45 ter (nouveau) (art. L. 162-1-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Rémunération des médecins thermaux	281
• Article 45 quater (nouveau) (art. 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) Possibilité de dérogation à la limite d'âge des médecins et infirmiers hospitaliers	282
• Article 45 quinquies (nouveau) Rapport sur le « packing »	283
• Article 45 sexies (nouveau) Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées	285
• Article 46 (art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-1, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 315-12 et L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles, art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement) Précisions relatives à la généralisation des Cpom dans le secteur médico-social	286
• Article 46 bis (nouveau) Rapport sur la mise en place d'un fonds de prévention des départs non choisis en Belgique	296
• Article 47 (art. 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013) Prorogation et élargissement du périmètre de l'expérimentation relative au financement de la télémédecine	298
• Article 47 bis (nouveau) Recueil de données issues d'un dispositif médical	299
• Article 48 (art. 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013) Prorogation de l'expérimentation Paerpa	301
• Article 48 bis (nouveau) Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional (Fir), des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques	305
CHAPITRE III - Garantir la pertinence des prises en charge	307
• Article 49 (art. L. 133-4, L. 162-22-7-3 [nouveau], L. 174-2-1, L. 174-15, L. 221-1, L. 221-1-1, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique	307
• Article 50 (art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la sécurité sociale) Substituabilité des biosimilaires	309
• Article 51 (art. L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3 [nouveau], L. 162-18 du code de la sécurité sociale et L. 5121-12 du code de la santé publique) Évolution du régime des ATU	311
• Article 52 Adaptation du droit applicable au CEPS	314
• Article additionnel après l'article 52 Évaluation de la valeur thérapeutique relative du médicament	318
• Article 52 bis (nouveau) Rémunération des actes de radiologie	319
• Article 53 Dotations 2017 de l'assurance maladie, du FEH, de l'ANFH et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes	322
• Article 54 Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2017	328
• Article 55 Ondam 2017	329

TITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	335
• <i>Article additionnel avant l'article 56</i> Rapport sur l'évaluation des taux de réfaction contenus dans les règles de calcul des prises en charges des cotisations au titre des périodes assimilées par le Fonds de solidarité vieillesse	335
• <i>Article 56</i> Prévisions de charge du FSV pour 2017	338
TITRE VI - DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES	340
CHAPITRE I - Gestion	340
• <i>Article 57 (art. L. 815-7 et L. 815-8 du code de la sécurité sociale)</i> Transfert de la gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	340
• <i>Article additionnel après l'article 57 (art. L. 122-6 et L. 122-7 du code de la sécurité sociale)</i> Gouvernance des systèmes d'information des organismes chargés du recouvrement et sécurisation des opérations de mutualisation entre organismes de sécurité sociale	344
• <i>Article 57 bis (nouveau) (art. L. 114-9, L. 114-10, L. 114-10-1, L. 114-10-2, L. 114-12, L. 114-12-1 et L. 114-22 du code de la sécurité sociale, art. L. 152 du livre des procédures fiscales)</i> Amélioration des formalités déclaratives pour l'éligibilité aux prestations versées par les organismes de sécurité sociale	346
• <i>Article 58 (art. L. 114-19, L. 161-1-5, L. 376-4 et L. 454-2 du code de la sécurité sociale)</i> Amélioration du recouvrement des prestations récupérables sur succession et extension de la sanction aux tiers responsables en cas de règlement amiable sans information de la caisse de l'assuré	347
CHAPITRE II - Fraude aux prestations	351
• <i>Article 59 (art. L. 114-12-1 et L. 114-16 du code de la sécurité sociale)</i> Extension du périmètre des échanges d'informations entre organismes chargés du versement de prestations sociales	351
• <i>Article 60 (art. L. 114-16, L. 323-6 et L. 323-6-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)</i> Information de l'assurance maladie et prévention des indus d'indemnités journalières	355
EXAMEN EN COMMISSION	359

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2015, 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. **Pour la première fois, les tableaux relatifs aux régimes obligatoires de base et au régime général comportent une ligne relative aux recettes, aux dépenses et au solde de l'ensemble des branches et du FSV, ce qui permet de faire apparaître d'emblée le solde de la sécurité sociale mais aussi les recettes et les dépenses hors transferts.** Cette ligne correspond à une recommandation répétée de la Cour des comptes et à une des préconisations du rapport de nos collègues Gérard Roche et Catherine Génisson sur le Fonds de solidarité vieillesse.

Cet article établit également les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), les recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites (FRR), celles mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Sont soumis à l'approbation du Parlement :

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

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

L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2015

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

Sur la base des vérifications effectuées et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués, la Cour, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article 1^{er} du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 fournissent une représentation cohérente des produits (recettes), des charges (dépenses) et du résultat (solde) qui en découle, en exprimant les deux observations suivantes :

« 1. 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 ;

« 2. Si les états financiers de la totalité des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre sont certifiés, avec ou sans réserve(s), les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner leur qualité perfectible, en raison notamment de la persistance **d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables.** »

Ces deux observations de la Cour sont récurrentes depuis plusieurs années. Pour l'année 2015, deux observations de la Cour sont levées, qui portaient sur la présentation distincte du solde du FSV et sur la formation des soldes.

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

Les dépenses du régime général représentent près des trois quarts de celles de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. La différence de champ tient principalement à la branche vieillesse, dont les autres régimes de base couvrent près de la moitié des dépenses mais bénéficient pour la plupart de mécanismes d'équilibrage financier de la part du régime général. Pour les autres risques, les régimes de base hors régime général représentent près de 15 % des dépenses en matière d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles. Les dépenses de la branche famille sont intégralement retracées dans les comptes du régime général.

Soldes 2015 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde
Maladie	- 5,8
Vieillesse	0,2
Famille	- 1,5
AT-MP	0,8
Total	6,3
FSV	- 3,9
Total avec FSV	- 10,2

Source : PLFSS 2017

Le déficit global s'est réduit de 2,6 milliards d'euros entre 2014 et 2015, passant de 12,8 milliards d'euros à 10,2 milliards d'euros, l'équivalent de 0,5 % du PIB. Sur le seul champ des régimes de base, le déficit a atteint 6,3 milliards d'euros, en diminution de 3 milliards d'euros par rapport à 2014.

La progression des charges, 475,1 milliards d'euros en 2015, s'est avérée plus faible pour l'ensemble des régimes obligatoires de base que sur le seul champ du régime général et du FSV (+ 0,5 % contre + 1 % sur le champ du régime général et du FSV). C'est particulièrement le cas pour les prestations vieillesse qui ont augmenté de 1,7% sur le champ des régimes de base contre + 2,2 % pour la Cnav. La population des retraités des autres régimes de base croît moins rapidement que celle du régime général.

Les recettes, 464,9 milliards d'euros en 2015, ont été nettement plus dynamiques que les charges (+ 1,1 %). Les cotisations sociales ont progressé de 0,9 %, soit un rythme supérieur à celui constaté sur le seul champ du régime général (+ 0,6 %). Des hausses de taux de cotisations spécifiques ont été mises en œuvre dans certains régimes de retraite, en sus de celles prévues pour le régime général.

Les produits de CSG ont progressé au même rythme sur le champ de l'ensemble des régimes de base et du FSV que sur le champ du régime général et du FSV (+ 2,1 %).

Enfin, les autres contributions sociales et les recettes fiscales ont diminué en raison de l'abattement de CSSS et de la baisse de la fraction de TVA nette affectée à la sécurité sociale.

Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour les années 2013 à 2015

<i>(en milliards d'euros)</i>	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Maladie	- 6,9	-6,5	-5,8
Vieillesse	- 3,6	- 0,7	0,2
Famille	- 3,3	- 2,7	-1,5
AT-MP	0,7	0,7	0,8
Total	- 13,1	- 9,3	- 6,3

Source : LFSS 2015 et 2016

La situation de l'ensemble des branches s'est améliorée en 2015. Deux des quatre branches restent déficitaires :

- la branche maladie enregistre un solde négatif de 5,8 milliards d'euros en 2015 soit une amélioration de 700 millions d'euros ;

- le solde négatif de la branche famille, à 1,5 milliard d'euros, s'est amélioré de 1,2 milliard d'euros ;

- la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre en revanche, pour la troisième année consécutive, un solde positif de 800 millions d'euros en 2015.

- La branche vieillesse repasse en positif avec un excédent de 200 millions d'euros, soit une amélioration de 500 millions d'euros par rapport à 2014.

La loi de financement pour 2015 prévoyait un déficit de 13,2 milliards d'euros en 2015. Le déficit 2015 a bénéficié d'un effet base, le déficit 2014 ayant été substantiellement inférieur aux prévisions. Le déficit pour 2015 s'est avéré inférieur de 3 milliards d'euros à celui prévu par la LFSS pour 2015.

La première source d'écart tient aux dépenses de prestations sociales, déjà constatée dans les comptes 2014, et à l'abaissement du taux de progression de l'Ondam en partie rectificative de la LFSS pour 2016. La progression des prestations familiales et de retraite a été fortement ralentie en l'absence d'inflation. La sous-exécution des dépenses de gestion courante en 2014 s'est amplifiée en 2015.

Comparaison du solde effectif 2015 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2015

<i>(en milliards d'euros)</i>	LFSS 2015 Solde prévisionnel 2015	LFSS 2016 Solde prévisionnel 2015	PLFSS 2017 Solde effectif 2015	Écart LFSS/solde effectif
Maladie	- 7	- 7,5	- 5,8	1,2
Vieillesse	- 1,3	- 0,2	0,2	1,5
Famille	- 2,3	- 1,6	- 1,5	0,8
AT-MP	0,3	0,6	0,8	0,5
Total	- 10,3	- 8,6	- 6,3	4

Source : LFSS 2015 et 2016 et PLFSS 2017

Au total, le résultat des régimes obligatoires de base est bien meilleur que prévu en loi de financement initiale. La principale surprise est venue de la branche maladie, pour laquelle la loi de financement pour 2016 avait anticipé une nouvelle dégradation.

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2015, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 10,8 milliards d'euros en 2015, en réduction de 2,4 milliards d'euros par rapport à 2014. Sur le seul champ du régime général, le déficit s'est réduit de 2,8 milliards d'euros, atteignant 6,8 milliards d'euros.

Soldes 2015 du régime général et du fonds de solidarité vieillesse

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde
Maladie	- 5,8
Vieillesse	- 0,3
Famille	- 1,5
AT-MP	0,7
Total	- 6,8
FSV	- 3,9
Total avec FSV	- 10,8

Source : PLFSS 2017

Les dépenses du régime général et du FSV, 349,2 milliards d'euros, ont progressé de 1 % en 2015 (après + 2,3 % en 2014). Les produits ont enregistré une progression plus importante (+ 1,8 %), permettant ainsi de diminuer le déficit global.

Le ralentissement des dépenses résulte en premier lieu d'une faible progression des prestations sociales (+ 1,9 % après + 2,5 % en 2014), imputable au transfert de certaines charges à l'État, aux faibles revalorisations, et aux effets des réformes ayant affecté, en particulier, la branche famille.

Enfin, les dépenses de gestion courante des caisses du régime général ont diminué de 2,1 % en 2015.

La croissance des produits du régime général et du FSV en 2015 (+ 1,8 %) a été portée tout d'abord par la forte croissance des revenus du capital et ensuite par les cotisations sociales et les produits de CSG assis sur les revenus d'activité et de remplacement.

Les produits de cotisations sociales dans leur ensemble ont progressé de 0,6 %. Ceux assis sur les revenus des salariés, qui représentent plus de la moitié des recettes du régime général et du FSV, n'ont progressé que de 0,9 %.

Les produits de CSG ont en revanche connu une progression plus soutenue en 2015 (+ 2,1 %). Cette hausse masque toutefois des disparités entre la CSG assise sur les revenus d'activité et la CSG assise sur les revenus de remplacement qui a progressé fortement en 2015 (+ 4 % après + 4,3 %).

**Soldes des différentes branches du régime général
pour les années 2013 à 2015**

<i>(en milliards d'euros)</i>	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Maladie	- 6,8	- 6,5	- 5,8
Vieillesse	- 3,1	- 1,2	- 0,3
Famille	- 3,2	- 2,7	- 1,5
AT-MP	0,6	0,7	0,7
Total	- 12,5	- 9,7	- 6,8

Source : LFSS et PLFSS 2017

Le solde 2015 présente une amélioration de 2,9 milliards d'euros par rapport à 2016, un niveau comparable à l'amélioration constatée l'année précédente (2,8 milliards d'euros).

**Comparaison du solde effectif 2015 avec le solde prévisionnel
de l'ensemble des branches du régime général pour 2015**

<i>(en milliards d'euros)</i>	LFSS 2015	LFSS 2016	PLFSS 2017	Ecart LFSS/solde effectif
Maladie	- 6,9	- 7,5	5,8	1,1
Vieillesse	- 1,5	- 0,6	- 0,3	1,2
Famille	- 2,3	- 1,6	- 1,5	0,8
AT-MP	0,2	0,6	0,7	0,5
Total	- 10,5	- 9	- 6,8	3,7

Source : LFSS et PLFSS 2017

Par rapport aux prévisions de la loi de financement initiale, le solde s'améliore de 3,7 milliards d'euros.

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2015 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**

<i>(en milliards d'euros)</i>	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
FSV	- 4,1	- 2,9	- 3,5	- 3,9

Source : LFSS et PLFSS 2017

La loi de financement pour 2015 avait prévu pour le FSV un solde de - 2,9 milliards d'euros en 2014.

Le déficit constaté, - 3,9 milliards d'euros, traduit une dégradation d'un milliard d'euros. Celle-ci est entièrement imputable à une progression des dépenses, 20,5 milliards d'euros, supérieure à celle prévue en loi de financement (19,6 milliards d'euros) et à celle rectifiée en loi de financement pour 2016 (20,3 milliards d'euros).

L'annexe 4 du présent projet de loi présente, depuis le PLFSS 2016, les charges et produits nets de l'ensemble consolidé des régimes obligatoires de base et du FSV.

**Charges et produits nets
de l'ensemble consolidé ROBSS+FSV en 2015**
(en milliards d'euros)

Dépenses	475,1
Recettes	464,9
Solde	- 10,2

Source : annexe 4 PLFSS

• L'approbation des dépenses constatées en 2015 relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Pour 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base était fixé par la loi de financement initiale à **182,3 milliards d'euros**. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2014 (178,3 milliards d'euros), une enveloppe supplémentaire de 3,9 milliards d'euros pour les dépenses d'assurance maladie en 2015 et une progression de 2,1 %. Ce calibrage intégrait la première étape du plan d'économies de 10 milliards d'euros pour les dépenses sous Ondam sur la période 2015-2017.

Ce taux de progression a été révisé, à la suite du programme de stabilité, à 2 %, par la loi de financement pour 2016 qui a corrigé l'Ondam de 425 millions d'euros, à **181,9 milliards d'euros**.

La construction de l'Ondam 2015 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 3,8 %, à laquelle devaient s'appliquer 3,2 milliards d'économies portant principalement sur les soins de ville.

Avec des **dépenses constatées de 181,8 milliards d'euros**, l'objectif voté par le Parlement est respecté pour la sixième année consécutive, tant en volume, avec une **sous-exécution de 100 millions d'euros**, qu'en taux d'évolution (+ 2,04 % par rapport à 2014).

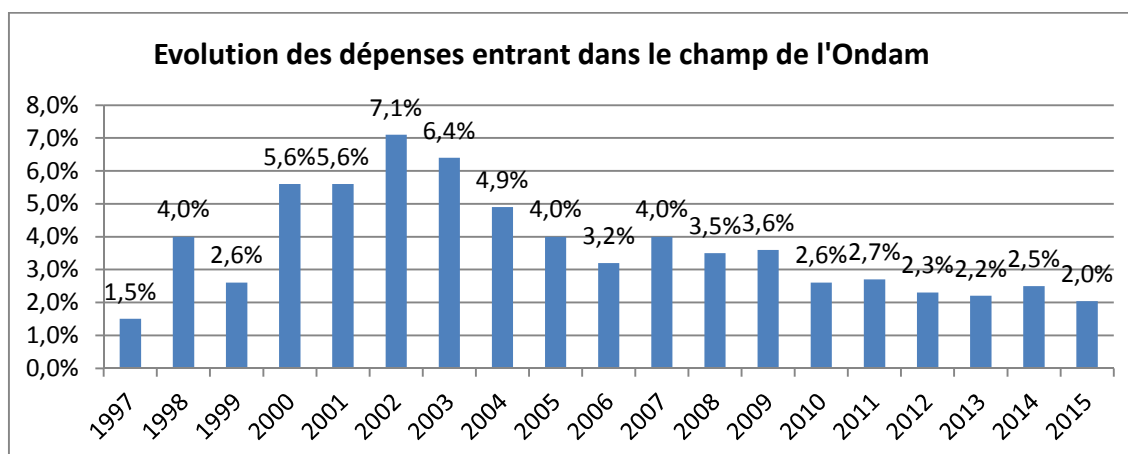
Comme en 2014, **le respect de l'Ondam s'accompagne cependant d'une croissance des dépenses d'assurance maladie nettement supérieure à celle de la richesse nationale**, dont il représente 8,34 %.

Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2010 et 2015

(en milliards d'euros)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ondam voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9
Ondam exécuté	161,8	166,3	170,1	173,7	177,9	181,8
Augmentation des dépenses	+ 3,6	+ 4,5	+ 3,8	+ 3,7	+ 4,2	+ 3,9

Source : LFSS 2015 et 2017

Le taux d'évolution 2015 est l'un des plus rigoureux depuis la création de cet instrument.



L'exécution de l'Ondam 2015 est assez comparable au scénario constaté en 2014 : malgré un dérapage des dépenses de soins de ville, l'Ondam est respecté, grâce à une sous-exécution sur les autres sous-secteurs due aux mesures de régulation.

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

Sous objectifs (en millions d'euros)	Dépenses constatées 2014	Ondam 2015 LFSS 2015	Exécution 2015 (provisoire en milliards d'euros)	Variation/2014
Dépenses de soins de ville	80 861	82 952	83 133	2,5%
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	74 793	76 795	76 378	1,8%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé				
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8 515	8 715	8 651	1,5%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées	8 975	9 182	9 050	0,8%
Autres prises en charge	1 697	1 600	1 579	2,7%
Fonds d'intervention régional	3 047	3 072	3 018	0,9%
Total	177 887	182 315	181 808	2,04%

En début d'exercice, 547 millions d'euros ont été mis en réserve, en application du taux de 0,3 %. Par rapport à 2014, le périmètre des mises en réserve s'est étendu aux établissements médicaux sociaux et aux autres prises en charge. 250 millions d'euros de mises en réserve supplémentaires ont été décidées en septembre 2016, portant le total des mises en réserve à 797 millions d'euros et 425 millions d'euros ont été annulés. En fin d'année, 313 millions d'euros des mises en réserve restantes sont restées gelées, soit un total annuel de **653 millions d'euros**. L'effet de ces mises en réserve sur les résultats des établissements de santé est difficile à apprécier. Pour l'Ondam médico-social, elles se sont traduites par un prélèvement supplémentaire sur les réserves de la CNSA de 48 millions d'euros, qui s'est ajouté au prélèvement initial de 110 millions d'euros prévu lors de la construction de l'objectif global de dépenses (OGD).

Ainsi que le signale la Cour des comptes, ces mesures de régulation se sont accompagnées, d'une manière plus contestable, d'une révision à la baisse de 100 millions d'euros des dépenses couvertes par les **provisions comptabilisées** par les régimes d'assurance maladie lors de la clôture de leurs comptes 2015. Le montant définitif des dépenses comprises dans le périmètre de l'Ondam n'étant constaté qu'en N+2, à la suite du dénouement des provisions comptabilisées au titre de l'année N, elles pourraient se traduire, comme le souligne la Cour « *par une absence de respect de l'Ondam* ».

- **L'approbation des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites**

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

Le fonds a pour objet :

- de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Sur ce fondement, à compter du 1^{er} janvier 2011 et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année 2,1 milliards d'euros à la Cades. A la fin de l'année 2015, il avait ainsi versé 10,5 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 2015, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 4,5 milliards d'euros, était de 36,3 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 1,6 milliard d'euros et le résultat net de 1,5 milliard d'euros, avec une performance globale de 4,1 % en moyenne annuelle.

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

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

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

La loi de financement pour 2015 a par conséquent mis fin aux mises en réserve, les seules ressources allouées à cette section spécifique du FSV étant, à partir de 2014, les produits financiers réalisés sur le montant de la réserve. L'article 20 du présent projet de loi propose le transfert de ces réserves à l'assurance-maladie.

• **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 2015, soit 13,5 milliards d’euros. Ce montant est supérieur à l’objectif d’amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (13,5 milliards d’euros). Il est légèrement inférieur à l’objectif révisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (13,6 milliards d’euros)

L’amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées (soit le produit de la CRDS, de 0,48 point de CSG, de 1,3 point de prélèvement social sur les revenus du capital et du versement annuel effectué par le FRR à la Cades) et le montant de ses frais financiers nets.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 16,4 milliards d’euros pour l’année 2015.

Nature des ressources	Montant <i>(en milliards d’euros)</i>
CRDS	6,8
CSG	6,1
Prélèvement social sur les revenus du capital	1,5
Versement du FRR	2,1

Source : CCSS

En application de la loi organique pour 2011, qui a organisé le transfert à la Cades, à partir de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la Cnav et du FSV, dans la limite de 10 milliards d’euros par an et de 62 milliards d’euros au total, un transfert de 10 milliards d’euros a été opéré, correspondant aux déficits 2014 de la branche vieillesse (1,6 milliards d’euros) et du FSV (3,7 milliards d’euros), au reliquat du déficit de la Cnam en 2012 (1,9 milliards d’euros) au déficit de la Cnaf pour 2012 (2,5 milliards d’euros) ainsi qu’à une partie du déficit de la Cnam pour 2013 (0,3 milliards d’euros).

Le montant total des dettes reprises par la Cades au 31 décembre 2014 s’élevait à 236,8 milliards d’euros.

La dette amortie s’élevait à 110,2 milliards d’euros et la dette restant à amortir à 126,7 milliards d’euros.

II - Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

L’Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article retrace les résultats de la gestion 2015 que votre commission ne peut que constater sans pour autant l'approuver.

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

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A (tableau patrimonial)

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement retraçant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2015, 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 2015 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

- La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015

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 2015, le résultat d'ensemble de la sécurité sociale s'améliore. *Le tableau patrimonial présente un résultat net d'ensemble positif de 4,7 milliards d'euros, en amélioration de 3,3 milliards d'euros par rapport à 2014, après une amélioration de 3,1 milliards entre 2013 et 2014.* Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (15 milliards d'euros) qui compense, bien que ces deux organismes s'inscrivent dans une temporalité différente, les résultats déficitaires des régimes de base et du FSV. L'amélioration de ce solde traduit la réduction des déficits, les résultats de la Cades et du FRR étant relativement stables, voire en léger recul. Hors Cades et FSV, le solde des régimes de base et du FSV est de - 10,3 milliards d'euros.

Le report à nouveau, qui reflète les déficits des années passées se creuse de 1,9 milliards d'euros pour s'établir à - 158,8 milliards d'euros, principalement sous l'effet du report à nouveau du régime général (- 14,2 milliards d'euros) qui continue à porter les déficits 2014 des branches maladie et famille en l'absence de transfert de ces déficits à la Cades. Le report à nouveau de la Cades se réduit à - 140,3 milliards d'euros, la reprise des déficits 2015 ayant été moins élevée que son résultat de l'année 2014.

A fin 2015, le passif net ou « dette » de la sécurité sociale représentait 109,5 milliards d'euros, **en très légère diminution par rapport à 2014.**

Le financement de ce passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net, différence entre le passif et l'actif financier, s'élevant à 120,8 milliards d'euros au 31 décembre 2015, en légère diminution par rapport à 2014. Sur ce total, l'endettement financier du régime général s'élevait à 35,5 milliards d'euros, dont 31,2 milliards portés par l'Acoss, au 31 décembre 2015.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (32,8 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 2015**

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 2017 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015, en exprimant les deux observations suivantes :

1. Les actifs et passifs respectifs des régimes de base du régime social des indépendants intégrés au tableau patrimonial demeurent imparfaitement distingués de ceux des régimes complémentaires de retraite et d'invalidité-décès qui n'en relèvent pas ;

2. les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2015, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables.

• La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2015

L'Annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2015. En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille ont vocation à être transférés à la Cades dans la limite et sous le plafond prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, après transfert, en priorité, du déficit de la branche vieillesse et du FSV.

<i>(en milliards d'euros)</i>	Solde	Modalités de couverture
Maladie	- 5,8	Transfert partiel à la Cades (1,1 milliard)
Famille	- 1,5	Acoss
Vieillesse + FSV	- 4,2 (0,3+3,9)	Transfert à la Cades
AT-MP	+ 0,7	Contribution à la réduction des déficits cumulés de la branche (de 1 à 0,2 milliard d'euros)

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article retrace les conséquences du dernier exercice clos sur le bilan des comptes sociaux. Votre commission en prend acte.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

Article 3

Ajustement de la dotation de l'assurance maladie et de la contribution du FEH et de l'ANFH au Fmespp au titre de l'exercice 2016
Fixation de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse
Contribution de la CNSA au plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap

Objet : Cet article vise à réduire le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fmespp et à abonder ce fonds par un prélèvement sur les réserves du FEH et de l'ANFH ; à fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse pour le financement des départs en retraite anticipés ; à prévoir une contribution financière de la CNSA pour le financement du plan national d'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie.

I - Le dispositif proposé

A. Un ajustement des différents concours financiers destinés à l'abondement du Fmespp

• **Une réduction de 245 millions d'euros de la dotation de l'assurance maladie au Fmespp**

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) finance des actions d'investissement visant à améliorer la performance hospitalière au plan national. Ses ressources proviennent d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie et sont fixées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Au titre de l'exercice 2016, cette dotation avait initialement été fixée à 307 millions d'euros par l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale. Le **2° du paragraphe I** du présent article vise à **réduire cette dotation de 245 millions d'euros pour la porter à 62 millions d'euros**.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, **cette diminution drastique vise à prendre en compte trois éléments :**

- **une minoration de la dotation de l'Ondam au Fmespp**, rendue nécessaire par les contraintes pesant sur l'exécution de cet objectif de dépenses, à hauteur de **20 millions d'euros** ;

- **la prise en compte des crédits déçus au titre de l'année 2016, à hauteur de 25 millions d'euros**. En raison de la sous-consommation récurrente des crédits du fonds, **une double procédure de déchéance des crédits non consommés a en effet été instaurée par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010** : tandis que les ARS peuvent **engager** les crédits qui leur sont délégués pendant **un an après leur notification**, les **établissements bénéficiaires** doivent demander le paiement de la subvention qui leur est allouée **dans un délai de trois ans** à compter du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'article 88 de la loi de financement pour 2011 a prévu que les sommes ainsi prescrites sont déduites de la dotation du Fmespp pour l'année en cours ;

- le remplacement d'une partie de la participation de l'assurance maladie au financement du Fmespp par **l'allocation à ce fonds d'une fraction des réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)**, à hauteur de 200 millions. Ce point est détaillé ci-dessous.

• **Une augmentation de 50 millions d'euros du prélèvement opéré sur les réserves du FEH au profit du Fmespp**

- Créé par la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994, le FEH a pour mission d'accompagner les restructurations hospitalières. À ce titre, il participe au financement des surcoûts supportés par les établissements de santé au titre de diverses mesures accordées à leurs personnels, pour lesquelles il permet une mutualisation entre les établissements concernés : cessation progressive d'activité (CPA), temps partiel, certaines formations et aides à la mobilité, compte épargne temps (CET).

Géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC), le fonds est financé par une contribution employeur des établissements de santé, fixée par le décret n° 2002-160 du 7 février 2002 à hauteur de 1 % des salaires et traitements qu'ils versent.

Votre rapporteur rappelle qu'un prélèvement important avait déjà été opéré sur les réserves du FEH dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, à hauteur de 200 millions d'euros (soit 81 % des réserves constatées en 2012) et au profit de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

- Ces décisions successives s'expliquent par **le fait que le FEH dispose d'un niveau de réserves très important, qui apparaît incompatible avec la situation financière de l'assurance maladie**. Selon les informations transmises à votre rapporteur, les réserves du FEH atteindraient **166 millions d'euros** à la fin de l'exercice 2016, tout comme en 2015.

Évolution des réserves du FEH au cours des dernières années

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (p)
Réserves en fin d'exercice (en M€)	159,8	197,6	233,4	68,4	112,7	165,9	187

Source : Informations transmises par la DGOS, rapport annuel du Fmespp et données figurant dans l'étude d'impact

Cette situation comptable résulte à la fois de la diminution des dépenses du FEH et du maintien d'un niveau de recettes élevé, initialement destiné au financement d'une dépense aujourd'hui supprimée.

La loi de financement pour 1999 avait en effet mis en place un prélèvement sur le FEH au profit du fonds de compensation du congé de fin d'activité (FCCFA). Face à la hausse des prestations servies par ce fonds, ce prélèvement avait été accompagné de plusieurs revalorisations successives, par voie réglementaire (en 1999, 2000 puis 2002), de la cotisation employeur destinée à l'abondement du FEH. Lorsque ce prélèvement a été supprimé en 2006, le niveau de financement du FEH n'a cependant pas été ajusté en conséquence. **Depuis lors, la croissance des ressources du fonds a été nettement supérieure à celle de ses emplois, ce qui explique le maintien d'un excédent depuis plusieurs années ainsi que la constitution d'importantes réserves.** En outre, selon les informations fournies à votre rapporteur l'an passé, **le FEH est aujourd'hui peu utilisé.**

Dans ce contexte, le 1^o du paragraphe I vise à relever de 50 millions d'euros le montant du prélèvement opéré sur les réserves du FEH par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, pour le porter au total à 90 millions d'euros.

- **Un prélèvement de 150 millions sur les réserves de l'ANFH au profit du Fmespp**

Créée en 1974, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) constitue, depuis 2007¹, un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière. Financé par diverses contributions à la charge des employeurs hospitaliers, il a pour mission d'**assurer la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue** par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents.

¹ Arrêté du 29 juin 2007 portant agrément de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier en qualité d'organisme paritaire collecteur.

Selon les éléments figurant dans l'étude d'impact, **la situation financière de cet organisme est structurellement excédentaire** : ses fonds propres auraient ainsi progressé de 100 % entre 2005 et 2015, date à laquelle ils ont atteint 364 millions d'euros, dont **325,5 millions de réserves**.

Il est en conséquence proposé par le **paragraphe II** du présent article de **prélever une somme de 150 millions d'euros sur ces réserves, au profit du Fmespp**.

B. Fixation de la contribution de la branche AT-MP a la branche vieillesse au titre de l'année 2016

En application de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, **la loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) à la branche vieillesse pour le financement des départs en retraite anticipés résultant de l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale**. Cet article règle la situation des personnes justifiant d'une incapacité permanente 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.

Pour l'année 2016, le **paragraphe III** du présent article propose de fixer cette contribution à **44,7 millions d'euros**, dont 0,7 million d'euros au titre des frais de gestion.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, en séance publique, **un amendement gouvernemental** introduisant un nouveau **paragraphe IV** à cet article, et prévoyant une **contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, pour un montant maximal de 20 millions d'euros**.

Selon l'objet de cet amendement, il s'agit de contribuer au financement du second volet d'un plan d'adaptation de 100 000 logements privés à la perte d'autonomie, tel que prévu dans le rapport annexé à la loi portant adaptation de la société au vieillissement¹, et qui fait l'objet d'une convention passée entre la CNSA et l'agence nationale de l'habitat (ANAH).

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

III - La position de la commission

Votre commission reconnaît la nécessité, compte tenu de la situation financière de l'assurance maladie, de mener une gestion plus active des réserves dormantes qui apparaissent dans la comptabilité de plusieurs des fonds ou organismes intervenant dans le champ de la santé. Elle **s'interroge cependant sur les modalités de cette gestion et sur leur lisibilité**, s'agissant de l'abondement du Fmespp, **et sur son principe même**, s'agissant de la ponction sur les réserves de l'ANFH.

- En ce qui concerne tout d'abord l'ajustement du financement du Fmespp pour l'année 2016, votre commission s'inquiète en premier lieu du **financement erratique de ce fonds**, qui, au gré des années et des budgets, voit sa dotation ou drastiquement réduite, ou sensiblement renforcée. Elle souligne que **la modernisation des établissements de santé constitue un enjeu crucial, sur lequel il est indispensable de développer une vision pluriannuelle**.

Votre commission observe en second lieu que si la situation comptable du FEH est structurellement excédentaire, **on ne peut se satisfaire de la pratique, récurrente depuis plusieurs années, qui consiste à prélever sur ses réserves des montants d'importance variable dans le but de financer d'autres fonds ou organismes** - 200 millions à destination de la CNRACL en 2014, 40 millions au bénéfice du Fmespp l'an passé, que le présent article propose de majorer de 50 millions d'euros.

Cette situation apparaît en effet contraire à la bonne lisibilité sur le long terme du financement de ces diverses instances, qui plus est concernant des montants non négligeables. Surtout, elle conduit à **s'interroger sur l'intérêt de conserver un fonds aussi manifestement sur-financé et sous-utilisé**, alors même qu'il est abondé par une contribution des établissements de santé, dont certains sont en grande difficulté financière.

Il avait été indiqué à votre rapporteur général, lors de l'examen du PLFSS pour 2016, qu'une revue des dépenses du fonds devrait être prochainement diligentée, et que les missions du FEH devraient être revues sur le long terme. Il était notamment envisagé d'utiliser le Fmespp pour le financement de mesures d'apprentissage, à hauteur de 40 millions d'euros sur trois années à partir de l'année 2016. Selon les termes de la DGOS, il s'agissait ainsi de « *donner un nouveau souffle à ce fonds en élargissant le champ des activités qu'il finance* ».

Aucune information ne figurant sur ce point dans les documents budgétaires annexés au présent projet de loi, votre commission, par la voix de son rapporteur général, demandera des précisions à la ministre lors de l'examen du texte en séance publique.

- S'agissant ensuite du prélèvement opéré sur les réserves de l'ANFH au profit du Fmespp, votre commission observe que vient s'y ajouter un autre prélèvement du même montant prévu par l'article 53 du présent texte pour l'année 2017. Au total, ce seront ainsi 82 % des fonds propres de l'ANFH qui pourraient être ponctionnés.

Si cette solution de gestion ne poserait pas de problème s'agissant de réserves « dormantes » et non utilisées, il semble cependant qu'il en aille autrement en l'espèce. Selon les éléments transmis à votre rapporteur général par la Fédération hospitalière de France (FHF), il apparaît en effet que **le mode de fonctionnement de cet OPCA, qui suppose la construction de plans de formation hospitaliers sur le long terme, repose sur l'existence de provisions importantes permettant de gager les dépenses ainsi prévues sur des durées parfois très longues.** Le prélèvement envisagé par le Gouvernement pourrait dès lors conduire, en pratique, à l'annulation ou au report de très nombreuses décisions d'engagement de formations ou de promotions : selon la FHF, le prélèvement prévu pour l'année 2016 aurait ainsi pour conséquence le gel de 1 900 dossiers d'études promotionnelles, sur les 3 500 initialement prévus. Dans le contexte de restructurations importantes que connaissent actuellement les établissements hospitaliers, cette décision aurait des effets négatifs non négligeables tant sur le fonctionnement des établissements que sur le déroulement de la carrière des agents concernés.

Compte tenu de ces observations, **votre rapporteur général estime inopportun de déstabiliser de manière profonde et inopinée le fonctionnement de l'ANFH** - qui plus est alors que la préparation d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) portant sur cette association, dont seule une version provisoire a été présentée à ce jour, est toujours en cours. C'est pourquoi, en tenant compte de la situation financière contrainte de l'assurance maladie, il se prononce pour **un seul prélèvement sur les recettes de l'ANFH, au titre de la seule l'article 2016**, ce qui devrait permettre de conserver un niveau de fonds de roulement (FDR) suffisant au bon fonctionnement de cet organisme.

Compte tenu de ces divers éléments, et compte tenu des ajustements qui seront mis en œuvre dans le cadre de l'article 53 du présent texte, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 4***Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2016, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

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

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

Comme pour les tableaux relatifs à 2015, l'article présente, pour la première fois, des tableaux consolidés avec le fonds de solidarité vieillesse.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu un solde des régimes de base et du FSV de - 9,2 milliards d'euros, soit une amélioration de 3,2 milliards d'euros par rapport au solde attendu pour 2015. Le présent projet de loi révisé à - 6,9 milliards d'euros le solde des régimes obligatoires de base et du FSV pour 2016, soit une amélioration de 3,3 milliards d'euros par rapport au solde définitif de 2015.

L'intégralité de l'amélioration du solde est portée par le régime général, l'excédent des autres régimes de base constaté en 2015 se réduisant de 400 millions d'euros en 2016. Avec la mise en œuvre de la protection universelle maladie, l'écart avec l'ensemble « régime général et FSV » correspond, pour l'essentiel, aux autres régimes vieillesse de base qui ont enregistré des évolutions différenciées de leurs charges et de leurs produits par rapport au régime général, la progression des charges ayant été plus dynamique (+ 0,6 % contre + 0,5 %) que celles du régime général tandis que celle de leurs produits était inférieure (+ 1,3 % contre + 1,5 %).

Régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2016			Rectification PLFSS 2017		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	194,9	201,1	- 6,2	197	201,1	- 4
Vieillesse	228,7	227,8	0,9	228,3	227,1	1,2
Famille	48,8	49,6	- 0,8	48,7	49,7	- 1
AT-MP	14	13,4	0,6	14,1	13,4	0,7
Toutes branches hors transferts	472,8	478,3	- 5,6	474,4	477,6	- 3,1
Toutes branches y compris FSV	469,5	478,7	- 9,2	471,1	478	- 6,9

Source : PLFSS 2017

Le régime général enregistre les mêmes évolutions avec une progression des charges (+ 0,5%) inférieure à celle des produits (+ 1,3 %). Le déficit du régime général et du FSV devrait diminuer de 3,6 milliards d'euros en 2016 par rapport à 2015 et s'améliorer de 2,5 milliards d'euros par rapport à la prévision de la loi de financement initiale. Il s'établirait à - 7,1 milliards d'euros.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2016			Rectification PLFSS 2017		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	171,7	177,9	- 6,2	195,8	199,8	- 4,1
Vieillesse	123,6	123,1	0,5	124	122,9	1,1
Famille	48,8	49,6	- 0,8	48,7	49,7	- 1
AT-MP	12,5	12	0,5	12,7	12	0,7
Toutes branches hors transferts	344	350	- 6	368,2	371,6	- 3,4
Toutes branches avec FSV	342,2	351,8	- 9,7	366,3	373,5	- 7,1

L'écart à la prévision s'explique principalement par un surcroît de recettes, qui n'avait été que très partiellement anticipé lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin ; celle-ci avait revu la prévision de solde du régime général et du FSV à 9,1 milliards d'euros, soit 600 millions d'euros de moins que la prévision initiale. Un surcroît de recettes de 1,9 milliard d'euros conduit à révision très fortement la prévision de solde à - 7,1 milliards d'euros.

Écarts à la LFSS 2016 en milliards d'euros

Prestations sociales nettes	0,6
Gestion administrative	0,1
Transferts nets	- 0,4
Recettes sur revenus d'activité (cotisations et CSG)	1
Recettes assises sur les revenus de remplacement	0,4
Recettes assises sur les revenus du capital	0,2
Contributions sociales et recettes fiscales hors CSG	0,3
Autres	0,3
Total	2,5

Source : annexe 4

Ce surcroît de recettes comprend un produit exceptionnel de CSG de 700 millions d'euros découlant de la mise en place de la protection universelle maladie, dont la comptabilisation en produit est contestée par la Cour de comptes

Le dynamisme des produits assis sur les revenus de remplacement, constaté en 2015, est de nouveau observé en 2016.

Le solde des transferts est revu en raison de moindres produits de cotisations de salariés agricoles et de l'augmentation des transferts de la Cnav vers les régimes spéciaux.

Surtout, la masse salariale du secteur privé, principal déterminant des recettes de la sécurité sociale, dont la prévision a été révisée à la baisse lors du programme de stabilité, a enregistré une dynamique plus forte que prévue.

Les comptes de la branche maladie sont fortement affectés par la mise en œuvre de la protection universelle maladie qui se traduit par l'inscription, dans les comptes de la Cnam, des dépenses de prestations en nature de tous les régimes et des recettes correspondant au financement de ces dépenses. L'impact en recettes est de 22,72 milliards d'euros et de 22,66 milliards d'euros en dépenses. Un décret du 9 septembre 2016 a permis d'établir les comptes de la branche maladie du régime général avec les dépenses et recettes des régimes intégrés financièrement.

Le solde « maladie » s'améliorerait de 2,1 milliards d'euros, grâce aux recettes supplémentaires et au produit exceptionnel de CSG.

Le solde vieillesse s'améliorerait de 600 millions d'euros.

La branche AT-MP consolide son excédent supérieur à la prévision de 200 millions d'euros.

La branche famille enregistre en revanche une dégradation de son solde de 200 millions d'euros.

Le solde du FSV se dégrade de 100 millions d'euros par rapport à la prévision, la structure de ses recettes ne lui permettant pas de bénéficier du dynamisme de la masse salariale alors que la situation de l'emploi, qui influe sur ses charges, reste très dégradée.

Par rapport à 2015, les évolutions sont les suivantes :

Régime général	2015	2016 (p)
Maladie	- 5,8	- 4,1
Vieillesse	0,7	1,1
Famille	- 0,3	- 1
AT-MP	- 1,5	0,7
Toutes branches hors transferts	- 6,8	- 3,4
Toutes branches avec FSV	- 10,8	- 7,1

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

Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la Cades était fixé à 14,2 milliards d'euros. Il est rectifié à 14,4 milliards d'euros en raison du maintien de conditions très favorables pour son refinancement.

Le financement de la dette sociale continue de bénéficier du maintien de taux d'intérêt anormalement bas.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission souligne que le redressement des comptes, singulièrement ceux de la branche maladie est dû avant tout à un surcroît de recettes que la loi de financement n'avait pas anticipé, à un apport de recettes contesté par la Cour des comptes et, plus marginalement, à un transfert de taux de cotisations de la branche AT-MP que votre commission avait contesté lors de l'examen du texte.

Elle ne peut que constater les évolutions proposées pour la gestion en cours. Néanmoins, tout en reconnaissant les résultats, elle ne peut que souligner le **caractère conjoncturel du redressement de la branche maladie dont le solde tendanciel serait de - 8,3 milliards d'euros en 2017.**

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n°46** de suppression de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 5

Objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour 2016

Objet : Cet article a pour objet de rectifier l'Ondam 2016

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie de ceux devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que, « *dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale [...] rectifie 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* ».

Pour 2016, la croissance tendancielle estimée des dépenses de l'Ondam, était de 3,6 %, inférieure à celle estimée pour 2014 de 3,8 % et pour 2015, de 3,9 %.

Par rapport à ce tendanciel, corrigé des évolutions de périmètre, la loi de financement a **fixé l'Ondam pour 2016 à 185,2 milliards d'euros**, en progression de 1,75 % par rapport à une exécution 2015 alors estimée à 181,9 milliards d'euros.

Compte tenu d'un taux d'évolution plus faible, le montant des économies à réaliser était plus élevé : 3,4 milliards d'euros après un objectif de 3,2 milliards d'euros en 2015 et 2,4 milliards d'euros en 2014.

Sur ce montant, 270 millions d'euros résultent de la baisse du taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux de 9,81 % à 6,5 %. Comme l'a noté le comité d'alerte, « *cette mesure, sans effet sur le solde de la Cnam, ne constitue pas une véritable mesure d'économie mais permet de réduire le taux facial d'évolution de l'Ondam ville de 0,3 point* ». L'Ondam supporte en effet uniquement les prises en charge de cotisations, qui enregistrent une baisse et non les produits de cotisations, qui seront également en baisse.

Ces mesures d'économies étaient présentées de la façon suivante, selon un schéma comparable à celui de 2015, première étape du plan d'économies triennal sur l'Ondam :

- 690 millions d'euros au titre de l'efficacité de la dépense hospitalière ;
- 465 millions d'euros au titre du virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement ;
- 1,45 milliard d'euros au titre des produits de santé et de la promotion des génériques ;
- 1,21 milliard d'euros au titre de la pertinence et du bon usage des soins.

Par sous-secteurs, les économies devaient se répartir de la façon suivante :

- 2,30 milliards d'euros pour les soins de ville ;
- 990 millions d'euros pour les établissements de santé ;
- 160 millions d'euros pour les établissements médicaux sociaux.

Le présent article réaffirme l'objectif de 185,2 milliards d'euros voté en loi de financement pour 2016.

Il rectifie néanmoins les différents sous-secteurs pour tenir compte des évolutions constatées.

Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'Ondam 2016

	Exécution 2015	Prévision LFSS 2016	Rectification PLFSS 2017	Évolution 2015-2016
Soins de ville	83,1	84,3	84,6	1,8 %
Établissements de santé	76,3	77,9	77,9	2,1 %
Établissements et services médico-sociaux	17,7	18,2	18	1,7 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,6	8,9	8,8	
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	9	9,3	9,2	
Fonds d'intervention régional	3	3,1	3,1	3,3 %
Autres prises en charge	1,6	1,7	1,6	1,8 %
Ondam total	181,8	185,2	185,2	1,8 %

Pour la sixième année consécutive, l'Ondam serait respecté en 2016, avec 3,4 milliards de dépenses supplémentaires par rapport à 2015, mais sans aucune marge de manœuvre par rapport à l'Ondam voté.

Les dépenses du sous-objectif soins de ville sont supérieures de 245 millions d'euros à l'objectif initial. A l'exception des dépenses de soins infirmiers, **des dépassements sont constatés sur tous les postes** en raison d'une dynamique globale des volumes d'actes et de prescriptions plus élevée que prévu, partiellement compensée par les mécanismes de régulation des dépenses de médicaments. En l'absence de mécanisme de régulation de l'enveloppe des soins de ville, ce dépassement doit être financé en agissant sur les autres sous-secteurs.

Sous l'effet de la hausse des volumes de séjours, des actes et des consultations externes et du dynamisme des dépenses sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux en sus, **les dépenses relatives aux établissements de santé seraient également supérieures de 500 millions d'euros à l'objectif voté.** L'arrivée sur le marché de nouvelles thérapies contre le cancer ferait peser à elle-seule un risque de 150 millions d'euros sur l'exécution. Le dépassement sur l'Ondam hospitalier serait compensé par l'annulation de 300 millions d'euros de mises en réserve et par la réduction de 200 millions d'euros de la contribution de l'assurance maladie au FMESPP, compensée par une ponction, prévue par l'article 3 du présent projet de loi, sur le fonds pour l'emploi hospitalier (50 millions d'euros) et sur l'association nationale pour la formation du personnel hospitalier (150 millions d'euros).

Les 558 millions de d'euros de mises en réserve de début d'année se répartissaient comme suit :

- 211 millions d'euros au titre du coefficient prudentiel¹ ;
- 60 millions d'euros sur le FMESPP ;
- 96 millions d'euros sur les dotations (DAF et Migac) ;
- 121 millions d'euros sur le secteur médico-social ;
- 40 millions d'euros sur le FIR ;
- 30 millions d'euros sur les autres prises en charge.

Au total, l'ajustement se fait par les contributions de l'assurance maladie à l'Ondam médico-social qui sont revues à la baisse à hauteur de 200 millions d'euros.

¹ Part de l'augmentation des tarifs mise en réserve en début d'année.

Les dépenses relatives au FIR et aux autres prises en charge seraient globalement inférieures de 100 millions d'euros.

Pour 2016, il n'est pas davantage possible qu'en 2015, de vérifier la correcte imputation des mesures du plan d'économies Ondam par rapport aux prévisions. Tout au plus votre rapporteur général peut-il observer que la réalisation d'un objectif « soins de ville » à 84,3 milliards d'euros supposait la réalisation de 2,3 milliards d'euros d'économies qui n'auront par conséquent pas toutes été réalisées ou auront été compensées par d'autres dépassements.

De la même manière, la montée en charge à 1 milliard d'euros de l'effort sur l'Ondam hospitalier n'aura pu être tenue.

Dans son avis du 12 octobre 2016, le comité d'alerte estime que la prévision de respect de l'Ondam pour 2016 « *reste sujette à des aléas significatifs compte-tenu du fort dynamisme des dépenses. Ainsi, la prévision d'exécution de l'Ondam soins de ville suppose un net ralentissement de la croissance des dépenses au second semestre 2016, après un premier semestre particulièrement dynamique* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Le respect de l'Ondam 2015 n'est à ce jour pas encore totalement assuré compte-tenu notamment, de l'incertitude qui entoure le dénouement des provisions.

Le respect de l'Ondam 2016 est lui aussi soumis à de fortes incertitudes. D'ores et déjà, si l'objectif global est réaffirmé, sa capacité à piloter les dépenses incluses dans son périmètre a été mise à mal par un nouveau dépassement sur les soins de ville, en l'absence d'outil de régulation disponible, par la pleine mobilisation des mises en réserve sur l'Ondam hospitalier, ce qui conduit à utiliser à plein les mesures de régulation des dépenses des établissements de santé et par la mobilisation de ressources externes pour supporter une partie des dépenses comprises dans le périmètre, ressources du FEH et de l'ANFH qui viendront en substitution des concours de l'assurance maladie.

Pour toutes ces raisons, votre commission considère que le taux de progression de l'Ondam 2016, corrigé de la mesure relative aux cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux et de la ponction sur les fonds hospitaliers est plus proche de 2 % que de 1,8 % et que l'Ondam 2016 ne peut pas être considéré comme ayant été tenu.

Sur la proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n°47** de suppression de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux

Article 6

(art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, art. L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, section 1 du chapitre I^{er} du livre I^{er} de la cinquième partie, art. L. 5141-1, L. 5141-3 et L. 5141-4 du code du travail)

Plafonnement des revenus éligibles à l'exonération applicable aux BER et à l'ACCRES

Objet : Cet article prévoit le plafonnement de deux dispositifs d'exonération de cotisations sociales ouverts jusqu'à présent sans condition de plafond, les bassins d'emploi à redynamiser (BER) et l'aide à la création ou reprise d'entreprise (ACCRES).

I - Le dispositif proposé

Cet article tire très partiellement les conséquences de l'examen et de l'évaluation, par une mission Igas/IGF, des quelque 92 dispositifs spécifiques d'exonération, allègements ou exemption d'assiette de cotisations dans le cadre d'une revue de dépenses publiée en juin 2015.

Il s'agit, pour les dispositifs visant à soutenir l'emploi, de tenir compte du renforcement des allègements généraux et de la mise en œuvre du crédit d'impôt compétitivité emploi (Cice) pour réexaminer des dispositifs plus anciens et concentrés sur certaines zones, en s'appuyant sur le postulat que *« les caractéristiques de l'élasticité de la demande de travail par rapport à son coût doivent encourager, par souci d'efficacité de la dépense publique, un ciblage des allègements sur les rémunérations les plus basses »*.

Le Gouvernement avait ainsi proposé, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la mise en extinction de certains dispositifs zonés (ZRD, BER et ZRR) qui partagent la caractéristique d'avoir un seuil de sortie relativement élevé : 2,4 Smic, ou aucun seuil de sortie, dans le cas des BER, ce dispositif figurant parmi les cinq dont le « niveau d'alerte » est le plus élevé au regard des indicateurs retenus par la mission (existence de mesures concourant au même objectif, caractère très restreint du champ des bénéficiaires, nombre des bénéficiaires très restreint, coût moyen par individu bénéficiaire élevé, complexité et manque de lisibilité, évaluation négative depuis le dernier changement substantiel).

Le **dispositif BER**, instauré par la loi n° 2006-1771 de finances rectificative pour 2006, est une franchise de cotisations patronales de sécurité sociale, de la contribution au Fnal et du versement transport qui s'applique aux salariés pour la fraction de leur rémunération, quel qu'en soit le niveau, inférieure à 1,4 Smic. Elle s'applique aux entreprises qui s'implantent dans la zone entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2017, pour une durée qui varie en fonction de la date d'installation : 7 ans pour les entreprises installées avant le 31 décembre 2013, 5 ans pour les entreprises installées à partir du 1^{er} janvier 2014. Initialement conçue comme une mesure limitée, elle a été prolongée chaque année depuis 2012. Comme la durée s'applique à compter de la date d'embauche pour les salariés recrutés au cours de cette période, l'extinction du dispositif est prévue en 2025.

Il n'existe que deux zones de BER, la vallée de la Meuse dans les Ardennes (361 communes) et Lavelanet dans l'Ariège (56 communes), le zonage n'ayant pas été actualisé depuis la création du dispositif en 2007.

En 2014, ce dispositif a coûté 21 millions d'euros pour 3 683 bénéficiaires, avec un avantage social moyen de 4 643 euros, ce qui est très largement supérieur au coût des autres dispositifs de soutien à l'emploi, notamment à des niveaux de salaire éloignés du Smic. L'estimation de l'avantage différentiel à 1,3 Smic par rapport aux allègements généraux est estimée par la revue de dépenses à 4 000 euros. Il s'ajoute à un dispositif fiscal qui comprend une exonération totale d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les sociétés, de taxe foncière et de cotisation foncière des entreprises pendant cinq ans.

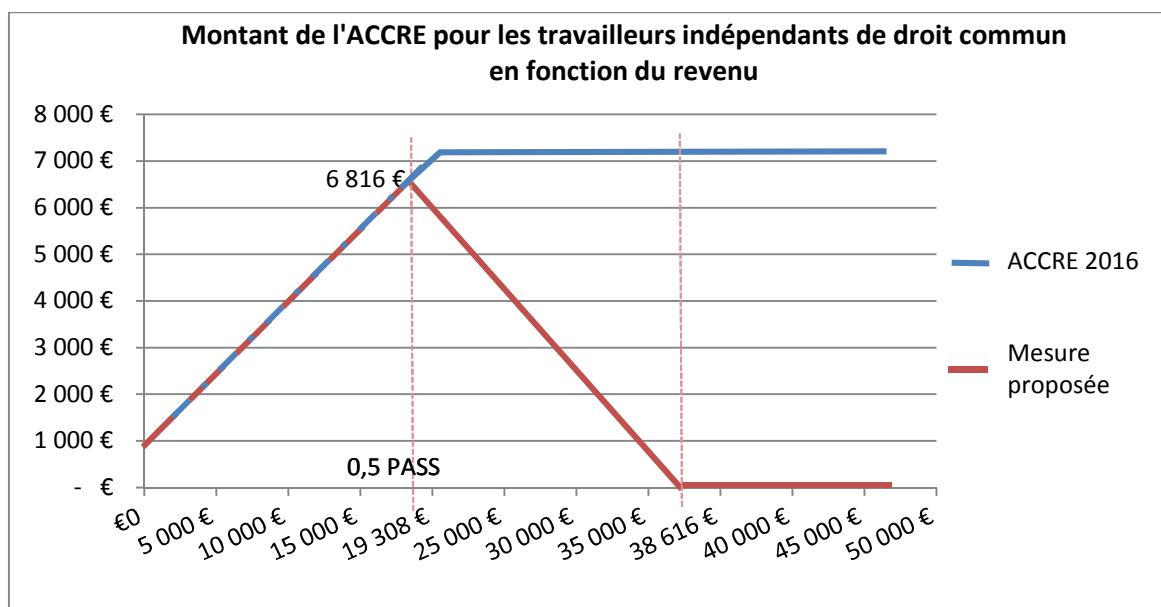
Pour le dispositif de BER, le **I** du présent article maintient une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, de la contribution au Fnal et du versement transport pour les rémunérations inférieures à 1,4 Smic. Au-delà de ce seuil, l'exonération devient dégressive et s'annule pour les rémunérations égales à 2 Smic. D'après l'étude d'impact, 17 % des rémunérations actuelles sont comprises entre 1,4 et 2 Smic et 7 % sont supérieures à 2 Smic. L'impact de la mesure est relativement limité, moins de 1 million d'euros, dans la mesure où elle ne s'appliquera qu'aux entreprises dont l'implantation en BER sera postérieure au 1^{er} janvier 2017. Le régime applicable aux entreprises déjà présentes reste inchangé.

Créée en 1979, le **dispositif d'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ACCRE)** est une exonération applicable à la fraction des revenus comprise 0 et 1,2 Smic, quel que soit le niveau des revenus, des cotisations d'assurance maladie et maternité, d'assurance invalidité et décès, d'assurance vieillesse et d'allocations familiales des travailleurs indépendants au cours de leur première année d'activité, ou au cours des trois premières années selon un mécanisme dégressif s'agissant des personnes bénéficiaires du régime micro-social. Pour un revenu équivalent à 1,2 Smic, l'exonération représente 7 455 euros en 2016.

Initialement conçu pour les demandeurs d'emploi indemnisés, le bénéfice de l'ACCRE a été progressivement étendu à neuf autres catégories, sans condition relative au niveau de rémunération. Plus de 450 000 personnes en bénéficiaient en 2015, pour un coût global de 263 millions d'euros pour la sécurité sociale. Le dispositif étant antérieur à la loi de 1994, il ne fait pas l'objet d'une compensation. Il sera compensé à partir de 2017 dans le cadre de la compensation du pacte de responsabilité, comme le prévoit l'article 21 du présent projet de loi. La revue de dépenses de juin 2015 avait estimé que les résultats du dispositif étaient négatifs et qu'il se cumulait avec de très nombreux dispositifs ayant le même objet.

Le **II** du présent article propose, pour les nouveaux bénéficiaires du dispositif à compter du 1^{er} janvier 2017, à la fois d'abaisser le plafond de l'exonération, dont le montant maximal atteindrait 6 815 euros pour les revenus inférieurs à 50 % du PASS (19 308 euros) et d'instaurer une dégressivité au-delà de ce plafond, l'exonération s'annulant à 1 plafond annuel de la sécurité sociale (38 616 euros). Le plafond était précédemment fixé par décret.

Comparaison de la mesure proposée avec le droit en vigueur



Source : Etude d'impact PLFSS 2017

Le **III** du présent article élargit parallèlement le bénéfice de l'ACCRE aux salariés ou personnes licenciées d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire au-delà de la reprise de leur seule entreprise, afin de leur permettre de mettre en œuvre un autre projet d'entreprise sans devoir attendre d'être au chômage. Il supprime la condition d'éligibilité selon laquelle les bénéficiaires « s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées ». Le coût de cette mesure est évalué à 3 millions d'euros.

Le plafonnement de l'exonération ACCRE à 50 % du PASS et l'instauration d'une dégressivité jusqu'à 1 PASS devrait représenter à terme un gain net pour la sécurité sociale de 30 millions d'euros. En 2017, la mesure ne s'appliquant qu'aux nouveaux entrants dans le dispositif, le gain serait de 15 millions d'euros.

L'étude d'impact précise que 13 % des bénéficiaires actuels ont des revenus qui excèdent le nouveau plafond. 2 % ont des revenus supérieurs à 1 PASS tandis que plus de 10 % ont des revenus compris entre 50 % et 1 PASS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

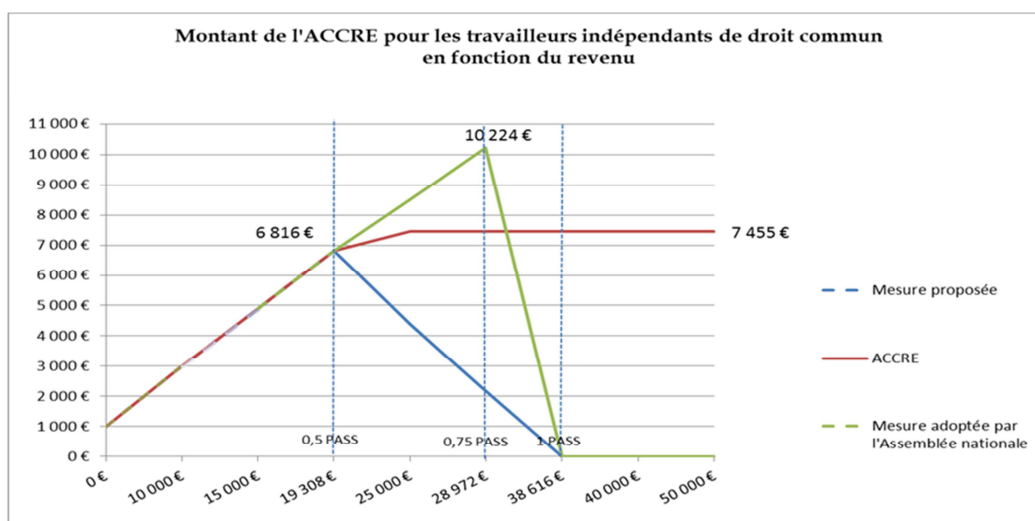
Saisie de deux amendements identiques présentés par le Gouvernement et par Jean-Luc Warsmann et plusieurs de ses collègues, l'Assemblée nationale a **supprimé les dispositions relatives aux bassins d'emploi à revitaliser**.

À l'initiative de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté un amendement plafonnant les revenus éligibles à l'ACCRE à 75 % du plafond de la sécurité sociale, au lieu de 50 %, soit 28 972 euros annuels en 2016.

La dégressivité interviendrait à partir de ce plafond, pour s'annuler, comme initialement prévu par l'article, à 1 plafond de la sécurité sociale. Cet aménagement du plafond est une solution de compromis par rapport à la position de la commission des affaires sociales qui avait donné, contre l'avis de son rapporteur, un avis favorable à un amendement de suppression du plafonnement.

Sur 100 000 bénéficiaires hors auto-entrepreneurs, le nombre de personnes concernées par la dégressivité serait de moins de 8 000, tandis que **3 000 personnes bénéficieraient d'une aide plus élevée que dans le cadre du dispositif antérieur**, le maximum de l'exonération passant de 7 455 euros à près de 10 300 euros une fois prise en compte l'augmentation du PASS en 2017. La dégressivité de l'aide est en revanche beaucoup plus forte que dans le dispositif proposé par le Gouvernement.

Le profil du dispositif adopté par l'Assemblée nationale serait le suivant :



D'après les informations fournies à votre rapporteur général, le gain attendu de cet article resterait globalement de l'ordre de 16 millions d'euros en année pleine, et de 7 millions d'euros en 2017, le coût représenté par une augmentation de l'exonération pour certains bénéficiaires étant compensé par une dégressivité plus forte. L'effet de seuil à 0,75 PASS devient cependant très fort.

A l'initiative de Gérard Bapt, rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté un amendement **élargissant le bénéfice de l'ACCRE aux personnes reprenant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville**. Le coût de cette extension est estimé à 2 millions d'euros.

Sur proposition du rapporteur, elle a également adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

Rapporté au volume global des niches sociales, l'aménagement prévu au présent article, qui permettait une économie de 13 millions d'euros en 2017, est d'une ampleur très limitée.

La nature des dispositifs est très différente : si BER vise au développement de l'emploi salarié pour lequel l'élasticité du travail à son coût est plus forte au voisinage du Smic, l'ACCRE concerne la création d'entreprise et est beaucoup plus limitée dans le temps.

Votre rapporteur général considère que ces dispositifs doivent être considérés au regard des autres dispositifs d'aide à l'emploi, ce à quoi la compensation, à partir de 2017, par la mission budgétaire « travail et emploi », devrait inciter.

Il propose, dans l'immédiat, de s'en tenir à la solution de compromis élaborée à l'Assemblée nationale, tout en y apportant quelques modifications rédactionnelles (**amendement n° 48**).

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

*Article 6 bis (nouveau)
(art. 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015
de financement de la sécurité sociale pour 2016*

***Affiliation au RSI
des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion***

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit une affiliation au RSI et le bénéfice de l'ACCRE pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.

I - Le dispositif proposé

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a mis en place un régime social particulier pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.

Ces personnes, dont les revenus tirés de cette activité ne doivent pas dépasser le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (soit 4 874 euros pour l'année 2015), sont affiliées aux assurances sociales du régime général pendant une période de 5 ans. Elles sont redevables d'une cotisation forfaitaire de 5 % de leurs revenus déclarés pour la couverture des assurances sociales et une cotisation de 8 % au titre de la CSG et CRDS. Enfin, elles reçoivent l'aide d'une association agréée pour la déclaration de leur activité et qui assure leur accompagnement en matière administrative et financière.

L'entrée dans le dispositif devant prendre fin au 31 décembre 2011, il a été prolongé une première fois jusqu'au 31 décembre 2012 par la LFSS pour 2010, puis à nouveau de deux ans à la suite d'un amendement du Gouvernement par la LFSS pour 2013. Après avoir expiré le 31 décembre 2014, il a été réactivé à compter du 1^{er} janvier 2016 par la loi de financement pour 2016 pour une durée de trois ans en prévoyant une expiration au 31 décembre 2018, « *quelle que soit la date à laquelle le contrat d'accompagnement a été conclu* ».

Issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, le présent article modifie l'article 28 de la loi de financement pour 2016 pour prévoir une affiliation des personnes concernées au régime social des indépendants et leur ouvrir le bénéfice de l'ACCRE.

II - La position de la commission

Votre commission avait accepté la réactivation de ce dispositif qui concerne une centaine de personnes, tout en soulignant qu'après 7 ans d'existence à titre dérogatoire et transitoire, une décision devait être prise rapidement sur son abandon ou sa pérennisation.

Elle avait demandé à ce qu'une évaluation soit rapidement menée afin qu'une décision soit prise sur le devenir de ce dispositif.

Cet article apporte une réponse à cette demande et l'affiliation au RSI semble logique s'agissant de travailleurs indépendants.

Si la solution envisagée doit être pérenne, ce qui est *a priori* le cas, il semble préférable à votre rapporteur général d'en codifier les dispositions.

Votre commission a adopté un **amendement n°49**, codifiant cette disposition dans le code du travail et le code de la sécurité sociale.

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

Article 7

(art. L. 756-2 à L. 756-5 du code de la sécurité sociale)

Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer

Objet : Cet article tend à réformer le dispositif spécifique d'allègement de prélèvements sociaux dont bénéficient les travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les territoires ultramarins, ainsi que les modalités de recouvrement de ces prélèvements.

I - Le dispositif proposé

Le présent article poursuit **deux objectifs** : d'une part, rationaliser les dispositifs d'exonérations et d'abattement d'assiette qui bénéficient aux travailleurs indépendants outre-mer ; d'autre part, rapprocher les règles de calcul et de recouvrement des cotisations et contributions sociales versées en outre-mer de celles applicables dans l'hexagone.

Il est par ailleurs procédé à un toilettage légistique global du chapitre VI du titre V du livre III de la partie législative du code de la sécurité sociale, relatif au régime des travailleurs non salariés non agricoles dans les départements d'outre-mer.

A. plafonnement des allègements de prélèvements sociaux en fonction du revenu

• Les travailleurs indépendants ultramarins bénéficient de **deux dispositifs spécifiques** de réduction des cotisations et contributions sociales :

- pendant les 24 premiers mois de l'exercice d'une activité, une exonération totale des cotisations et contributions sociales (art. L. 756-5 du code de la sécurité sociale), à l'exception des cotisations vieillesse des professions libérales ;

- au-delà des 24 premiers mois, et de manière pérenne, un abattement d'assiette égal à 50 % de leurs revenus pour la partie des revenus inférieurs au plafond annuel de la sécurité sociale (art. L. 756-4 du code de la sécurité sociale).

En l'état actuel du droit, les exonérations de cotisations sociales spécifiquement applicables aux travailleurs indépendants ultramarins **ne sont donc pas conditionnées en fonction du niveau de ressources.**

• Tout en relevant que ces dispositifs sont « *globalement pertinents d'un point de vue économique* », dans la mesure où « *ils visent à pallier les difficultés structurelles liées à l'étroitesse des marchés [...] et la plus forte exposition à des risques exogènes (climatiques, géographiques) induisant des coûts de production et des coûts de structure plus élevés qu'en métropole* », l'étude d'impact souligne **deux défauts** dans ce régime.

En premier lieu, **l'ouverture d'un avantage social conséquent quel que soit le niveau de revenu n'apparaît pas justifiée** dans la mesure où « *le coût des prélèvements sociaux ne détermine qu'à la marge la compétitivité des activités générant de très hauts revenus* ».

En second lieu, la disparition brutale de l'exonération totale à partir de la troisième année de l'activité indépendante crée **un effet de seuil dommageable**, qui se traduit sur la durée de vie des entreprises : près de 30 % des entreprises cessent en effet leur activité avant la fin de leur troisième année d'existence.

C'est pourquoi le **paragraphe I** du présent article propose plusieurs aménagements destinés à renforcer l'efficacité de ces dispositifs d'allégement, en les orientant plus nettement vers les bas et moyens salaires, et à définir une meilleure progressivité dans le temps des niveaux de prélèvement.

• Le 1^o du paragraphe I prévoit l'abrogation des articles L. 756-2 à L. 756-5 du code de la sécurité sociale.

Le 2^o les rétablit dans une rédaction nouvelle, au sein d'une section 3 intitulée « *Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants* ».

La nouvelle rédaction proposée pour l'article **L. 756-2** prévoit de **limiter l'exonération totale des deux premières années d'activité aux revenus inférieurs à 2,5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)** - ce qui représente, en 2016, un seuil de 96 500 euros. L'exonération sera par ailleurs **dégressive linéairement à partir de 1,1 PASS**. Sont exclues de ce dispositif les cotisations vieillesse des professions libérales et des avocats, ainsi que les cotisations aux régimes de retraite complémentaires obligatoires.

Le **paragraphe II** prévoit que cette mesure de plafonnement ne s'appliquera pas aux indépendants ayant débuté leur activité avant le 1^{er} janvier 2017.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article **L. 756-4**, qui porte sur l'exonération applicable après les deux premières années d'exercice, ajoute une exception supplémentaire pour les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès. Elle prévoit, pour la troisième année d'exercice, un abattement dégressif de 75 %, puis un abattement de 50 % dans la généralité des cas. Ces deux abattements sont dégressifs entre 1,1 et 2,5 fois le niveau du PASS.

Il est précisé que cet abattement n'est cumulable qu'avec deux dispositifs : l'exonération totale de cotisations vieillesse pour les revenus inférieurs à 390 euros, ainsi que l'exonération prévue au titre des deux premières années d'activité. L'article L. 756-5 prévoit par ailleurs l'exonération des cotisations maladie lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un montant fixé par décret (actuellement 13 % du PASS).

Selon l'étude d'impact, **l'économie attendue de ces différentes évolutions est de 30 millions d'euros annuels à compter de 2017.**

B. Alignement des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux des indépendants ultramarins sur celles applicables dans l'hexagone

- En application de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale (dans sa rédaction actuelle), **le mode de recouvrement des cotisations et contributions sociales des indépendants non agricoles exerçant dans les outre-mer diffère fortement du régime applicable dans l'hexagone.**

Ces prélèvements y sont en effet calculés **sur la base des revenus de l'année n-2**, tandis que les indépendants métropolitains bénéficient de la méthode de régularisation dite du « 3 en 1 » (article 131-6-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014). Un recalcul est ainsi prévu dès lors que le revenu de l'année n-1 est définitivement connu. Une régularisation intervient en outre dès que le revenu de l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues est connu. Enfin, le cotisant peut également demander leur calcul sur la base du revenu estimé en cours.

Cette solution a permis d'améliorer la « contemporanéité » des cotisations des indépendants, tandis que persiste en outre-mer **un décalage temporel entre le mouvement où le revenu est perçu et le calcul des cotisations assises sur ce revenu.**

Cette situation, aux termes de l'étude d'impact, « *est préjudiciable aux assurés du fait des fortes variations que peuvent connaître les revenus des indépendants* ». Il peut en effet être très difficile aux travailleurs ultramarins de s'acquitter de leurs cotisations sociales dès lors que leurs revenus connaissent une fluctuation à la baisse. Selon l'étude d'impact, il s'agit là de **l'un des facteurs explicatifs du taux important d'impayés de cotisations sociales dans les territoires ultramarins.**

- Pour remédier à cette situation, le présent article propose un **alignement des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux en outre-mer sur la méthode du « 3 en 1 »**. Cet alignement général résulte de la suppression de l'actuel premier alinéa de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une dérogation à l'application de l'article L. 131-6-2 dans les départements d'outre-mer.

Par exception à cette méthodologie de recouvrement, la rédaction proposée pour l'article **L. 756-3** prévoit que le calcul des cotisations et contributions au titre des deux premières années civiles d'activité sera établi sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret. Ainsi, selon l'étude d'impact, « *le plafonnement n'aura [...] aucun effet défavorable en trésorerie pour les travailleurs indépendants au moment où ils débutent leur activité dans la mesure où il n'interviendra qu'a posteriori (...) après que les revenus d'activité au titre des années considérées seront connus* ».

Le **2° du paragraphe II** prévoit un **dispositif transitoire** pour l'application de ces nouvelles dispositions aux prélèvements dus au titre de 2017. Les cotisations seront appelées sur la base des revenus de 2015, comme dans le régime actuel, mais une régularisation sera possible au cours de l'année 2018, une fois connus les revenus de 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **16 amendements** à cet article.

15 d'entre eux, présentés par son rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, notre collègue député Gérard Bapt, procèdent à diverses modifications rédactionnelles, de précision ou de cohérence.

Le seizième, adopté à l'initiative du Gouvernement, prévoit **un palier d'exonération** pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont compris entre 42 500 euros (110 % du PASS) et 58 000 euros (150 % du PASS). Selon l'objet de l'amendement, « *cette souplesse permettra à près de 3 500 travailleurs indépendants en outre-mer de ne pas se voir appliquer l'effet de la dégressivité de l'exonération* ».

III - La position de la commission

Votre commission relève que les aménagements proposés s'inscrivent dans la ligne des recommandations formulées par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le cadre de la revue de dépenses de juin 2015 sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales spécifiques.

Elle souligne que la question spécifique des allègements sociaux dans les outre-mer a fait l'objet de plusieurs évolutions au cours des dernières années, notamment dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui a recentré les exonérations de cotisations sociales patronales consenties aux entreprises ultramarines vers les bas et moyens salaires.

Tout en approuvant ces différents aménagements, qui permettent de rationaliser les allègements ultramarins tout en préservant un différentiel de compétitivité avec l'hexagone au profit des territoires ultramarins, elle déplore que ces réformes par coups de pinceaux successifs ne permettent en rien d'améliorer la lisibilité globale de ces différents dispositifs, dont l'IGF et l'Igas soulignait qu'elle devait être renforcée.

Enfin, sans remettre en question le compromis trouvé à l'Assemblée nationale pour la détermination du niveau de ressources à partir duquel est déclenchée la dégressivité des allègements, elle souligne que cet assouplissement du dispositif fera porter les économies réalisées de 30 à 23 millions d'euros.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 8

(art. 612-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Réduction de cotisations des travailleurs indépendants à faibles revenus

Objet : *Cet article a pour objet d'instaurer une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance-maladie des travailleurs indépendants à faibles revenus.*

I - Le dispositif proposé

La mesure proposée par le présent article constitue le pendant, pour les travailleurs indépendants, de l'annonce par le président de la République, le 29 juin 2016, de la reconfiguration de la troisième phase du pacte de responsabilité au profit du relèvement du taux du CICE.

Les travailleurs indépendants acquittant des cotisations et contributions sociales au premier euro de revenus, ces cotisations ont fait l'objet de plusieurs aménagements sur la période récente pour les personnes aux revenus les plus faibles. Pour les travailleurs indépendants dont le chiffre d'affaires est faible ou nul, une cotisation minimale permet de garantir l'acquisition de droits. Les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, de même que les droits à retraite dépendent en effet directement des cotisations effectivement versées.

La première étape du pacte de responsabilité et de solidarité comprenait la réduction du taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles de 3,1 points pour les cotisants dont les revenus sont inférieurs à 110 % du PASS (42 500 euros), cette réduction étant dégressive pour ceux dont les revenus sont situés entre 110 % et 140 % du PASS (54 000 euros). Cette mesure a représenté une baisse d'un milliard d'euros des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants aux revenus les plus faibles.

La cotisation minimale d'assurance-maladie et maternité des travailleurs indépendants a été diminuée, puis supprimée dans le cadre de la mise en œuvre de la protection universelle maladie, en contrepartie d'un relèvement des cotisations minimales d'assurance vieillesse afin de porter de deux à trois l'acquisition minimale de trimestres de retraite par an.

Le présent article prévoit la réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance-maladie des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI) dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 27 000 euros. Ce seuil correspond au niveau de revenus moyens des travailleurs indépendants du RSI en 2014 (hors micro-entrepreneurs).

Le niveau maximum de réduction de taux serait de 3,5 points, soit un taux de cotisation de 3 %. Le taux de la cotisation augmenterait linéairement de 3 % à 6,50 % pour les revenus allant jusqu'à 70 % du PASS (27 000 euros).

Pour les micro-entrepreneurs, le taux global unique de cotisations et de contributions est adapté afin de tenir compte de la réduction de taux de cotisations d'assurance-maladie. La réduction appliquée correspond au différentiel de taux qu'aurait supporté le micro-entrepreneur au niveau du seuil de perte du bénéfice du dispositif micro-social (soit 82 200 euros de chiffre d'affaires pour les activités de vente et les prestations de services de fourniture de logement et 32 900 euros de chiffre d'affaires pour les autres prestations de services) pour un revenu équivalent. Le taux unique de cotisations des artisans micro-entrepreneurs passerait de 23,1 % à 22,4 % en 2017, celui des commerçants passerait de 13,4 % à 13,3 % et celui des micro-entrepreneurs professionnels libéraux de 23 % à 22,4 %.

Cette mesure concerne 1,8 million de cotisants au RSI (dont 600 000 micro-entrepreneurs), soit près de 58 % des artisans, commerçants et professions libérales de droit commun et tous les micro-entrepreneurs, pour un coût annuel de 150 millions d'euros dès 2017, dont 22 millions d'euros pour les micro-entreprises.

Les taux de cotisations sont actuellement les suivants :

Cotisations des travailleurs indépendants

Cotisations	Bases de calcul	Taux
Maladie-maternité	Totalité du revenu professionnel	6,5 %
Indemnités journalières	Revenu dans la limite de 193 080 €	0,70 %
Invalidité-Décès	Revenu dans la limite de 38 616 € (100 % du Pass)	1,30 %
Retraite de base	Revenu dans la limite de 38 616 € (100 % du Pass)	17,65 %
	Au-delà de 38 616 € (100 % du Pass)	0,50 %
Retraite complémentaire	Revenu dans la limite de 37 546 €	7 %
	Revenu entre 37 546 € et 154 464 €	8 %
Allocations familiales*	Totalité du revenu professionnel	2,15 % à 5,25 %
CSG -CRDS	Totalité du revenu + cotisations sociales obligatoires	8 %
Formation professionnelle**	Sur la base de 38 616 € (100 % du Pass)	0,25 %

Source : RSI

L'étude d'impact du présent article annonce également une adaptation du régime des cotisations provisionnelles forfaitaires, acquittées par les travailleurs indépendants au cours de leurs deux premières années d'activité, lorsque leur revenu d'activité n'est pas encore connu. Ces cotisations sont actuellement calculées sur des assiettes respectivement fixées à 19 % du PASS (7 340 euros) pour la première année et 27 % du PASS (10 430 euros) pour la deuxième année d'activité. Elles donnent lieu à régularisation une fois les revenus de ces deux exercices connus.

La réforme dite du « 3 en 1 » a permis de rapprocher le calcul des cotisations de la perception des revenus : les cotisations provisionnelles sont désormais calculées sur la base du revenu de l'année N-1, et non plus N-2, avec une possibilité d'ajustement en cas d'évolution des revenus. Dans ce cadre, le taux des cotisations forfaitaires de deuxième année d'activité n'est utile qu'au début de cette deuxième année, jusqu'à la déclaration des revenus réels de la première année, au plus tard en juin, qui permet une régularisation. Un barème unique de cotisations forfaitaires, à 19 % du PASS, permettra d'établir un échancier unique de cotisations provisionnelles en début d'activité. L'étude d'impact estime à 75 millions d'euros l'effet global de cette mesure sur la trésorerie des indépendants au début de deuxième année d'activité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur la proposition de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

La dispersion et l'hétérogénéité des revenus des travailleurs indépendants sont beaucoup plus importantes que celles des revenus des salariés. En l'absence de revenu minimum, le poids des cotisations dans le revenu peut être important. C'est pourquoi votre commission est favorable à cette mesure qui complète les dispositions prises au profit des travailleurs indépendants à faibles revenus.

Cette mesure pourrait contribuer à une meilleure acceptation des prélèvements sociaux dans un contexte difficile.

Au-delà, il semble à votre rapporteur général que les cotisations des travailleurs indépendants restent globalement complexes et peu lisibles pour les intéressés.

Afin de simplifier la rédaction de cet article, il vous propose d'en inscrire les dispositions à l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, relatif à la cotisation-maladie des travailleurs indépendants, et d'y apporter quelques modifications rédactionnelles (**amendement n°50**).

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

Article 8 bis (nouveau)

(art. L. 731-15, L. 731-16, L. 731-19, L. 731-21 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 136-4 du code de la sécurité sociale et art 33 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015)

Clarification de l'assiette sociale des exploitants agricoles ayant opté pour le régime du micro-bénéfice agricole

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'adapter les dispositions transitoires prévues pour la mise en œuvre du régime micro-social agricole.*

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article 33 de la loi de finances rectificative pour 2015 a simplifié le régime social applicable aux revenus agricoles les plus faibles en supprimant le régime forfaitaire agricole, dont la mise en œuvre était particulièrement complexe, et en créant, dans le même temps, un régime micro-fiscal et un régime micro-social agricole.

Ce régime est applicable aux exploitants agricoles dont les recettes sont inférieures à une moyenne de 82 200 euros hors taxes sur trois ans. Les bénéficiaires potentiels du dispositif conservent toutefois la possibilité de déterminer leur bénéfice imposable en application du régime réel, cette option étant valable deux ans et reconduite par tacite reconduction.

Dans le cadre de ce régime micro-social, l'assiette des cotisations sociales est la même que celle calculée dans le cadre du régime micro-fiscal. Elle correspond au bénéfice imposable déterminé, en application de l'article 64 bis du code général des impôts, par la moyenne des recettes de l'année d'imposition et des deux précédentes, diminuées d'un abattement de 87 % qui ne peut être inférieur à 305 euros. Comme en matière fiscale, les exploitants peuvent opter pour une assiette de cotisations constituée des recettes afférentes à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues, diminuées du même abattement.

Un fonds d'accompagnement est par ailleurs prévu pour les agriculteurs concernés par une augmentation significative des cotisations sociales dues au titre des années 2017 à 2021.

Le régime micro-social est applicable aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2017.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur du régime micro-fiscal pour les revenus de 2016 au titre de l'impôt sur le revenu dû en 2017, le bénéfice imposable est calculé de la façon suivante :

- pour 2017, il est égal à la moyenne des bénéfices forfaitaires agricoles de 2014 et 2015 et des recettes de 2016 diminuées d'un abattement de 87 % ;
- pour 2018, il est égal à la moyenne du bénéfice forfaitaire agricole de 2015 et des recettes 2016 et 2017, diminuées d'un abattement forfaitaire de 87 %.

Le régime micro-social agricole était décrit à l'article L. 731-20 du code rural et de la pêche maritime, qui prévoyait différentes situations : régime de droit commun, régime de début d'activité, régime de l'option pour une assiette de cotisations fondée sur les recettes de l'année précédente et régime de la cotisation de solidarité.

Le présent article supprime le III de l'article 33 de la loi de finances rectificative pour 2015 qui traitait ces différentes situations en insérant, à chacun des articles concernés, la mention « sous réserve de l'article L. 731-20 ».

Il insère, dans chacun des articles concernés, l'article L. 731-15 pour le régime de droit commun, l'article L. 731-16 pour le régime de début d'activité, l'article L. 731-19 pour le régime de l'option pour une assiette de cotisations fondée sur les recettes de l'année précédente et l'article L. 731-23 pour le régime de la cotisation de solidarité, des dispositions relatives à l'application du régime micro-social agricole.

Cette rédaction permet, par référence aux revenus professionnels définis à l'article L. 731-14 du code, d'inclure dans l'assiette d'éventuels autres revenus non pris en compte dans l'assiette micro-sociale.

Il complète l'article L. 136-4 du code de la sécurité relatif à l'application de la CSG aux revenus agricoles pour préciser que les revenus imposés au titre du régime micro-fiscal agricole « s'entendent des recettes afférentes à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, diminuées de l'abattement ».

Il précise les dispositions transitoires afin d'inclure dans l'assiette des cotisations les autres revenus professionnels mentionnés à l'article L. 731-14.

II - La position de la commission

Cet article permet de clarifier le régime micro-social agricole.

La commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 51** à cet article.

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

Article 8 ter (nouveau)

(art. L. 136-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)

**Fait générateur des cotisations et contributions sociales,
habilitation du Gouvernement à simplifier et à harmoniser les définitions
des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de modifier le fait générateur des cotisations et contributions sociales et d'habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures relatives à la définition des assiettes.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article, inséré par un amendement présenté par le Gouvernement, modifie les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux cotisations sociales et à la CSG pour indiquer que le fait générateur des cotisations et contributions sociales est constitué par l'emploi ou l'activité des personnes considérées, et non par le versement des rémunérations.

Il propose d'habiliter le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, « toute mesure relevant du domaine de la loi afin de simplifier et d'harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale ».

II - La position de la commission

La jurisprudence de la Cour de cassation établit de façon constante « *qu'il résulte de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale que c'est le versement des rémunérations par l'employeur et non l'exercice de l'activité à l'origine de l'assujettissement qui détermine le fait générateur de son obligation de cotiser au régime général de la sécurité sociale* ».

Il en résulte que celles-ci doivent être acquittées sur la base du taux applicable à la date de ce versement et dans la limite du seul plafond prévu pour l'année au cours de laquelle il est intervenu. Dans le cas d'espèce de l'arrêt cité¹, il s'agissait de sommes versées à des salariés qui devaient partir en expatriation ou qui en revenaient. Dans ce dernier cas, ils pouvaient ne plus être affiliés au régime général de sécurité sociale, c'est pourquoi l'entreprise contestait le versement de cotisations sociales.

Le présent article représente donc une **modification très importante du droit applicable aux cotisations, en revenant sur une règle stable depuis plusieurs décennies.**

Le présent article a également pour conséquence de **rompre l'unité du droit applicable à l'ensemble des prélèvements obligatoires** : en matière fiscale, comme en matière sociale, c'est la date du versement qui détermine la règle applicable. Un salarié ayant conclu une négociation sur son départ en décembre avec un versement effectif des sommes en janvier se verrait ainsi appliquer deux règles différentes, une en matière sociale, l'autre en matière fiscale.

La même règle est également appliquée en matière de **droit aux prestations sociales** où les organismes de sécurité sociale examinent les revenus effectivement perçus et non ceux qui auraient dû l'être.

Il ne semble donc pas assuré que cet article représente le gage d'une plus grande sécurité juridique ni d'une plus grande simplicité.

Concrètement, il a pour effet de modifier les règles applicables au décalage de paie ou au versement tardif de certains éléments de rémunération. Ainsi que l'indique l'exposé sommaire, les éléments de rémunération seront rattachés aux périodes d'emploi qui ont généré ces droits et les dispositions qui leur seront applicables seront celles en vigueur pendant cette période, et non lors du versement du salaire.

Une entreprise amenée à verser des éléments de rémunération acquis au cours de l'année N-1 sera ainsi conduite à appliquer les taux de cette même année, alors que son logiciel de paie aura été paramétré avec un nouveau plafond de la sécurité sociale et, le cas échéant, de nouveaux taux de cotisations, voire différents taux pour la même cotisation. On peut rappeler ici que le taux du forfait social a par exemple été modifié en août 2012, non seulement en cours d'année, mais aussi en cours de trimestre.

¹ Cour de cassation, deuxième chambre civile, 25 mai 2004, 02-31083.

Appliqué à certaines contributions, comme le versement transport, la nouvelle règle conduirait également à « historiser » dans le logiciel de paie le nombre de salariés.

Votre rapporteur général considère par conséquent que **la simplification avancée par le Gouvernement n'est pas démontrée par cet article** qui, déposé en séance publique, n'a pas été débattu en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale. Il lui paraît au contraire donner **tous les gages d'une complexité démultipliée, de contentieux et de risques de fraude.**

Tout en reconnaissant le besoin d'un toilettage du code de la sécurité sociale, votre rapporteur général considère qu'une habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance ne peut être autorisée si elle a pour effet d'harmoniser les règles applicables en fonction de celle proposée par le I de cet article. Les harmonisations nécessaires lui semblent en outre pouvoir intervenir, en matière de cotisations sociales, très largement par voie réglementaire.

L'objectif d'« harmoniser l'état du droit » lui semble en outre trop vague pour figurer dans une habilitation.

En conséquence, la commission a adopté l'**amendement n° 52** visant à supprimer le I du présent article et à restreindre l'énumération de l'habilitation du Gouvernement à procéder par voie d'ordonnance.

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

Article 8 quater (nouveau)

(art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)

Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture du contrat de travail

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de rétablir le seuil d'assujettissement au premier euro des indemnités versées aux salariés, supprimé à l'occasion de l'abaissement du seuil pour les dirigeants et mandataires sociaux.

I - Le dispositif proposé

Le régime fiscal et social des indemnités de fin de contrat de travail et de cessation forcée d'activité des mandataires sociaux, qui étaient totalement exonérées d'impôts et de contributions et cotisations sociales jusqu'en 2006, a fait l'objet de plusieurs modifications depuis pour aboutir à un double plafonnement : un plafond d'exonération de cotisations et de contributions sociales et un plafond d'indemnités au-delà duquel elles sont assujetties, au premier euro, à l'ensemble des cotisations et contributions sociales.

Depuis 2009, les indemnités d'un montant supérieur à un multiple du plafond de la sécurité sociale (30 fois en 2009), y compris lorsque ce montant correspond aux indemnités légales ou conventionnelles, sont assujetties dans leur totalité, dès le premier euro, aux cotisations de sécurité sociale et à la CSG-CRDS.

La loi de finances rectificative pour 2012 du 16 août 2012 a réduit cette limite à dix fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 386 160 euros en 2016.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé à deux plafonds de la sécurité sociale, soit 77 232 euros en 2016, le niveau du plafond de l'exonération totale de contributions et de cotisations sociales. Pour la CSG-CRDS, l'exonération s'applique dans la limite du montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, sans qu'elle puisse être supérieure au seuil fixé pour la réintégration des indemnités dans l'assiette des cotisations sociales.

Introduit en séance publique par un amendement de Laurent Grandguillaume, avec l'avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, un article du projet de loi de financement pour 2016 révisait les plafonds d'exonération de CSG et de cotisations sociales des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée d'activité des mandataires sociaux et dirigeants. Il **abaissait à 5 plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 193 080 euros en 2016, le montant d'indemnités** au-delà duquel ces indemnités sont assujetties au premier euro.

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article, considérant qu'une distinction claire devait être établie entre impôts et cotisations sociales qui présentent la spécificité d'ouvrir des droits.

Lors de son rétablissement à l'Assemblée nationale, l'article, modifié pour ne concerner que les seuls mandataires sociaux, a **parallèlement supprimé le seuil d'assujettissement au premier euro des indemnités de rupture supérieures à 386 160 euros versées à des salariés.**

A la suite de la LFSS pour 2016, les règles applicables aux indemnités de rupture sont les suivantes :

**Régime social des indemnités de fin de contrat
et de cessation forcée d'activité**

	Salariés	Dirigeants et mandataires sociaux
Exonération	2 PASS (77 232 euros)	2 PASS (77 232 euros)
Assujettissement à CSG CRDS	Fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle dans la limite de 10 PASS (386 160 euros) Assujettissement au 1 ^{er} euro au-delà de 10 PASS	Fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle dans la limite de 5 PASS (193 080 euros) Assujettissement au 1 ^{er} euro au-delà de 5 PASS
Assujettissement à cotisations et contributions sociales au premier euro	Plus de seuil de réintégration au 1 ^{er} euro	5 PASS

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale à la suite de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement, **rétablit le seuil d'assujettissement au premier euro à cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture de contrat de travail** à partir de dix plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 386 160 euros.

Il précise également, puisque les seuils sont différents, qu'en cas de cumul du statut de salarié avec celui de dirigeant ou de mandataire social, le seuil à retenir pour l'assujettissement au premier euro, lorsqu'il est fait masse des indemnités, est celui applicable aux indemnités versées aux mandataires sociaux, soit cinq plafonds annuels de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Saisie l'an dernier de cette même question, votre commission avait considéré que le niveau de certaines indemnités de départ fortement médiatisées, qui, suscitant une réprobation largement partagée, avait motivé l'amendement, ne devait pas faire oublier la nature d'indemnités des sommes concernées : destinées à compenser un préjudice, elles ne sont pas des rémunérations, ce qui fondait à l'origine leur exclusion de l'assiette des cotisations.

Votre commission avait également souligné que la cessation forcée des mandataires sociaux et dirigeants n'est indemnisée par l'assurance

chômage que dans la mesure où ces dirigeants étaient, par ailleurs, titulaires d'un contrat de travail, ce qui n'est pas systématiquement le cas.

Elle avait également mis en relief le caractère relativement « brutal » de la mesure puisqu'il s'agit d'une réintégration au premier euro, dans l'assiette des cotisations sociales, qui se traduit par un effet de seuil considérable.

Elle avait également exprimé son scepticisme quant à la capacité de la mesure proposée de limiter l'indécence de certaines indemnités de départ.

Par conséquent, en cohérence avec la position prise par le Sénat en 2015, la commission a adopté l'**amendement n° 53** visant à rétablir un seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales au premier euro de 10 plafonds annuels de la sécurité sociale, à la fois pour les salariés et les mandataires sociaux.

Pour ce qui concerne l'entrée en vigueur de l'article, afin de ne pas modifier les termes des négociations ayant abouti à la signature de conventions de ruptures conventionnelles et par parallélisme avec la notification du licenciement, la commission vous propose par le même amendement, de retenir pour l'application de cet article, la date de signature de la convention de rupture conventionnelle.

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

Article 8 quinquies (nouveau)

(art. L. 241-6 du code de la sécurité sociale)

**Bénéfice pour les arbitres amateurs d'une exemption
d'assiette de cotisations et de contributions sociales**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de tirer les conséquences de la possibilité, pour certains arbitres, d'être titulaires d'un contrat de travail les liant à leur fédération.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Au regard du droit social, les arbitres sont affiliés au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, article qui attrait au régime du salariat, diverses professions qui n'ont pas le statut de salarié. Aux termes de l'article L. 223-3 du code du sport, « Les arbitres et juges ne peuvent être regardés, dans l'accomplissement de leur mission, comme liés à la fédération par un lien de subordination caractéristique du contrat de travail au sens des articles L. 1221-1 et L. 1221-3 du code du travail ».

Depuis 1994, en application d'une instruction ministérielle, les arbitres bénéficiaient d'une exonération de cotisations sociales dans la limite d'un plafond mensuel de la sécurité sociale.

En application de la loi n° 2006-1294 du 23 octobre 2006 portant diverses dispositions relatives aux arbitres, les sommes versées aux juges et arbitres sportifs bénéficient d'une exemption d'assiette lorsque leur montant annuel n'excède pas, en 2016, 5 599 euros.

Cette mesure est prévue par l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale qui dispose : « Les sommes versées aux arbitres et juges mentionnés au 29° de l'article L. 311-3 sont exonérées des cotisations et contributions sociales **lorsque leur montant n'excède pas**, pour une année civile, la limite définie au présent alinéa, plafonné à 14,5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-16 »

Le coût annuel de cette mesure, qui n'est actuellement pas compensée à la sécurité sociale mais le sera, à compter de 2017, représente 35 millions d'euros en 2015, pour un nombre d'arbitres estimé à 172 300.

Dans une insertion à son rapport annuel 2011, intitulée « les exonérations des indemnités versées aux arbitres et juges sportifs, un instrument inadapté », la Cour des comptes, avec d'autres rapports publics, estimait que l'objectif de cette exemption d'assiette était imprécis et que la visée incitative du dispositif était limitée par le fait que 40 % des arbitres sont bénévoles. Elle a jugé les règles et les procédures du dispositif complexes et limitant les possibilités de contrôle. Elle soulignait que le dispositif bénéficiait en réalité aux fédérations sportives et aux organisateurs de compétition mais marginalement aux arbitres eux-mêmes et qu'il offrait un effet d'aubaine en faveur des arbitres professionnels. Elle recommandait la suppression du dispositif.

La proposition de loi présentée par nos collègues Dominique Bailly et Didier Guillaume visant à préserver l'éthique du sport, à renforcer la régulation et la transparence du sport professionnel et à améliorer la compétitivité des clubs, adoptée par le Sénat en première lecture le 26 octobre 2016, prévoit, dans son article 8, la possibilité pour les juges et arbitres sportifs, comme pour les sportifs et les entraîneurs, d'être salariés de leur fédération sportive par un contrat à durée déterminée spécifique, dont les conditions sont fixées par le code du sport. En tant que salariés, leurs rémunérations ont vocation à être soumises aux cotisations et contributions sociales de droit commun et sont ainsi éligibles, le cas échéant, aux allègements généraux de cotisations.

C'est pourquoi le présent article, inséré à l'Assemblée nationale à la suite de l'adoption d'un amendement présenté par Gouvernement, réserve le bénéfice de l'exemption d'assiette aux seuls arbitres qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail.

II - La position de la commission

Dans sa réponse à l'insertion de la Cour précitée, le ministère des sports indiquait en 2010 que 90 000 arbitres touchaient une indemnité globalement inférieure au plafond, tandis que 110 000 ne percevaient aucune indemnité.

Le plafond fixé par l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale équivalant à une rémunération mensuelle brute inférieure à 570 euros par mois, il est légitime de penser que peu des arbitres éligibles à l'exemption d'assiette opteront pour un statut de salarié.

Votre commission est donc favorable à cette clarification qui réserve effectivement le bénéfice de cette exemption aux arbitres amateurs.

Elle a adopté un amendement rédactionnel (**amendement n° 54**) à cet article, dans la mesure où il lui semble préférable de maintenir l'affiliation dérogatoire au régime général de la sécurité sociale au titre de l'article L. 311-3, aux seuls arbitres qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail.

Elle propose, par le même amendement, de simplifier la rédaction de l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale afin de clarifier les obligations déclaratives des fédérations.

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

Article 9

(art. L. 133-1-1 à L. 133-1-6 [nouveaux], art. L. 133-5-2 [nouveau], section 2 du chapitre III bis du titre III du livre Ier, art. L. 133-6-9, art. L. 136-5, art. L. 213-1, art. L. 225-1-1, art. L. 611-4, art. L. 611-8, art. L. 611-16, art. L. 611-20, art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 6331-51 du code du travail, art. 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants.

Organisation du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Objet : *Cet article a pour objet de mettre en place une nouvelle organisation du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants.*

I - Le dispositif proposé

Institué par l'ordonnance du 8 décembre 2005, le même jour que l'ordonnance créant le RSI, l'Interlocuteur social unique (ISU) unifiait, à compter du 1^{er} janvier 2008, le recouvrement des cotisations et contributions

des artisans et commerçants. Celui-ci était précédemment réparti entre les Urssaf pour la CSG-CRDS et les cotisations d'allocations familiales, les caisses de retraites (Cancava et Organic) pour les cotisations de retraite et les organismes conventionnés avec la Canam pour les cotisations de maladie.

Plutôt que de créer une fonction « recouvrement » autonome au sein du RSI, il a été décidé de s'appuyer sur les moyens et les outils des Urssaf, qui recouvraient déjà 45 % des cotisations et contributions des indépendants, pour assurer la mission du recouvrement.

Ce recours aux Urssaf est organisé par délégation, en application de l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale, sous le timbre et la responsabilité du RSI, le régime conservant en propre certains aspects de la gestion du recouvrement.

Ainsi que l'ont souligné nos collègues Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy dans leur rapport¹, la ligne de partage ainsi définie entre le RSI et les Urssaf s'apparentait plus à une « ligne d'armistice », cette répartition des compétences ayant été plus subie que choisie.

Au-delà des questions de structures, le recouvrement et le service des prestations ont un lien étroit dans le cadre de la protection sociale des indépendants dont le droit aux prestations maladie en espèces et les retraites est directement lié aux cotisations effectivement acquittées.

Dans le cadre de l'ISU, le RSI assure :

- l'affiliation des cotisants ;
- la gestion des déclarations de revenus ;
- le recouvrement contentieux ;
- l'action sociale ;
- le contentieux.

Par délégation du RSI et sous sa responsabilité, les Urssaf assurent :

- le calcul et l'encaissement des cotisations ;
- le recouvrement amiable ;
- le contrôle.

Pour parvenir à faire fonctionner cette organisation sans outil informatique intégré et adapté, les deux structures n'ont eu d'autre choix que de rapprocher géographiquement leurs équipes au sein d'une « organisation commune ISU », déployée progressivement à partir du printemps 2014, en application d'une convention entre l'Acoss et le RSI signée le 31 juillet 2013. Cette organisation commune est placée sous le double pilotage d'agents des Urssaf et du RSI.

¹ N° 597, 2013-2014.

Le présent article met en place une organisation nouvelle du recouvrement des cotisations sociales des indépendants. Il abroge l'ordonnance ayant créé l'ISU, abroge la section II du chapitre III bis relative à l'ISU et rétablit une section 2 au sein du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale outre-mer.

Il unifie la mission du recouvrement des cotisations et contributions des indépendants. Cette mission relève tout à la fois de la compétence des Urssaf, de l'Acoss, de la caisse nationale du RSI, des caisses de base du RSI, et des caisses générales de sécurité sociale.

Le champ du recouvrement est plus large que celui de l'ISU puisqu'il s'étend aux cotisations maladie des professions libérales, dont le recouvrement est actuellement assuré par les organismes conventionnés du RSI et dont le transfert aux Urssaf était prévu par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le présent article ne préserve de cet article 33 que le principe de l'indemnisation des organismes conventionnés en raison du préjudice subi à l'occasion de ce transfert et abroge l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une délégation aux organismes conventionnés. Seules les cotisations de retraite versées à la Cnavpl, caisse des professions libérales réglementées et à la Caisse nationale des barreaux, pour les avocats, ne relèvent pas de cette nouvelle organisation.

Le présent article vise à unifier le pilotage et la responsabilité du recouvrement en prévoyant la nomination, au niveau national, d'un directeur national du recouvrement agissant sur nomination conjointe et sur délégation du directeur de l'Acoss et du directeur général de la Caisse nationale du RSI et, au niveau local, de responsables locaux du recouvrement, agissant sur délégation du directeur de la caisse locale du RSI et du directeur de l'Urssaf régionale.

L'article précise que le directeur national du recouvrement est associé à la préparation et au suivi de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion du RSI.

Le directeur national du recouvrement serait également compétent en matière de systèmes d'information liés au recouvrement.

Sous l'autorité d'un responsable unique, les deux réseaux assureraient une mission intégrée ainsi définie par le nouvel article L. 133-1-2 du code de la sécurité sociale :

- la collecte et le traitement des déclarations de revenus ;
- le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales ;
- le recouvrement amiable et contentieux ;
- le traitement des demandes et des réclamations ;

- le traitement des demandes de décisions explicites relatives aux exonérations de cotisations sociales ;
- la gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exclusion du contentieux général de la sécurité sociale, confié aux commissions de recours amiable du RSI ;
- l'accueil et l'information.

Le recouvrement forcé et le contentieux du recouvrement, qui relevaient juridiquement des caisses du RSI, deviennent des compétences partagées par les deux réseaux.

L'affiliation des cotisants, l'action sociale et le contentieux général de la sécurité sociale restent de la compétence exclusive du RSI tandis que les Urssaf deviennent seules compétentes pour le contrôle et les opérations comptables. Le présent article en tire les conséquences pour la définition des missions respectives de la caisse nationale du RSI, des caisses locales, de l'Acoss et des Urssaf.

L'article L. 611-16 attribuait la responsabilité du contrôle des travailleurs indépendants aux caisses de base du RSI et, le cas échéant à la caisse nationale. Dans le cadre de l'ISU, le RSI en définissait les orientations et le contrôle était délégué aux Urssaf. Le présent article confie la mission de contrôle aux Urssaf, dans les conditions de droit commun, la référence au contrôle en matière de recouvrement est, en conséquence, supprimée à l'article L. 611-16.

Le nouvel article L. 133-1-4 reprend le principe fixé par l'ancien article L. 133-6-4 en cas de recouvrement partiel ; la CSG et la CRDS sont prélevées par priorité, avant les cotisations, dont l'ordre de prélèvement est fixé par décret.

Le nouvel article L. 133-5-1 reprend les dispositions de l'article L. 133-6-6 relatives au fonds national d'action sociale dont la composition et les missions au sein du RSI restent inchangées.

Le nouvel article L. 133-1-6 confie aux Urssaf et aux caisses générales de sécurité sociale outre-mer la comptabilisation des produits et des charges, précédemment assurée par délégation du RSI. L'Acoss est chargée de les combiner et de les notifier à la Caisse nationale du RSI qui procède à leur enregistrement dans ses comptes.

Les dispositions relatives à la déclaration de revenus des indépendants, dont la collecte et le traitement relèvent désormais de l'organisation commune, y compris pour les professions libérales, sont simplifiées. Le nouvel article L. 133-5-2 se borne à en poser le principe mais sans reprendre la disposition relative à la transmission à la Cnavpl et à la CNB.

Les conséquences du nouveau partage des responsabilités entre les questions d'affiliation, pour lesquelles les caisses du RSI sont compétentes et les questions d'exonérations, pour lesquelles les caisses du RSI et les Urssaf sont compétentes, sont tirées à l'article L. 133-6-9 relatif aux demandes explicites des cotisants.

A l'article L. 213-1, relatif au recouvrement par les Urssaf, le présent article tire les conséquences de la compétence partagée avec les caisses locales du RSI pour le recouvrement et son contentieux.

Les conséquences en sont également tirées à l'article L. 225-1-1 relatif aux missions de l'Acoss.

L'article L. 611-4, relatif aux missions de la caisse nationale du RSI, est modifié « en miroir » pour prévoir une coordination avec l'Acoss dans la définition des orientations en matière de recouvrement et pour ajouter l'affiliation des travailleurs indépendants au nombre des missions de la caisse nationale.

Le présent article modifie également les missions des caisses de base du RSI, définies à l'article L. 611-8 du code de la sécurité sociale.

L'entrée en vigueur de l'article est prévue le 1^{er} janvier 2017, à l'exception des dispositions liées à l'entrée en vigueur de la réforme des régimes de retraite des artisans, commerçants et professions libérales relevant de la Cipav, ainsi que celles qui sont relatives au recouvrement des cotisations maladie des professions libérales, qui s'appliquent pour les cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté dix-huit amendements à cet article.

Sur proposition du Gouvernement, elle a précisé que le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants s'effectuait selon les dispositions des chapitres pertinents en termes de recouvrement et de contentieux applicables au régime général, « *sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'État* ».

A l'initiative du Gouvernement, elle a adopté un amendement clarifiant la rédaction de l'article L. 213-1, relatif au recouvrement par les Urssaf, qui visait à la fois, avec certaines redondances, des cotisations visées par risque couvert et par catégories de cotisants. Cet amendement rétablit la base juridique de la délégation aux organismes conventionnés du versement des prestations en espèces de l'assurance-maladie, supprimé par l'article 59 de la LFSS pour 2016. Il précise que le transfert du recouvrement des cotisations maladie des professions libérales comprend aussi les créances antérieures et couvre donc l'ensemble des sommes dues au 1^{er} janvier 2018.

Sur la proposition de Gérard Bapt, rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté un amendement précisant que le transfert du recouvrement des cotisations et des contributions sociales des professions libérales à la nouvelle organisation interviendrait le 1^{er} janvier 2018. La LFSS pour 2016 prévoyait que la date du transfert aux Urssaf serait fixée par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Sur la proposition de Fabrice Verdier et plusieurs de ses collègues, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant qu'un rapport est remis par l'Acosse aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, relatif au « découplage des systèmes d'information utilisés pour le recouvrement respectivement des cotisations des travailleurs salariés et des cotisations personnelles des travailleurs indépendants ».

À l'initiative de Gérard Bapt, elle a également adopté quatorze amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

A la suite du rapport de nos collègues Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy¹, votre commission est attentive à la situation du RSI.

Ce rapport mettait particulièrement en relief les difficultés liées au caractère inadapté des systèmes d'information au recouvrement des cotisations du RSI, difficultés qui restent à régler depuis la création du régime.

Les systèmes d'information sont donc une question majeure pour laquelle les questions de pilotage et d'animation de la réforme seront décisives et nécessiteront un engagement politique constant de la part du Gouvernement. Pour autant, votre rapporteur général ne pense pas qu'un rapport sur le découplage des systèmes d'information soit nécessaire, ni qu'une disposition législative soit indispensable pour que le Gouvernement obtienne de l'Acosse les informations qui lui sont nécessaires. Il lui semble préférable que les ressources de l'Acosse soient mobilisées par la conception et le suivi de ce projet. Votre commission a adopté un amendement (n° 56) supprimant cette demande de rapport.

Pour ce qui concerne l'organisation proposée, il semble à votre rapporteur général qu'elle formalise et traduit en droit, l'organisation d'ores et déjà prévue dans le cadre de l'organisation commune de l'ISU et qu'un tel pilotage est effectivement nécessaire à la bonne marche du recouvrement.

Il émet toutefois une réserve sur l'organisation proposée en ce qu'elle transfère à la nouvelle structure le recouvrement des cotisations dues par les professions libérales, à l'exception des cotisations de vieillesse, dont le transfert aux Urssaf était prévu par la LFSS pour 2016.

¹ Rapport d'information n° 597, 2013-2014.

A la différence des autres travailleurs indépendants, les professions libérales n'ont jamais relevé de l'interlocuteur social unique pour le recouvrement de leurs cotisations, qui relevait des Urssaf pour la plus grande part (cotisations famille et contributions sociales) ou des organismes conventionnés pour les cotisations de maladie. Les cotisations de retraite restent, quant à elles, hors du champ de la nouvelle organisation.

A la différence des autres travailleurs indépendants, les professions libérales ne bénéficient pas d'indemnités journalières, ce qui n'implique pas de lien indissociable entre cotisations et prestations comme c'est le cas pour le service des prestations en espèces des artisans et des commerçants.

Cette nouvelle charge risque de compliquer la mise en place de la nouvelle organisation au bénéfice des artisans et des commerçants, alors que la nouvelle structure devra organiser le transfert des cotisations de retraite d'une partie des micro-entrepreneurs précédemment affiliés à la Cipav, en application de l'article 33 du présent projet de loi.

On peut rappeler ici que le recouvrement des cotisations dues par les entrepreneurs relevant du régime micro-social relève des Urssaf et que la nouvelle organisation n'a donc pas vocation à inclure l'ensemble des affiliés au régime social des indépendants.

Votre commission approuve par conséquent le délai proposé par Gérard Bapt, qui rétablit une unité dans la date de transfert des cotisations des professions libérales à la nouvelle organisation.

Elle a adopté un **amendement n°55** apportant des modifications rédactionnelles à cet article.

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

Article 10

(art. L. 613-1 et art. L. 133-6-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Distinction entre revenus du patrimoine et revenus professionnels.
Affiliation des personnes exerçant une activité
via les plateformes collaboratives

Objet : Cet article a pour objet de clarifier le droit applicable aux revenus tirés des activités de location de locaux d'habitation meublés et de biens meubles.

I - Le dispositif proposé

Le développement des plateformes collaboratives offre un support et un stimulant à la réalisation de certaines activités grâce à une mise en relation facilitée entre particuliers ou entre un prestataire et un usager.

La croissance du volume de ces activités est rapide : l'étude d'impact du présent article évoque un volume d'affaires de 7 milliards d'euros tandis qu'une étude PWC, publiée en septembre 2016, évaluait le montant des transactions réalisées en France dans ce cadre à 28 milliards d'euros.

Ce développement nécessite de clarifier la nature des sommes concernées au regard des obligations fiscales et sociales. Actuellement peu déclarées et peu contrôlées, elles échappent très largement de fait aux prélèvements alors qu'elles y sont très clairement assujetties en droit.

En matière fiscale, une instruction du 30 août 2016¹ a défini les **limites de l'économie du partage** : il est admis de ne pas imposer les revenus tirés d'activités de « coconsommation » qui correspondent à un partage de frais à condition qu'ils respectent des critères cumulatifs liés à la nature de l'activité et aux frais partagés. Il doit s'agir d'une prestation de service dont le particulier qui la propose bénéficie également, dont les revenus tirés n'excèdent pas le montant des coûts directs engagés et les frais partagés ne doivent pas inclure la part de la personne qui propose le service. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, **les revenus sont inclus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu qui agrège la totalité des revenus des membres du foyer fiscal et sont imposables au premier euro.**

Cette solution semble très largement transposable au champ social.

En matière sociale, il est d'ordre public que les revenus d'activités professionnelles sont soumis à cotisations sociales.

¹ BOI-IR-BASE-10-10-10-20160830.

Encore faut-il pouvoir qualifier ce qu'est un revenu d'activité professionnelle. Si tout revenu est taxable à l'impôt sur le revenu, il n'en est pas pour autant assujéti à cotisations sociales. L'assujéttissement des revenus à cotisations est une opération plus complexe dans la mesure où il suppose de disposer d'un statut professionnel de travailleur indépendant, obligatoire dans certaines conditions, mais pour lequel il appartient à la personne d'effectuer les démarches.

Ainsi que le souligne l'étude d'impact, les plateformes collaboratives peuvent donc permettre à des particuliers de réaliser des activités lucratives relativement développées sans respecter, de manière consciente ou non, leurs obligations sociales alors qu'elles recourent des activités habituellement réalisées par des travailleurs indépendants. **L'évitement des prélèvements sociaux ainsi réalisé** relève du travail dissimulé par dissimulation d'activité, au même titre que pour des travailleurs indépendants, qui, régulièrement immatriculés, ne déclareraient pas les revenus tirés des activités réalisées par l'intermédiaire d'une plateforme.

L'article 87 de la loi de finances pour 2015 a instauré une obligation d'information des utilisateurs par les plateformes sur leurs obligations en matière fiscale et sociale.

Le présent article vise, quant à lui, à clarifier les règles sociales applicables aux revenus dégagés des activités de locations de courte durée et de biens meubles.

L'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale pose d'ores et déjà le principe de l'affiliation obligatoire au régime d'assurance-maladie et d'assurance maternité du RSI des travailleurs indépendants lorsque certaines conditions sont remplies.

Le 8° de cet article vise actuellement *« les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être meublés à titre professionnel »*. **Le critère de l'affiliation sociale est celui de l'activité professionnelle lorsqu'elle est qualifiée au sens fiscal.**

L'article 155 du CGI prévoit trois conditions cumulatives pour définir l'activité de loueur à titre professionnel :

- un membre du foyer fiscal est inscrit au registre du commerce et des sociétés en qualité de loueur professionnel ;
- les recettes annuelles retirées de cette activité excèdent 23 000 euros ;
- ces recettes ont un caractère prépondérant par rapport aux autres revenus du foyer soumis à l'impôt sur le revenu.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, ces revenus ne sont pas considérés comme étant tirés d'une activité professionnelle et constituent des revenus du patrimoine. Ils sont soumis à ce titre aux prélèvements sociaux de 15,5 % sur les revenus du patrimoine (CSG, CRDS, prélèvement social et prélèvement de solidarité) et à l'impôt sur le revenu.

Certaines personnes peuvent atteindre le seuil fixé par le CGI, et donc tirer de leur activité un revenu substantiel, sans pour autant remplir les autres activités constitutives d'une activité professionnelle.

C'est pourquoi le présent article modifie les conditions d'affiliation au RSI au titre d'activités de location meublée et instaure une obligation d'affiliation pour les loueurs de biens meubles.

Pour les locations de courte durée « *lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile* », **le critère unique d'affiliation est le dépassement d'un seuil de recettes de 23 000 euros**. Il reste bien sûr possible, pour des personnes dont les recettes seraient inférieures à ce seuil de s'inscrire en tant que loueur de meublé professionnel et d'être affilié, à ce titre, au RSI.

Pour les autres locations, l'affiliation par référence aux conditions définies au IV de l'article 155 du code général des impôts reste valable.

Pour les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de **biens meubles**, le présent article instaure une obligation d'affiliation lorsque les recettes annuelles tirées de l'activité sont supérieures à un seuil fixé par décret. Ce seuil serait fixé à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit **3 850 euros**.

Au-delà de ces seuils, l'assujettissement à cotisations sociales se ferait au premier euro.

Parallèlement, le présent article vise à faciliter les démarches des personnes exerçant une activité par l'intermédiaire de plateformes en ligne en prévoyant la possibilité de donner mandat à la plateforme pour déclarer leur début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises et, lorsqu'ils relèvent du régime de la micro-entreprise, pour procéder à leur déclaration de chiffre d'affaires et payer leurs cotisations sociales. Dans ce dernier cas, les cotisations sont précomptées par la plateforme sur les transactions effectuées par son intermédiaire.

Elles s'élèvent forfaitairement, compte-tenu des dispositions de réduction de cotisations de l'article 8 du présent projet de loi à 22,4 %. S'y ajoutent, selon les cas, un prélèvement libératoire pour l'impôt sur le revenu et les contributions à la formation professionnelles.

L'entrée en vigueur de l'article est prévue le 1^{er} janvier 2018 pour les dispositions relatives aux plateformes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements de suppression de cet article présentés par Pascal Terrasse, Dominique Tian, Jean-Louis Roumégas et Francis Vercamer et plusieurs de leurs collègues.

Saisie, avant la mise aux voix de l'ensemble de la troisième partie, d'une demande de seconde délibération, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement visant à rétablir cet article dans une rédaction qui, reprenant l'amendement déposé par Gérard Bapt, double le seuil d'assujettissement pour les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles en le portant de 10 % à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 7 723 euros.

III - La position de la commission

Votre rapporteur général partage l'idée selon laquelle le développement d'activité par l'intermédiaire de supports nouveaux ne soulève pas de questions de principe nouvelles en droit de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne l'affiliation des personnes et le paiement des cotisations et contributions sociales y afférentes, mais pose plutôt la question de l'effectivité des règles.

A revenus équivalents pour un même type d'activité, le respect de la concurrence implique un niveau de prélèvement identique.

Ainsi que l'ont souligné nos collègues Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas lors de leur communication à la Mecss sur le travail dissimulé, **la question est aussi celle de l'équilibre économique de ces activités lorsqu'elles sont amenées à supporter des prélèvements fiscaux et sociaux de droit commun.**

Le financement de la protection sociale et son poids sur les revenus du travail sont particulièrement interrogés par le phénomène des plateformes collaboratives où certaines activités ont pu démarrer hors du cadre normal des prélèvements sociaux supportés par les travailleurs indépendants et où certaines ne sont viables et durables que dans ces conditions.

Les interrogations et les réactions suscitées par le présent article mettent en relief plusieurs aspects de notre protection sociale : elle est coûteuse et pèse sur l'activité, elle est complexe, en particulier pour les pluriactifs, elle peut être inéquitable pour certains publics qui acquittent ou ont acquitté des prélèvements sociaux au titre d'une autre activité et ne bénéficieront pas forcément d'un degré de protection sociale plus élevé. C'est le cas des personnes en situation de cumul emploi-retraite qui acquittent des cotisations retraite de solidarité ou de certaines situations de pluriactivité.

A la différence de l'impôt, la cotisation sociale est censée avoir une contrepartie. C'est pourquoi l'assujettissement à cotisations sociales, quand la contrepartie n'est pas identifiée par les intéressés, suscite plus de réticences que l'imposition.

Il n'en demeure pas moins que ces questions s'adressent à l'ensemble de notre système de protection sociale et que rien ne justifie, sauf à rompre l'égalité devant les prélèvements sociaux, qu'un sort différent soit fait aux revenus tirés des plateformes collaboratives.

Si le critère d'affiliation à retenir est un seuil de revenus, votre rapporteur général considère qu'il ne doit pas varier en fonction de l'activité considérée.

Par référence avec une activité salariée, le niveau du Smic constitue un seuil aisément compréhensible. Rapporté au plafond de la sécurité sociale et, fortement, arrondi, sa transposition aboutit à proposer un seuil de 40 % du PASS, soit 15 691 euros en 2017.

Si le respect de la concurrence exige l'application des prélèvements sociaux, la simplicité des formalités est une autre exigence.

Sur ce point, il n'est pas certain que le présent article atteigne ses objectifs.

Il est tout à fait légitime d'envisager que les informations proviennent des plateformes et non des particuliers eux-mêmes : tous les flux y sont retracés en temps réel et certaines intègrent le paiement.

Il semble en revanche illusoire d'envisager que les plateformes effectuent la totalité des opérations de déclarations et de paiement des cotisations à partir d'un certain seuil si elles ne sont pas en mesure d'apprécier ce seuil, notamment dans les cas où une même personne est inscrite sur plusieurs plateformes.

Pour les mêmes raisons, les plateformes ne seront pas davantage en mesure de mettre en œuvre des dispositions d'exonérations ou de réductions de cotisations ou d'apprécier l'éventuel dépassement du seuil de la micro-entreprise.

Devant cette difficulté, il appartient à la branche recouvrement de proposer une offre de services qui permette aux plateformes de déposer, en tant que tiers-déclarant, des fichiers, comparables à la DSN pour les entreprises, permettant d'agréger les données concernant une seule et même personne et de lui appliquer éventuellement des seuils.

La transmission serait dématérialisée, selon une norme à définir et selon une périodicité mensuelle. Pour votre rapporteur général, le modèle est la plateforme Cesu, qui pourra intégrer une fonctionnalité de paiement des salariés. Une fonctionnalité de paiement pourrait à terme être offerte pour le recours à des sites d'annonces qui ne la prévoient pas.

Les plateformes devraient en outre disposer des moyens de s'assurer que la déclaration de début d'activité n'a pas déjà été faite, soit par le particulier lui-même, soit par l'intermédiaire d'une autre plateforme et ce d'autant plus que, dans certains cas, ces formalités s'accompagnent du paiement de frais (frais de chambre). À défaut, les Urssaf pourraient ainsi recevoir plusieurs flux CFE pour la même personne et la même activité.

Votre commission considère cependant qu'en dépit de ces nombreuses imprécisions, il convient de « laisser une chance » à ce dispositif qui constitue une première étape.

Enfin, cet article ne traite que des revenus considérés comme tirés d'une activité professionnelle, ce qui pourrait être interprété comme exonérant de tout prélèvement les revenus qui n'atteindraient pas les seuils fixés et laisse entière la question de ceux qui ne sont pas des travailleurs indépendants.

Les prélèvements obligatoires sur les revenus du capital ayant été rapprochés, par l'actuelle majorité, de ceux sur les revenus d'activité, il semble à votre rapporteur général que le recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine pourrait être sécurisé via leur collecte par les plateformes, à l'exemple de ce que l'article 67 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances prévoit en matière de taxe de séjour.

L'article L 136-6 du code de la sécurité sociale, relatif à la CSG sur les revenus du patrimoine serait modifié dans ce sens.

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n°57** prévoyant un seuil unique de 40 % du plafond de la sécurité sociale et ouvrant la possibilité d'une collecte par les plateformes de la CSG sur les revenus du patrimoine.

La collecte de cette contribution relevant de l'administration fiscale, cet amendement illustre la nécessité d'un traitement global, fiscal et social, de cette question des revenus tirés des plateformes collaboratives. Un abattement, tel que proposé par la commission des finances du Sénat lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2016, pourrait représenter un levier important d'incitation à la déclaration.

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

Article 11
(art. 1010 et 1010 B du code général des impôts)
**Modification de la période d'imposition
de la taxe sur les véhicules de société**

Objet : Cet article a pour objet d'aligner la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de société sur l'année civile et de créer une taxation exceptionnelle au titre du dernier trimestre de l'année 2017.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

L'article 1010 du code général des impôts (CGI) prévoit une taxe, communément appelée **taxe sur les véhicules de société** (TVS), due par les sociétés à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Il est précisé que, dans le cas de véhicules pris en location, la taxe est à la charge de la société locataire.

La TVS n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement à la vente, à la location de courte durée ou à l'exécution d'un service de transport public lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société. Sont également exonérés certains véhicules accessibles en fauteuil roulant.

Cette taxe est **affectée à la branche famille** de la sécurité sociale (art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale), bien qu'une fraction de son produit soit depuis 2014 affectée à l'Etat, à hauteur de 150 millions d'euros¹. En 2016, le produit de la TVS affecté à la branche famille devrait s'élever à 543 millions d'euros.

Le montant de la TVS est la **somme de deux composantes**, l'une liée soit aux **émissions de dioxyde de carbone** (CO₂) soit à la puissance fiscale du véhicule et l'autre, créée par la loi de finances pour 2014², liée aux **émissions de polluants atmosphériques**.

Le montant de la première composante dépend, pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire, immatriculés à compter du 1^{er} juin 2004 et qui n'étaient pas utilisés ou possédés par la société avant le 1^{er} janvier 2006, du taux d'émission de dioxyde de carbone, selon un barème progressif présenté dans le tableau ci-après.

¹ L'article 30 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 a prévu l'affectation d'une partie du produit de la TVS à l'Etat pour l'année 2014. L'article 82 de la loi n° 2014-1655 de finances rectificative pour 2014 a pérennisé ce partage.

² Article 30.

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

Les véhicules « hybrides » dont les émissions de dioxyde de carbone sont inférieures à 110 grammes par kilomètre parcouru sont exonérés de cette composante pendant une période de huit trimestres à compter de leur première mise en circulation.

Pour les véhicules plus anciens ou n'ayant pas fait l'objet d'une réception communautaire, le montant de cette composante dépend de la puissance fiscale du véhicule, selon un barème comprenant cinq tranches présenté dans le tableau ci-après.

Puissance fiscale (en chevaux-vapeur)	Tarif applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15	4 500

Le montant de la composante relative aux émissions de polluants atmosphériques est déterminé selon le type de carburant utilisé (essence et assimilé ou diesel et assimilé¹) et l'année de la première mise en circulation du véhicule. Les véhicules fonctionnant exclusivement au moyen de l'énergie électrique sont exonérés de cette composante².

¹ La catégorie « diesel et assimilé » désigne les véhicules dont la motorisation fonctionne exclusivement au gazole et les véhicules hybrides gazole-électricité émettant plus de 110 grammes de CO₂ par kilomètre. La catégorie « essence et assimilé » comprend les autres véhicules, hors véhicules totalement électriques, y compris les véhicules hybrides gazole-électricité dont les émissions de CO₂ sont inférieures à 110 grammes par kilomètre, les véhicules fonctionnant au gaz et les véhicules fonctionnant à l'éthanol BOI-TFP-TVS-30-20141001).

² Ainsi, les véhicules électriques sont dans les faits totalement exonérés de TVS à moins d'émettre plus de 50 grammes de CO₂ par kilomètre.

Année de première mise en circulation du véhicule	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
De 1997 à 2000	45	400
De 2001 à 2005	45	300
De 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011	20	40

Le II de l'article 1010 précise que la TVS est acquittée sur déclaration dans des conditions fixées par décret et qu'elle n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés. Il renvoie enfin à un décret définissant les conditions d'application de l'article dans le cas des véhicules pris en location.

Conformément aux dispositions de l'article **1010-0 A** du CGI, les véhicules possédés ou loués par les salariés ou les dirigeants de la société sont considérés comme des véhicules de société dès lors que celle-ci procède au remboursement des frais kilométriques.

Pour ces véhicules, le montant de la taxe est obtenu en appliquant au montant liquidé en application de l'article 1010 un coefficient variant selon le nombre de kilomètres remboursés, selon le barème présenté dans le tableau ci-après.

Nombre de kilomètres remboursés par la société	Coefficient applicable au tarif liquidé (en %)
De 0 à 15 000	0
De 15 001 à 25 000	25
De 25 001 à 35 000	50
De 35 001 à 45 000	75
Supérieur à 45 000	100

Le montant total de la taxe due au titre de ces véhicules est réduit d'un abattement forfaitaire de 15 000 euros.

L'article **1010 B** du CGI dispose que les règles applicables au recouvrement et au contrôle de la TVS ainsi qu'à l'instruction des réclamations sont celles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires. Toutefois, il est précisé que les dispositions relatives à la transmission par voie électronique des déclarations et au téléversement, prévues aux articles 1649 *quater* B et 1695 *quater* ne sont pas applicables.

Les dispositions réglementaires auxquelles renvoie l'article 1010 sont contenues dans les **annexes du CGI**.

L'article **310 E de l'annexe 2** du CGI précise notamment que la TVS est liquidée par trimestre, la période d'imposition s'étendant **du 1^{er} octobre au 30 septembre** de l'année suivante.

L'article **406 bis de l'annexe 3** précise que la déclaration relative à la TVS est souscrite sur des imprimés fournis par l'administration (il s'agit de la déclaration n° 2055-SD) et déposée dans les deux premiers mois de chaque période d'imposition (soit les mois d'octobre et de novembre). Le paiement s'effectue lors du dépôt de la déclaration par les moyens de paiement ordinaires. Cet article précise enfin que, pour les véhicules loués, la taxe n'est due que si la durée de la location excède un mois civil ou trente jours consécutifs et n'est due qu'au titre d'un seul trimestre si cette durée n'excède pas trois mois civils ou quatre-vingt-dix jours consécutifs.

B. Les dispositions du projet de loi de financement

1. Modification de la période d'imposition

Le 1° du A du I du présent article modifie la rédaction du I de l'article 1010 du CGI.

A l'instar de ce qui est prévu aujourd'hui dans le cas des véhicules pris en location, la nouvelle rédaction précise que, dans le cas d'une mise à disposition, c'est l'entreprise qui en bénéficie qui est redevable de la TVS.

Les **renvois à des décrets** fixant les modalités d'application de l'exonération dont bénéficient les véhicules accessibles aux personnes handicapées d'une part et les modalités d'assiette de la TVS d'autre part sont **supprimés**.

L'exonération des véhicules tenant à l'activité de la société propriétaire est maintenue dans les mêmes termes. En outre, une nouvelle indexation I bis est créée, comprenant les dispositions relatives au calcul du montant de la taxe, qui ne sont pas modifiées.

Le 2° du même A modifie le II de l'article 1010. Son premier alinéa, qui dispose que la taxe est acquittée sur déclaration dans des conditions fixées par décret est remplacé par huit alinéas dont les dispositions tendent à **déterminer les modalités selon laquelle la TVS est collectée**. Il est précisé que la période d'imposition de la taxe s'étend **du 1^{er} janvier au 31 décembre**, contrairement à ce que prévoit actuellement l'article 310 E de l'annexe 2 du CGI.

Par ailleurs, le présent article confère une **valeur législative à des dispositions qui sont actuellement prévues dans les annexes** du CGI.

Il est ainsi prévu, conformément aux dispositions actuelles de l'article 406 bis de l'annexe 3 du CGI, que la TVS est liquidée par trimestre, en appliquant le tarif prévu aux véhicules possédés au premier jour du trimestre ou utilisés par celle-ci au cours de ce trimestre. Il est également rappelé que la taxe n'est pas due pour les véhicules pris en location pour une durée inférieure à un mois et qu'elle n'est due qu'au titre d'un seul trimestre si la location ne dépasse pas trois mois consécutifs.

Enfin, la disposition selon laquelle le montant dû au titre d'un trimestre pour un véhicule est égale au quart du tarif annuel est également reprise

2. Modalités de déclaration

Le même 2° du I du présent article crée un III au sein de l'article 1010, **définissant les modalités selon lesquelles la taxe est déclarée et liquidée, en remplacement des dispositions actuelles** qui prévoient qu'elle est acquittée chaque année au moment de la déclaration. Les modalités de liquidation de la taxe dépendront ainsi du statut de la société redevable au regard de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) :

- les redevables de la TVA soumises au régime normal d'imposition, qui transmettent une déclaration de TVA (document n° 3310 CA3) chaque mois ou chaque trimestre¹ par voie électronique transmettront leur déclaration de TVS en annexe de la dernière déclaration de TVA de l'année ;

- les non-redevables de la TVA, qui transmettent néanmoins à l'administration la déclaration n° 3310 CA3, par voie électronique, au cours du mois de janvier suivant l'année d'imposition, déclareront également leur TVS en annexe de ce document, dans les délais prévus en matière de taxe sur le chiffre d'affaires ;

- les redevables de la TVA soumis à un régime simplifié² devront transmettre leur déclaration de TVS avant le 15 janvier de l'année suivante, sur un formulaire conforme à un modèle établi par l'administration.

Les sociétés redevables de la TVA soumises au régime normal et celles qui ne sont pas redevables de la TVA, c'est-à-dire **la très grande majorité des redevables de la TVS devront donc procéder à la déclaration et au paiement de cette taxe par voie dématérialisée**. L'étude d'impact précise qu'une fiche de calcul sera mise à disposition des entreprises concernées sur le site impots.gouv.fr afin de les aider à liquider le montant de la taxe qu'elles doivent acquitter. Les sociétés soumises à un régime simplifié continueront de transmettre une déclaration sous format papier et de s'acquitter de la TVS par virement.

¹ La déclaration peut être déposée trimestriellement lorsque le montant de TVA du est inférieur à 4 000 euros.

² Le régime dit du « réel simplifié » est prévu à l'article 302 septies bis du CGI et le régime simplifié de l'agriculture à l'article 298 bis.

Enfin, l'absence de déductibilité de la TVS pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés est maintenue, sous une nouvelle indexation « IV ». Le renvoi à un décret définissant les modalités d'application de la taxe pour les véhicules pris en location disparaît.

Par coordination avec les nouvelles modalités de liquidation et de paiement, le B du I du présent article supprime le dernier alinéa de l'article 1010 B du CGI qui prévoit que les dispositions *relatives à la transmission par voie électronique des déclarations et au téléversement, prévues aux articles 1649 quater B et 1695 quater* ne sont pas applicables à la taxe sur les véhicules de société.

3. Entrée en vigueur et taxation exceptionnelle

Le II du présent article prévoit les modalités d'entrée en vigueur des nouvelles règles applicables à la TVS.

Le A précise que le I s'applique à compter du **1^{er} janvier 2018**. Ainsi, à l'issue de la période d'imposition courant d'octobre 2016 à fin septembre 2017, les entreprises redevables de la TVS s'acquitteront de cette taxe selon le droit actuel. Au 1^{er} janvier 2018 s'ouvrira une nouvelle période d'imposition courant jusqu'à la fin du mois de décembre de la même année. Le dernier trimestre 2017 échapperait donc à toute taxation.

Pour remédier à cela, le B du même II crée une **taxe exceptionnelle**, calculée et recouvrée selon les modalités issues de la nouvelle rédaction de l'article 1010 et applicable au **dernier trimestre 2017**. S'agissant des véhicules pour lesquels la société prend en charge les frais kilométriques, le nombre de kilomètres pris en compte conformément au barème prévu par l'article 1010 B et le montant de l'abattement prévu par le même article sont divisés par quatre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels de son rapporteur.

III - La position de la commission

Le présent article est à mettre en relation avec l'article 26 du projet de loi de finances pour 2017, qui prévoit que **la branche famille bénéficie de l'intégralité du produit de la TVS, soit 640 millions d'euros**, en abrogeant le B du IV de l'article 20 de la loi de finances pour 2014.

Votre rapporteur estime que la simplification des modalités de liquidation de la TVS et le **recours accru à la dématérialisation vont dans le bon sens**. Par ailleurs, le présent article inscrit au niveau législatif des dispositions qui figuraient dans les annexes du CGI, à valeur réglementaire. Les dispositions en question devront être abrogées par voie réglementaire.

Votre rapporteur est donc favorable aux dispositions de cet article bien qu'il estime qu'il **résulte au moins autant d'une volonté de dégager artificiellement une recette exceptionnelle que de simplifier les démarches des entreprises.**

En effet, l'alignement de la période d'imposition sur l'année civile, apparaît comme un prétexte pour la création d'une taxe exceptionnelle non pérenne, qui doit rapporter à la branche famille une recette supplémentaire de **160 millions d'euros** en 2017, soit plus de **15 % de la réduction espérée de son déficit.**

Après le décalage du versement de la prime à la naissance du septième mois de grossesse au deuxième mois après la naissance, qui avait permis un sursaut de trésorerie de 200 millions d'euros en 2015, votre rapporteur constate donc que le retour à l'équilibre de la branche famille passe par un recours à des **subterfuges qui ne garantissent pas un réel assainissement de ses comptes.**

Votre commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 58** de votre rapporteur.

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

Article 11 bis (nouveau)

**Augmentation des seuils de revenu fiscal de référence
ouvrant droit à l'exonération et au taux réduit de contributions sociales
sur les revenus de remplacement**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de relever les seuils de revenu fiscal de référence en dessous desquels les bénéficiaires de revenus de remplacement bénéficient de l'exonération et du taux réduit de la CSG et de la CRDS.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le droit en vigueur

Les revenus de remplacement, pensions de retraite, d'invalidité et allocations chômage, n'ont jamais été soumis à cotisations sociales de droit commun, à l'exception de la cotisation maladie, initialement au taux de 1 %, assise sur les pensions de retraite et les allocations de chômage et instaurée par la loi du 28 décembre 1979.

Lors de l'instauration de la CSG, en 1991, les revenus de remplacement ont été assujettis, comme l'ensemble des revenus, quelle qu'en soit l'origine, conformément au principe d'universalité de cette contribution, au taux de 1,1 %.

En 1996, la création de la CRDS a de même frappé l'ensemble des revenus au taux, inchangé depuis, de 0,5 %.

En loi de financement pour 1997, lorsque le taux de CSG a été porté à 3,4 %, un taux réduit de 1 % a été instauré sur les revenus de remplacement, alors que le taux de la contribution d'assurance maladie était porté à 2,8 %, soit un taux global de prélèvement, avec la CRDS, de 6,7 % sur les pensions, ou de 4,3 % pour le taux réduit applicable aux personnes redevables d'un montant d'impôt inférieur au seuil de recouvrement.

En loi de financement pour 1998, le taux normal de la CSG a été porté à 7,5 %. Le taux global de prélèvement sur les retraites n'a pas changé, la cotisation maladie de 2,8 % ayant été supprimée alors que le taux de la CSG sur les retraites passait à 6,2 %, ou à 3,8 % pour le taux réduit. Une exonération a en revanche été instaurée pour les pensions les plus faibles.

Sans modifier les taux de CSG, la loi de financement pour 2015 a réformé les seuils applicables qui dépendaient du montant de l'impôt dû pour l'exonération (seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation) et l'application du taux réduit (seuil de mise en recouvrement), en leur substituant un seul critère, le revenu fiscal de référence.

Cette mesure avait pour objectif d'éviter les changements de taux, qui concernaient chaque année plus d'un retraité sur dix, et de garantir que deux foyers de retraités aux revenus identiques sont assujettis au même taux de CSG, nonobstant les crédits d'impôts dont ils peuvent bénéficier.

Cette réforme avait ainsi pour objet et pour effet de décorrélérer le taux de CSG applicable aux revenus de remplacement de la politique menée en matière d'impôt sur le revenu. Elle se combinait en effet avec une mesure de réduction forfaitaire de l'impôt sur le revenu de 350 euros pour une personne seule pour les foyers fiscaux dont le revenu fiscal de référence était inférieur à 14 145 euros.

Afin de limiter les pertes pour la sécurité sociale tout en permettant à certains foyers de bénéficier, de manière cumulée, de la réduction d'impôt et du taux réduit de CSG, cette réforme ne s'est pas contentée de traduire les anciens seuils en revenu fiscal de référence mais les a relevés, de 4 % pour le seuil d'exonération et de 14 % pour le seuil du taux normal.

Prélèvements sociaux selon le revenu fiscal de référence (LFSS 2015)

	CRITÈRE	CSG	CSG déductible	CASA	CRDS
Exemption d'assiette	Revenu fiscal de référence inférieur à 10 633 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire	0	0	0	0
Taux réduit	Revenu fiscal de référence supérieur à 10 633 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire et inférieure à 13 900 €	3,8 %	3,8 %	0	0,5 %
Taux normal	Revenu fiscal de référence supérieur à 13 900 € pour la 1 ^{ère} part + 26,7 % (3 711 €) pour chaque ½ part supplémentaire	Allocations de chômage			
		6,2 %	3,8 %	0	0,5 %
		Pensions de retraite			
		6,6 %	4,2 %	0,3 %	0,5 %

Sont exonérées les personnes dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 10 633 euros pour la première part de quotient familial et bénéficient du taux réduit les personnes dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 10 633 euros et inférieur à 13 900 euros. Ce montant est revalorisé chaque année en fonction de l'inflation.

Le critère est bien le revenu fiscal de référence, c'est-à-dire le revenu net après abattement de 10 % et, le cas échéant, pour un retraité de plus de 65 ans, après abattement forfaitaire.

Dans l'étude d'impact associée à la réforme de 2015, le Gouvernement ne chiffrait pas le nombre de personnes passant du taux réduit à l'exonération ou inversement. Il estimait à 700 000 le nombre de personnes concernées par le passage du taux normal au taux réduit et à 460 000 le nombre de personnes concernées par le passage du taux réduit au taux normal.

Ainsi que l'a souligné votre rapporteur général dans son rapport sur la mise en œuvre de la loi de financement pour 2015¹, le nombre de personnes passées d'un taux à l'autre est équivalent, de l'ordre de 500 000, tandis que 380 000 personnes sont entrées dans l'exonération en 2015.

¹ Rapport d'information n°740 (2015-2016).

Il est malaisé de distinguer, dans ces mouvements, la part respective de la réforme des taux de CSG, des réformes intervenues en matière d'impôt sur le revenu et de l'évolution des pensions, appelée effet « de noria », qui conduit à ce que les nouveaux retraités aient en moyenne des pensions plus élevées que les retraités de plus longue date. Il est en effet logique, et souhaitable, que l'exonération et le taux réduit s'appliquent à un nombre plus faible de retraités¹. De fait la part des retraités bénéficiant de l'exonération est passée de 38 % en 2008 à 32,2 % en 2014. Elle était de 29 % en 2015, ce qui représente une baisse importante.

Votre rapporteur général ne peut que constater que le produit de la CSG sur les revenus de remplacement a progressé de 4 % en 2015, passant de 15,6 milliards d'euros à 16,2 milliards d'euros. L'annexe 4 indique que « *ce dynamisme est en partie lié à la fiscalisation des majorations de pensions, décidée en LFI pour 2014, qui fait entrer ces revenus dans le revenu fiscal de référence (...) il pourrait s'expliquer également par les changements de règles d'assujettissement à la CSG à taux plein.* ».

Pour les bénéficiaires d'une pension de retraite du régime général, la situation est actuellement la suivante.

**Assujettissement aux contributions sociales
des bénéficiaires de pensions de retraite du régime général en 2015**

	Effectif	en %	rendement	en %	Assiette	en %	Taux effectif
CSG taux plein	8 050	58 %	4 800	90 %	72,7	67 %	6,6 %
CSG taux réduit	1 800	13 %	530	10 %	13,8	13 %	3,8 %
CSG exonérée	4 010	29 %	-	-	21,3	20 %	0 %
CRDS	9 840	71 %	430	100 %	86,5	80 %	0,5 %
CRDS exonérée	4 010	29 %	-	-	21,3	20 %	0 %
Casa	8 050	58 %	220	100 %	72,7	67 %	0,3 %
Casa exonérée	5 810	42 %	-	-	35,2	33 %	0 %
Total	13 850		5 980		107,9		5,5 %

Source : Annexe 5 PLFSS 2017

Pour les chômeurs, la part des indemnités exonérées est importante et la part des indemnités assujetties à un taux réduit est très restreinte Seuls 11% des chômeurs sont assujettis à un taux plein.

¹ La pension moyenne brute de droit directe est ainsi passée de 1 174 euros en 2008 à 1 322 euros en 2014.

Assiette des différents taux de CSG acquittée par les chômeurs en 2015

Assiette		Exonération	Taux réduit (3,8 %)	Taux plein (6,2 %)	Total
2015	(en Md €)	19,8	0,8	6,5	27,1
	(en %)	73 %	3 %	24 %	100 %

Source : PLFSS 2017

B. Les dispositions du projet de loi de financement

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale de deux amendements identiques, présentés par Gérard Bapt, rapporteur, et plusieurs de ses collègues et par Roger-Gérard Schwartzberg et plusieurs de ses collègues.

Il majore de 3 % les seuils d'exonération et de taux réduit de la CSG et CRDS pour les revenus de remplacement (allocations de chômage, pensions de retraite et pensions d'invalidité).

Prélèvements sociaux après majoration du revenu fiscal de référence

	Critère	CSG	CSG déductible	CASA	CRDS
Exemption d'assiette	Revenu fiscal de référence inférieur ou égal à 10 996 € pour la 1 ^{ère} part + 2 936 € pour chaque ½ part supplémentaire	0	0	0	0
Taux réduit	Revenu fiscal de référence supérieur à 10 996 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire et inférieure à 14 375 €	3,8 %	3,8 %	0	0,5 %
Taux normal	Revenu fiscal de référence supérieur ou égal à 14 375 € pour la 1 ^{ère} part + 26,7 % (3 838 €) pour chaque ½ part supplémentaire	Allocations de chômage			
		6,2 %	3,8 %	0	0,5 %
		Pensions de retraite			
		6,6 %	4,2 %	0,3 %	0,5 %

Source : Art. 11 bis

L'article revalorise également les seuils définis pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, d'une part, et la Guyane et Mayotte, d'autre part.

D'après les auteurs des amendements, il permettrait à 290 000 ménages retraités supplémentaires de bénéficier d'une exonération pour une moindre recette de 160 millions d'euros, 260 000 ménages supplémentaires ayant accès au taux réduit pour une moindre recette d'environ 120 millions d'euros. Le coût total de cette mesure serait donc de 280 millions d'euros.

Pour les chômeurs, la mesure bénéficie à 20 000 personnes dont 10 000 bénéficieraient de l'exonération.

II - La position de la commission

Cet article se donne pour objectif de corriger les effets collatéraux en matière de fiscalité locale et d'assujettissement à la CSG-CRDS pour les retraités à bas revenus, du cumul de plusieurs réformes fiscales intervenues au cours des dernières années.

La suppression de la « demi-part des veuves » à partir de 2008 pour un plein effet en 2014 et la fiscalisation de la majoration de pensions pour les parents ayant élevé trois enfants en 2013 se sont traduites respectivement par 800 millions d'euros et 1,5 milliard d'euros de prélèvements supplémentaires.

Il est en revanche plus douteux que la fiscalisation de la contribution employeur au financement de la complémentaire santé ait pu avoir un effet sur les bénéficiaires de revenus de remplacement.

Pour les ménages à faibles revenus, ces mesures ont été pour partie compensées par des mesures générales relatives au bas de barème de l'impôt sur le revenu. Les retraités qui bénéficiaient de l'exonération, n'étant pas imposables, n'ont pas bénéficié de ces mesures.

En matière de taxes locales, la loi de finances rectificative pour 2015 a majoré de 483 millions d'euros les crédits de la mission *Remboursements et dégrèvements* au titre de la reconduction en 2015 des exonérations de taxe d'habitation et de contribution à l'audiovisuel public, prévues en 2014. Cette mesure ayant l'intérêt de cibler précisément les personnes ayant perdu le bénéfice des exonérations de taxes locales.

Le présent article ne peut, en revanche, cibler les ménages qui auraient vu, à revenu inchangé, leur taux de CSG augmenter, ni distinguer, au sein des ménages bénéficiant de revenus de remplacement, ceux qui perçoivent une pension de retraite et ont été potentiellement concernés par les mesures de fiscalisation de revenus qui ne l'étaient pas précédemment.

La perte de recette liée à l'exonération et au taux réduit de CSG, CRDS ne fait actuellement pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale. Les auteurs de l'amendement indiquent que le manque à gagner pourrait être compensé par la révision du régime social applicable aux attributions d'actions gratuites, adopté dans la loi relative à la croissance et l'activité qui se traduit par une moindre recette pour la sécurité sociale de 0,2 milliard d'euros. La compensation à la Cades de la moindre recette de CRDS n'est, en revanche, pas précisée.

Tout en comprenant et en partageant les objectifs de soutenir le pouvoir d'achat des bénéficiaires des revenus de remplacement les plus modestes, votre rapporteur général s'interroge sur l'accroissement de l'écart de taux de prélèvement, pour un même revenu, entre les actifs et les bénéficiaires de revenus de remplacement.

En 2016, le nombre de foyers fiscaux comportant au moins un actif salarié et dont le revenu fiscal de référence est situé en dessous du seuil d'exonération de CSG pour les revenus de remplacement (10 676€ + 2 850€ par demi-part supplémentaire), est estimé à environ **5,4 millions** pour la France entière. L'assiette de CSG correspondante (salaires bruts corrigés de l'abattement de 1,75%) est d'environ **62 milliards d'euros**. Si ces ménages devaient être exonérés, la moindre recette pour la sécurité sociale serait de 5 milliards d'euros, soit une grandeur macroéconomique. **Pour un même revenu, ces ménages acquittent un différentiel de 7,86 % de prélèvements.**

Votre commission souligne cependant que cet article a pour objectif de corriger les effets non maîtrisés de certaines mesures, en particulier de la fiscalisation de la majoration pour enfants.

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n° 59** rédactionnel à cet article.

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

CHAPITRE II

Mesures relatives au recouvrement

Article 12

(art. L. 133-6-8, L. 133-11 et L. 243-6-6 [nouveaux] du code de la sécurité sociale et L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime)

Cadre juridique des relations entre tiers-déclarants et cotisants

Objet : Cet article vise à donner un cadre législatif aux relations entre les tiers-déclarants et les cotisants.

I - Le dispositif proposé

Cet article transpose, dans le champ social, le dispositif législatif mis en place par la loi de finances rectificative pour 2010 en matière d'impôt sur le revenu, qui permet à un tiers de confiance, expert-comptable, notaire ou avocat, de centraliser et de conserver les pièces justificatives et d'effectuer, le cas échéant, les déclarations de revenus. Un décret du 18 août 2014 relatif au « mandat fiscal unique » permet à l'expert-comptable d'établir toutes les télé-déclarations fiscales d'un même client.

En matière sociale, de nombreuses entreprises ont d'ores et déjà recours à un tiers-déclarant pour l'accomplissement de tout ou partie de leurs obligations. La quasi-totalité des entreprises commerciales ont ainsi recours à un expert-comptable, profession dont l'implication est déterminante pour la mise en œuvre de la modernisation des procédures de déclaration et de recouvrement. Le tiers-déclarant peut aussi être une société d'externalisation de la fonction de paie.

Le recours à un tiers se fonde juridiquement sur la notion de mandat défini à l'article 1984 du code civil comme l'acte par lequel « *une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom* ».

Le droit de la sécurité sociale confère d'ores et déjà certaines obligations et certaines prérogatives aux tiers-déclarants, comme la mise en œuvre anticipée de la DSN, la possibilité de faire une demande de rescrit social ou de conclure, pour le compte de son client, une transaction avec un organisme de recouvrement. Le RSI a développé une offre de services en ligne qui permet à un tiers-déclarant d'accomplir, au moyen de ses propres identifiants, toutes les formalités sociales (déclarations, paiement de cotisations principalement) pour l'ensemble de ses clients.

Le présent article donne un cadre législatif au tiers-déclarant en définissant son rôle, en prévoyant un mandat unique du tiers-déclarant pour l'ensemble des organismes sociaux ainsi que certaines obligations, notamment de dématérialisation.

Il complète la section 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, relatif au régime micro-social, pour préciser que toute démarche réalisée en application de la section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant.

Il crée, au sein du même chapitre, une section 7 « modernisation et simplification des formalités pour les cotisants ayant recours à un tiers-déclarant », composée d'un article L. 133-11.

Cet article pose le principe que toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants peut être effectuée pour leur compte par un tiers.

Le mandat confié à ce tiers fait l'objet d'une déclaration auprès d'un organisme qui sera désigné par décret. Cette déclaration permet un mandat unique qui sera ensuite valable auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale.

L'employeur ou le travailleur indépendant reste soumis à l'obligation de répondre aux demandes des organismes de sécurité sociale et le II de l'article précise que ses dispositions s'appliquent « *sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard de l'employeur ou du travailleur indépendant* ».

Comme en matière fiscale (art 170 *ter* du CGI), le présent article prévoit, en cas de fraude ou de complicité de fraude, une sanction du mandataire qui se verrait interdire d'assurer, pour l'avenir, les fonctions de tiers-déclarant auprès des organismes de sécurité sociale. L'obligation d'informer le cotisant est confiée au mandataire sanctionné.

Comme en matière fiscale au titre de la déclaration d'impôt sur le revenu, une obligation, pour les tiers-déclarants, de déclaration, et le cas échéant, de paiement, par voie dématérialisée, est mise en place en matière sociale à compter du 1^{er} janvier 2018. S'agissant des employeurs, la mise en œuvre de la DSN conduira, de fait, à la généralisation de la dématérialisation des déclarations sociales des tiers-déclarants. La mesure concerne donc les tiers exerçant pour le compte de travailleurs indépendants.

Le non-respect de cette forme déclarative donne lieu à l'application, à l'encontre du tiers-déclarant, de la même majoration que celle prévue pour les employeurs : 0,2 % des sommes déclarées.

Le 3° du présent article décline le recours au tiers-déclarants pour les dispositions de la section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, relative aux droits des cotisants, notamment au rescrit social. Il pose le principe de la possibilité du recours au tiers-déclarant pour exercer les droits du cotisant et supprime les dispositions spécifiques prévues pour le seul rescrit social au bénéfice des avocats et des experts-comptables.

Le II du présent article complète l'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime, qui rend la transaction applicable au régime agricole, pour lui rendre également applicable le régime du tiers-déclarant en matière de droit des cotisants.

Le III du présent article est relatif à l'entrée en vigueur de ses dispositions, décalée au 1^{er} janvier 2018 pour l'application aux travailleurs indépendants du régime applicable au tiers déclarant.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Cet article constitue une formalisation bienvenue du régime de tiers-déclarant.

Votre rapporteur général estime nécessaire de limiter dans le temps la sanction du retrait de la qualité de tiers-déclarant et de prévoir la possibilité de la moduler. Il juge aussi souhaitable que le cotisant soit informé par l'organisme de recouvrement, que le tiers-déclarant n'est plus habilité à intervenir pour son compte, plutôt que d'en confier le soin au tiers-déclarant qui fait l'objet de la sanction. La commission a adopté en ce sens l'**amendement n°60**.

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

Article 13

(art. 242-1-2 et L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale
et L. 723-11, L. 724-9 et L. 724-13 du code rural et de la pêche maritime)

**Assiette forfaitaire en cas de travail dissimulé
constaté chez un particulier employeur -
Modulation et harmonisation entre régimes
des sanctions en cas d'obstacles à contrôle**

Objet : Cet article fait évoluer les sanctions en fonction de la nature et de la taille de l'entreprise et les harmonise entre les différents régimes.

I - Le dispositif proposé

Pour les situations de travail dissimulé et d'obstacles à contrôle, le présent article vise à faire évoluer et à moduler les sanctions en fonction de la nature et de la taille de l'entreprise et à les harmoniser entre le régime général et le régime agricole.

En matière de travail dissimulé, les particuliers-employeurs sont théoriquement passibles des mêmes sanctions que les autres entreprises même si, en pratique, compte tenu du fait que le lieu de travail de l'entreprise est le domicile de l'employeur et que les enjeux financiers sont moindres, les contrôles sont rares.

Lorsqu'une personne contrôlée fait obstacle à la bonne réalisation de leur mission par les inspecteurs du recouvrement, elle est passible, sur saisine du juge par l'inspecteur du recouvrement, d'une sanction pénale prévue par le code de la sécurité sociale, de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Pour les mêmes faits, l'ordonnance n° 2016-413 du 7 avril 2016 relative au contrôle de l'application du droit du travail a prévu des sanctions différentes au sein du régime agricole. Les dispositions du code rural et de la pêche maritime prévoient, avec la possibilité de ne retenir que l'une des deux sanctions, une peine d'un an de prison et une amende qui a été relevée à 37 500 euros.

En cas d'obstacle lors de contrôles réalisés par les branches famille et vieillesse, une pénalité financière pouvant aller jusqu'à deux mois le plafond mensuel de la sécurité sociale peut être prononcée, en application de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale, par le directeur de l'organisme. Le plafond de la sanction est doublé en cas de récidive.

En matière fiscale, l'obstacle à contrôle est sanctionné à la fois au plan pénal par 25 000 euros d'amende et, en cas de récidive, par une peine d'emprisonnement de 6 mois (article 1746 du CGI) et au plan administratif, par une majoration de 100 % du redressement lorsqu'a été mise en œuvre la procédure d'évaluation forfaitaire (article 1732 du CGI).

Les situations d'obstacles à contrôle rencontrées par les inspecteurs du recouvrement sont peu nombreuses : l'étude d'impact n'en relève aucune dans le champ de l'Urssaf au cours de la période récente et dix-sept au sein du régime agricole.

Le présent article adapte tout d'abord le dispositif de redressement sur la base d'une assiette forfaitaire qui s'applique, en cas de travail dissimulé, lorsque l'employeur n'apporte pas d'élément de preuve en termes de durée effective d'emploi et de rémunérations. Les cotisations sont alors calculées sur une assiette mensuelle de 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 9 564 euros en 2016. Le présent article définit une assiette forfaitaire spécifique lorsque la situation de travail dissimulé concerne un particulier-employeur : l'assiette forfaitaire serait de 12,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

En matière d'obstacle à contrôle, le présent article substitue, sur le modèle applicable en matière fiscale et par les branches prestataires, une sanction administrative à la sanction pénale prévue par le code de la sécurité sociale. Il supprime la peine d'emprisonnement, la pénalité financière étant prononcée par le directeur de l'organisme de recouvrement.

La pénalité est différente selon la nature et la taille de l'entreprise. Le montant maximal est de :

- 3 750 euros pour un particulier employeur ;
- 7 500 euros pour un travailleur indépendant ;
- 7 500 euros par salarié pour un employeur, avec un plafond de 750 000 euros par entreprise.

Il est doublé en cas de récidive dans un délai de cinq ans.

L'obstacle à contrôle est défini comme « *des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, visant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, ou à une convocation dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle* ».

Dans la mesure où la sanction n'est plus prononcée par un juge mais par une autorité administrative, le présent article précise la procédure en matière de contradictoire. Il est prévu que le directeur notifie à la personne contrôlée les faits reprochés ainsi que le montant envisagé de la pénalité. Cette dernière peut faire part de ses arguments par écrit selon des modalités à préciser par décret en Conseil d'Etat. Le directeur notifie, s'il y a lieu, la pénalité retenue par voie de mise en demeure. La contestation de cette décision s'effectue selon les règles et garanties applicables au recouvrement des cotisations : saisine de la commission de recours amiable dans un délai de 2 mois suivant la notification de la mise en demeure de payer, suivie, le cas échéant, de la saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale.

En cas de constat de travail dissimulé, le directeur du recouvrement reste compétent pour prononcer la sanction de l'obstacle à contrôle et transmet le procès-verbal de travail dissimulé au Procureur de la République dans des conditions inchangées.

Le présent article modifie ensuite le code rural et de la pêche maritime afin d'harmoniser les règles applicables au régime agricole et celles applicables au régime général.

Il complète l'article L. 723-11 relatif aux missions de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour étendre sa mission de mise en œuvre et de coordination des actions de contrôle au recouvrement des cotisations et non plus seulement au service des prestations.

En leur rendant applicables les dispositions de l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale qui sanctionnent les actes d'outrages à agents de manière identique à ceux commis à l'égard des officiers de police judiciaire, le présent article aligne sur le régime général les dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives à la protection des contrôleurs MSA pour lesquels il est actuellement fait référence aux inspecteurs et contrôleurs du travail.

Le présent article étend aux contrôleurs de la MSA la possibilité de coopérer avec les corps de contrôle étrangers, prévue par l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale.

Il aligne, sur le régime général, tout en les adaptant, les sanctions pour obstacle à contrôle :

- des agents de contrôle ;
- des conseillers de prévention des caisses de MSA ;
- des autres agents des caisses prestataires ;
- à savoir des pénalités financières prononcées par le directeur de la caisse et plafonnées à 2 plafonds mensuels sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Cet article s'inscrit dans un mouvement plus général, en droit du travail et de la sécurité sociale, qui tend à substituer une sanction administrative à une sanction pénale, jugée à la fois disproportionnée et peu appliquée donc peu efficace.

Il va dans le sens des préconisations de nos collègues Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas dans leur communication à la Mecss sur le travail dissimulé, la réponse pénale étant souvent inadaptée face à des comportements mis en regard d'autres délits devant les tribunaux correctionnels et peu motivante pour les équipes de contrôle.

Il importe cependant de veiller à ce que les droits de la défense, protégés dans le cadre de la procédure judiciaire, le soient aussi bien dans le cadre d'une procédure administrative, sauf à risquer de perdre face à des recours devant les juridictions de sécurité sociale le temps gagné devant les tribunaux correctionnels.

Votre commission a adopté un **amendement n° 61** à cet article transposant au régime agricole les nouvelles sanctions applicables en matière d'obstacle à contrôle.

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

Article 14

(art. L. 133-1, L. 133-4-2, L. 133-4-9, L. 136-5, L. 242-1-1, L. 242-11, L. 243-2, L. 243-3-1 et L. 651-7 du code de la sécurité sociale)

Recouvrement des créances en matière de travail illégal et adaptation des sanctions en matière de fraude

Objet : Cet article harmonise les délais de prescription applicables en matière de recouvrement, réforme la procédure de flagrance sociale, aménage le dispositif d'opposition à tiers détenteur et élargit les sanctions applicables en matière de travail illégal.

I - Le dispositif proposé

• Délais de prescription applicables en matière de recouvrement

Le code de la sécurité sociale distingue trois délais de prescription en matière de recouvrement de cotisations de sécurité sociale.

À la suite d'un contrôle, l'article L. 244-3 fixe le délai de reprise des cotisations aux trois ans qui précèdent l'année de l'envoi de la mise en demeure ou de l'avertissement et à l'année en cours. Ce délai est porté à cinq ans en cas de constatation d'une infraction de travail illégal. Le même article fixe à deux ans le délai de recouvrement des majorations de retard à compter du paiement des cotisations ayant donné lieu à l'application des majorations. Pour les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires, le délai est de deux ans à compter de la production de la déclaration ou, à défaut, de la notification de l'avertissement ou de la mise en demeure.

L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard se prescrit par cinq ans à compter du délai d'un mois laissé au débiteur pour se manifester à réception de la mise en demeure ou de l'avertissement, en application de l'article L. 244-11 du code de la sécurité sociale. Après une mise en demeure, les organismes disposent donc théoriquement de cinq ans pour émettre une contrainte.

L'article L. 244-9 énonce, quant à lui, que la contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale, lorsqu'elle n'est pas contestée, emporte tous les effets d'un jugement. En application des règles de droit commun de la prescription en matière civile, la contrainte non contestée se prescrit par cinq ans, pendant lesquels peuvent valablement intervenir des actes d'exécution (saisie...).

Le présent article apporte trois modifications à ces règles, qui sont également transposées au régime agricole.

Il harmonise tout d'abord, dans un nouvel article L. 244-8-1, les délais de prescription de l'action en recouvrement et, en complétant l'article L. 244-9, la prescription de la contrainte qui seront tous deux réduits de cinq à trois ans. Pour ce dernier délai, la Cour de cassation avait considéré en mars 2016 qu'il devait être limité à trois ans en raison de la nature de la créance. Le délai de prescription des créances accessoires (pénalités et majorations) est porté de deux à trois ans. Les délais de prescription applicables aux créances en matière de travail dissimulé restent fixés à cinq ans ; ils sont rassemblés dans une nouvelle rédaction de l'article L. 244-11.

En modifiant l'article L. 244-3, il simplifie la computation des délais qui s'effectuera non plus « à rebours » de la date de mise en demeure mais pour les cotisations, par trois ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles sont dues. Cette modification ne change pas *de facto* l'état du droit mais elle est plus lisible.

Le présent article prévoit, dans un nouvel article L. 244-8-1, que la prescription est suspendue pendant la période contradictoire qui va de l'envoi de la lettre d'observations à la réponse de l'agent chargé du contrôle aux éléments communiqués par le cotisant.

Il tire les conséquences des modifications relatives à la prescription sur la procédure sommaire, prévue par l'actuel article L. 133-1 du code de la sécurité sociale, qui permet au directeur régional des finances publiques d'assurer le recouvrement des sommes dues par un employeur ou un travailleur indépendant au profit des organismes de sécurité sociale, comme en matière de contributions directes.

Le présent article déplace ces dispositions au sein de la section II du chapitre dans un nouvel article L. 133-4-10 du code de la sécurité sociale. Il supprime l'alinéa 2 de l'article, qui prévoyait que la procédure sommaire de recouvrement ne pouvait être mise en œuvre que dans le délai de l'action civile en recouvrement fixé à cinq ans par l'article L. 244-11 et qui sera désormais de trois ans.

- **Réforme de la procédure de flagrance sociale**

Prévue à l'article L.243-7-4 du code de la sécurité sociale, la flagrance sociale, inspirée de la procédure applicable en matière fiscale (article L.16-0 BA du livre des procédures fiscales), est une procédure à disposition des Urssaf dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé. Elle prévoit que *« dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées »*. Il peut demander sur cette base au juge de l'exécution de prendre des mesures conservatoires.

La différence majeure avec la flagrance fiscale réside dans le fait que l'administration fiscale a la possibilité de pratiquer des saisies conservatoires dès la constatation de l'infraction, alors que les Urssaf doivent au préalable demander au juge de l'exécution l'autorisation d'en pratiquer.

Le délai de mise en œuvre des saisies conservatoires est trop long pour empêcher le cotisant dont l'illégalité a été constatée par un agent habilité d'organiser son insolvabilité, ou encore de disparaître.

Le présent article supprime l'article L. 243-7-4 et rétablit un article L. 133-1 qui définit une nouvelle procédure. Cette nouvelle procédure prévoit, en cas de procès-verbal de travail illégal, la remise systématique d'un document comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions dissimulées, des pénalités et majorations y afférentes, du montant de l'annulation des exonérations de cotisations et des dispositions légales applicables.

La personne contrôlée doit fournir, dans un délai qui n'est pas précisé, des garanties suffisantes pour couvrir les éléments ainsi évalués. À défaut, le directeur de l'organisme de recouvrement peut prendre des mesures conservatoires sans passer par le juge de l'exécution. Cette décision peut être levée à tout moment si la personne présente des garanties suffisantes et faire l'objet d'une contestation devant le juge de l'exécution. Le recours n'est pas suspensif.

Tout en la rendant plus opérationnelle, le présent article a pour effet d'alourdir la procédure applicable en cas de travail dissimulé en supprimant la condition du péril sur le recouvrement des cotisations. Le document comporte en outre un niveau de détails très important sur le montant des majorations et le montant des annulations d'exonérations alors qu'il ne fixe pas, *a priori*, les limites du litige.

- **Aménagement de l'opposition à tiers détenteur**

L'opposition à tiers détenteur permet aux organismes de recouvrement d'obtenir un paiement en mobilisant des créances ou des sommes détenues par des tiers. Cette procédure est relativement peu utilisée par le réseau des Urssaf. Le présent article ne modifie pas cette procédure mais l'étend aux organismes prestataires et prévoit qu'en cas de contestation le paiement est différé jusqu'à ce que le juge statue. Des exceptions sont prévues en cas d'obstacle à contrôle ou lorsque le recours est jugé dilatoire ou abusif.

- **Sanction des infractions en matière de travail illégal**

L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale conditionne le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération totale ou partielle à l'absence de travail dissimulé. Si cette infraction est constatée, l'organisme de recouvrement procède, en fonction des salaires versés, à l'annulation de tout ou partie des exonérations.

Le travail dissimulé est une des six catégories du travail illégal, défini à l'article L. 8211-1 du code du travail, aux côtés du marchandage, du prêt illicite de main d'œuvre, de l'emploi d'étranger sans titre de travail, du cumul irrégulier d'emploi, de la fraude ou fausse déclaration. Il est le seul à emporter des conséquences en termes de cotisations sociales et à entrer dans le champ de compétence des agents du recouvrement.

Le présent article modifie l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale en étendant l'annulation de tout ou partie des exonérations à trois autres infractions de travail illégal : le marchandage, le prêt illicite de main d'œuvre et l'emploi d'étranger sans titre de travail. Il complète également l'article pour prévoir une modulation de cette annulation en fonction du niveau de rémunérations dissimulées.

Il complète, pour ces mêmes infractions, l'article L. 242-1-1 qui dispose que les rémunérations réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de travail dissimulé « *ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations sociales* ».

Il complète enfin l'article L. 8271-6-4 du code du travail pour prévoir la transmission des procès-verbaux des inspecteurs du travail, non seulement pour les infractions de travail dissimulé mais aussi pour les autres infractions donnant lieu à la suppression des exonérations de cotisations.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement ainsi qu'un sous-amendement présenté par Gérard Bapt afin de préciser que la mesure conservatoire de recouvrement s'applique non seulement aux constats de travail dissimulé dressés par les inspecteurs du recouvrement mais aussi à ceux transmis par les agents issus d'un autre corps de contrôle, comme l'inspection du travail. Le même amendement précise que cette mesure couvre l'ensemble des dettes du cotisant fraudeur, évaluées à l'occasion du constat de travail dissimulé.

Un second amendement, présenté par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale, supprime l'obligation de remise en main propre du document informatif ainsi que l'obligation pour le cotisant de le signer.

L'Assemblée nationale a également adopté cinq amendements rédactionnels et de coordination à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission partage les objectifs poursuivis par cet article.

Elle a adopté un **amendement n° 62** adaptant le délai de prescription pour les travailleurs indépendants et apportant quelques modifications rédactionnelles.

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

Article 14 bis (nouveau)

(art. 122 de la loi n° 2005-1720 de finances rectificative pour 2005)

Prolongation et extension du plan d'apurement de la dette agricole en Corse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prolonger et d'étendre le plan d'apurement de 2005.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article 122 de la loi du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 a mis en place un **plan de désendettement social de l'agriculture corse avec l'objectif d'apurer la situation et de permettre aux agriculteurs concernés de repartir sur de nouvelles bases.**

Ce plan a été modifié et prolongé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 pour un montant estimé à 5 millions d'euros.

Les exploitants agricoles exerçant leur activité en Corse au 30 décembre 2005, ou retraités à cette même date, peuvent bénéficier d'une prise en charge, par le fonds d'action sanitaire sociale de la caisse de mutualité sociale agricole (MSA), des cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 2005, lorsque cette dette est inférieure à 10 000 euros.

Dans tous les cas, le montant maximal de prise en charge par l'action sociale de la MSA est fixé à 5 000 euros pour les cotisations salariales de sécurité sociale.

Saisie d'un amendement présenté par François Pupponi, l'Assemblée nationale a adopté, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, un article additionnel visant à **étendre le dispositif de prise en charge des dettes sociales des agriculteurs déjà concernés par le dispositif, c'est-à-dire à ceux exerçant leur activité ou retraités à la date du 30 décembre 2005, aux cotisations et contributions dues jusqu'au 1^{er} janvier 2014.** En modifiant le I de l'article 122 de la loi de finances rectificative pour 2005, le présent article prolonge le plan d'apurement du 1^{er} janvier 2005 au 1^{er} janvier 2014, soit neuf années supplémentaires.

L'articulation avec le dispositif précédent n'est toutefois pas très claire. En principe, le dispositif ne vise que les personnes dont la dette est inférieure à 10 000 euros mais dans l'alinéa introduit par l'article, il ne s'agit plus seulement de dette inférieure à 10 000 euros mais « de la prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale dans la limite de 10 000 euros ».

Pour les dettes supérieures à 10 000 euros, l'article 122 de la loi précitée prévoit que le directeur de la caisse de la MSA propose un **échancier de paiement comprenant l'annulation des pénalités et des majorations de retard** et « *pouvant également comprendre, dans des situations exceptionnelles, une prise en charge partielle de la dette sociale* » par les crédits d'action sociale de la caisse. Le présent article élargit cette possibilité à la dette sociale « constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2015 ».

Au IV de l'article 122, qui fixe les conditions pour bénéficier des dispositions de l'article, les dispositions des 2^o et 3^o sont supprimées : il s'agissait d'autoriser l'Etat à se subroger dans le paiement des cotisations sociales auprès de la caisse de mutualité sociale agricole de Corse et de céder à la caisse de mutualité sociale agricole de Corse les créances relatives aux primes directes européennes accordées aux agriculteurs, cette garantie étant cantonnée à l'annuité de remboursement.

La condition relative à la nécessité de s'être acquitté de 5 % de la dette porte sur les cotisations et contributions antérieures au 1^{er} janvier 2016. Les dispositions relatives à la prise en charge de cotisations par l'Etat sont supprimées.

La condition fixée au 6° - « être à jour des cotisations et contributions sociales afférentes aux périodes d'activité postérieures au 31 décembre 2013 » - est modifiée et porte sur les périodes d'activité postérieures au 1^{er} janvier 2016.

Le présent article supprime enfin le IV de l'article L. 122, aux termes duquel « l'aide accordée au titre du dispositif relatif au désendettement des personnes rapatriées, réinstallées dans une profession non salariée, vient en déduction du montant de l'aide prévue au I ».

II - La position de votre commission

Votre commission s'est déjà prononcée sur cette question lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, à l'occasion de deux amendements identiques, présentés par nos collègues Joseph Castelli et Yves Daudigny et plusieurs de leurs collègues, ayant pour objet, pour les bénéficiaires du plan de 2005, d'en prolonger les effets aux périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 2014, toujours pour les dettes inférieures à 10 000 euros.

Suivant l'avis de votre commission, le Sénat n'avait pas adopté ces amendements, considérant qu'un plan d'apurement n'avait pas vocation à devenir permanent et que dans une période de grande difficulté pour les agriculteurs, singulièrement pour les éleveurs, qui devait fortement solliciter le fonds d'action sociale de la MSA, il n'y avait pas lieu de réserver un traitement différent à une région en particulier, sauf à créer une rupture d'égalité manifeste devant l'obligation d'acquitter les cotisations et contributions sociales.

Le Gouvernement avait repris cette disposition par un amendement en loi de finances rectificative pour 2015, en élargissant potentiellement, comme le présent article, le dispositif aux dettes supérieures à 10 000 euros. Le Sénat, sur proposition de la commission des finances avait supprimé cet article en l'absence d'effet sur les charges de l'Etat. Le Conseil constitutionnel a ensuite censuré cet article pour les mêmes raisons.

C'est donc une troisième version de la deuxième prolongation du plan d'apurement de 2005 qui est proposée à l'examen de votre commission.

C'est une version beaucoup plus large puisqu'elle transforme ce qui était un plafond d'éligibilité, une dette inférieure à 10 000 euros, en un plafond de prise en charge de la dette et qu'elle s'étend, pour les dettes supérieures à 10 000 euros aux dettes constituées entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2015. Il ne s'agit donc plus d'échelonner les dettes mais de permettre beaucoup plus largement, de les annuler.

On peut rappeler que le plan d'apurement de 2005 est le troisième plan exceptionnel depuis 2001 : 3,8 millions d'euros ont été annulés au titre des plans précédents et le plan de 2005 représente d'ores et déjà 8,7 millions d'euros, dont 5 millions au titre de son extension par la loi de financement pour 2015.

Recommandant de repenser le recouvrement social en Corse, la Cour des comptes a souligné les effets pervers des plans de désendettement mis en œuvre ces dernières années : « ces mesures à caractère général ont eu un clair caractère contre-incitatif au paiement régulier et à échéance des cotisations, du fait de l'effet d'aubaine que constitue l'apurement régulier d'une partie de la dette par les pouvoirs publics ». Elle estimait que le renouvellement « d'une opération de soutien au désendettement ne pourrait que faire progresser à nouveau l'attentisme et gonfler les restes à recouvrer ».

Votre commission partage cette appréciation : les prolongations successives des plans d'apurement ne peuvent que nourrir l'impression, justifiée, qu'un plan d'apurement succèdera à un autre et que, par conséquent, le paiement des cotisations sociales peut être différé par rapport à d'autres obligations.

Elle maintient d'autant plus sa position que la nouvelle version du plan proposée par cet article est ambiguë et pourrait potentiellement concerner toutes les dettes, y compris les plus importantes.

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n° 63** de suppression de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 14 ter (nouveau)

*(art. 31 de la loi n°2014-1545 du 20 décembre 2014
relative à la simplification de la vie des entreprises)*

**Validité des actuelles autorisations de prélèvements
données aux Urssaf pour le passage à la norme SEPA**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée, a pour objet d'autoriser les Urssaf à continuer d'utiliser les autorisations de prélèvement dont elles disposent, nonobstant le changement de modèle des prélèvements.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent amendement a pour objet de prolonger, entre l'entrée en vigueur de la loi du 20 décembre 2014 et celle du présent projet de loi, l'autorisation des Urssaf à continuer d'utiliser les autorisations de prélèvement dont elles disposent, nonobstant la migration vers le modèle dit « SEPA » - *Single Euro Payments Area* -, nouveau format des prélèvements.

A défaut, les Urssaf devraient demander de nouvelles autorisations de prélèvement à l'ensemble des cotisants.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un **amendement rédactionnel amendement n° 64** à cet article.

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

Article 15

(art. L. 114-15-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Sanction administrative du défaut de production du formulaire attestant de la législation de sécurité sociale applicable

Objet : Cet article crée pour les travailleurs exerçant une activité en France tout en étant affilié au régime de sécurité sociale d'un autre État, l'obligation d'être en mesure de présenter un formulaire attestant de la législation applicable, sous peine de sanction.

I - Le dispositif proposé

Découlant du principe de **libre circulation** des travailleurs au sein du marché commun, le principe du **détachement** de travailleurs est régi, en droit de l'Union européenne, par la directive européenne du 16 décembre 1996¹ et par la directive d'exécution du 15 mai 2014². En matière de sécurité sociale, le règlement du 29 avril 2004³ prévoit (article 12) que les travailleurs détachés demeurent affiliés au régime de sécurité sociale de l'État dans lequel ils ont leur activité habituelle tant que le détachement n'excède pas une durée de 24 mois. Il en va de même pour les travailleurs indépendants qui exercent temporairement leur activité en France. Des **conventions bilatérales** conclues par la France avec des États non membres de l'Union européenne peuvent prévoir des règles similaires.

¹ Directive 96/71/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1996 concernant le détachement de travailleurs effectués dans le cadre d'une prestation de services.

² Directive 2014/67/UE du Parlement européen et du Conseil du 15 mai 2014 relative à l'exécution de la directive 96/71/CE concernant le détachement de travailleurs effectués dans le cadre d'une prestation de services et modifiant le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur.

³ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale.

Ces textes ouvrent néanmoins la porte à un certain nombre de **dérives**, lorsqu'ils sont utilisés afin de contourner les législations sociales les plus protectrices envers les salariés.

Ainsi, depuis quelques années, la France a mis en œuvre un certain nombre de mesures¹ visant, dans le respect du droit de l'Union européenne, à **lutter contre la fraude au détachement de travailleurs et contre la concurrence sociale déloyale** qui en découle.

Le présent article crée un nouvel article **L. 114-15-1** au sein du code de la sécurité sociale instituant, pour les travailleurs exerçant une activité en France mais relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État, l'obligation de **détenir un formulaire attestant de leur situation au regard de la législation de sécurité sociale** et de le tenir à disposition des agents de contrôle compétents pour rechercher et constater les infractions constitutives de travail illégal². Le formulaire en question est celui « *prévu par les règlements européens et les conventions internationales en vigueur portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale* », sans que ces règlements et conventions ne soient visés.

L'article 15 du **règlement européen n° 987-2009** du 16 septembre 2009³ prévoit que lorsqu'un travailleur, salarié ou non, exerce une activité dans un État membre de l'UE tout en relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État membre, l'employeur ou, s'il s'agit d'un travailleur indépendant, le travailleur lui-même, en informe « *préalablement lorsque c'est possible* » l'institution compétente de l'État dont la législation est applicable. Cette institution doit alors remettre à la personne concernée un document attestant de la législation applicable. Ce document est le formulaire dit « A1 ». Selon les informations communiquées à votre rapporteur, les conventions bilatérales entre la France et des États non-membres de l'Union européenne mentionnent des formulaires similaires.

¹ Loi n° 2014-790 du 10 juillet 2014 visant à lutter contre la concurrence sociale déloyale, loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques et loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

² Conformément à l'article L. 827-1-2 du code du travail, ces agents sont, notamment, les inspecteurs du travail, les officiers et agents de police judiciaire, les agents et impôts et des douanes, les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole.

³ Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Les personnes concernées par cette obligation sont les travailleurs, **salariés ou non** ou, à défaut, leur **employeur** ou son **représentant en France**¹. Le document doit être tenu à disposition des agents de contrôle à la fois **sur le lieu d'exécution du contrat** et **chez le donneur d'ordre** mentionné à l'article L. 8222-1 du code du travail².

Tout manquement à cette obligation est passible d'une **pénalité** dont le montant, par salarié, est fixé au niveau du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 218 euros. Ce montant est **doublé en cas de nouveau manquement** dans un délai de deux ans. Elle n'est pas due en cas de présentation d'un justificatif de demande d'obtention du formulaire à condition que ce formulaire soit fourni dans un délai de deux mois suivant le contrôle.

Il est précisé que la pénalité est **due par le donneur d'ordre**. Elle est recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations et contributions sociales, selon les règles et sous les garanties applicables à ces cotisations ou contributions.

Les dispositions du présent article doivent entrer en vigueur le **1^{er} avril 2017**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements du Gouvernement visant à élargir les corps de contrôle concernés aux agents des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et de la mutualité sociale agricole (MSA), visés respectivement à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 724-1 du code rural et de la pêche maritime.

III - La position de la commission

Si votre rapporteur comprend que l'objectif recherché par le présent article est d'assurer la pleine application de dispositions du droit de l'Union européenne, et s'il partage la volonté affichée par le Gouvernement de lutter contre la fraude au détachement, il s'est interrogé sur un certain nombre de dispositions du présent article, à l'instar de notre collègue député Gérard Bapt, rapporteur du texte à l'Assemblée nationale, qui a estimé lors de l'examen en commission que cet article comportait de nombreuses « **malfaçons rédactionnelles** ».

¹ Conformément aux dispositions de l'article L. 1262-2-1 du code du travail, l'employeur qui détache ses salariés en France désigne un représentant sur le territoire national chargé d'assurer la liaison avec les agents de contrôle.

² Cet article est relatif au devoir de vigilance en matière de travail dissimulé « de toute personne » qui conclut un contrat « dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimum en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce ».

Premièrement, s'il lui a été indiqué que des formulaires similaires au formulaire « A1 » sont prévus par des conventions bilatérales¹. Il aurait été préférable, notamment au regard du principe de sécurité juridique, que la mention des « *règlements européens et [des] conventions internationales en vigueur portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale* » soit **davantage précisée**.

Deuxièmement, l'obligation de tenir à disposition le formulaire A1 repose, aux termes de l'article proposé, sur « *les travailleurs (...) ou, à défaut, leur employeur ou son représentant en France* », rédaction qui semble peu claire. **On voit en effet mal sur qui repose l'obligation** dans le cas de travailleurs salariés.

Ce formulaire doit, en outre, être tenu à disposition des agents de contrôle à la fois sur le lieu de la réalisation du contrat et « *chez* » le donneur d'ordre, y compris s'il s'agit d'un particulier² et c'est uniquement ce dernier qui encoure une sanction en cas de manquement. Par ailleurs, si le représentant en France de l'employeur est visé au premier alinéa de l'article L. 114-15-1 [nouveau] relatif à l'obligation de mise à disposition du formulaire, **il n'est plus mentionné** à l'alinéa suivant relatif au manquement à cette obligation³.

Une interprétation stricte de ces dispositions pourrait conduire à ce qu'un donneur d'ordre qui tiendrait le formulaire en question à la disposition des agents de contrôle soit sanctionné si le travailleur ou son employeur ne détient pas ce même document sur le lieu d'exécution du contrat. Or, les indications données à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale (DSS) semblent suggérer que la pénalité n'a vocation à être appliquée « *que si les services de contrôle n'obtiennent les formulaires ni des travailleur, ni de leur employeur, ni du donneur d'ordre* ». Ce point gagnerait donc également à être éclairci.

Au demeurant, si la **responsabilité solidaire** du donneur d'ordre se justifie en cas de travail dissimulé ou de manquement grave au droit du travail, elle **peut sembler excessive** s'agissant de la production d'un simple formulaire attestant de la législation applicable, qui peut au surplus légalement être demandé et obtenu postérieurement à la prestation de service.

¹ La France a conclu 38 conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale. Il ressort des réponses apportées par la direction de la sécurité sociale que « les accords bilatéraux prévoient tous la faculté de maintien des salariés détachés à la législation de l'État d'envoi mais plus rarement celle des travailleurs indépendants ».

² L'article L. 8222-1 auquel il est fait référence s'applique aux contrats portant sur un montant d'au moins 3 000 euros hors taxes.

³ Notre collègue Gérard Bapt impute cette omission à une erreur, qui n'a néanmoins pas été corrigée par les amendements adoptés en Séance publique à l'initiative du Gouvernement.

Enfin, la **sanction** prévue (3 218 euros)¹ peut apparaître **disproportionnée** dans le cas de travailleurs indépendants exerçant leur activité en France, en toute légalité et, le cas échéant, pour une période courte, et qui n'auraient pas en leur possession, au moment du contrôle (ou dans un délai de deux mois), le document qu'ils sont censés obtenir de la part de l'institution compétente dans leur État d'origine. On peut même se demander si une telle obligation ne pourrait pas être interprétée comme une **restriction injustifiée à la libre circulation des travailleurs**.

Troisièmement, l'article 15 du règlement n° 987-2009 prévoit que l'information, par le travailleur ou son employeur, de l'institution de sécurité sociale délivrant le formulaire A1 a lieu « *préalablement lorsque c'est possible* ». Dans un arrêt du 30 mars 2000², la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) a jugé que la délivrance d'un tel formulaire³ pouvait avoir lieu a posteriori et produire des effets rétroactifs. Or, en exigeant que les travailleurs ou employeurs concernés tiennent le formulaire A1 ou un récépissé de demande à disposition immédiate des agents de contrôle, le présent article semble imposer que cette formalité soit effectuée préalablement au détachement. On peut donc s'interroger sur la **compatibilité de ce dispositif avec le droit de l'Union européenne**.

L'étude d'impact indique que le présent article s'inspire de dispositions en vigueur dans d'autres États membres de l'UE et notamment en Finlande. En réponses aux interrogations de votre rapporteur, les services de la direction de la sécurité sociale (DSS) lui ont indiqué qu'il résulte d'informations officieusement communiquées par autorités finlandaises que la Commission européenne ne s'opposerait pas à un tel dispositif.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, votre commission s'est interrogée sur le dispositif proposé. Toutefois, considérant que la lutte contre la fraude au détachement constitue un **objectif partagé**, elle a pris le parti d'adopter le présent article. Des explications approfondies du Gouvernement concernant des modalités d'application et sa conformité au droit européen seraient néanmoins bienvenues au stade de l'examen en séance publique.

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

¹ Cette sanction administrative ne fait pas obstacle à ce que soient engagé en plus un redressement social s'il est établi que la législation française était en fait applicable et à ce que des poursuites pénales pour travail dissimulé soient engagées.

² CJCE, 30 mars 2000, arrêt n° C-178/97 Bary Banks e.a. contre Théâtre royal de la monnaie.

³ Il s'agissait alors du formulaire E101 qui a été remplacé par le formulaire A1.

CHAPITRE III

Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie

Article 16

(art. 137-27 à L. 137-29 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac

Objet : Cet article institue une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac.

I - Le dispositif proposé

Aux termes de l'article 565 du code général des impôts, « *L'importation, l'introduction et la commercialisation en gros en France métropolitaine des tabacs manufacturés peuvent être effectués par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fournisseur en vue d'exercer cette activité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État* ».

Le présent article institue une contribution sociale sur le chiffre d'affaires de ces fournisseurs agréés, affectée à un fonds constitué au sein de l'assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.

Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 *quaterdecies* du code général des impôts, relatif à la TVA applicable à la vente de tabacs, lequel renvoie à l'article 575 C relatif au droit de consommation sur les tabacs. Les ventes faites par les débitants de tabacs, qui sont les dépositaires des marchandises, ne donnent pas lieu au versement de la TVA, laquelle est acquittée par les fournisseurs agréés.

L'assiette de la contribution est nette de TVA, de remise aux débitants de tabac et des droits de consommation.

Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.

La contribution est recouvrée par la DGFIP ; elle est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration de chiffre d'affaires nécessaire au paiement de la TVA et relève des mêmes procédures.

L'étude d'impact en évalue le produit à 130 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de Gérard Bapt, rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

La taxation du chiffre d'affaires des fabricants de tabacs a déjà été envisagée à plusieurs reprises. Les fabricants les plus importants n'étant pas établis sur le territoire national, une taxation directe n'est pas envisageable.

C'est pourquoi une taxation des distributeurs a été envisagée.

Confronté à cette taxation nouvelle, le fournisseur agréé a théoriquement deux options :

- ne pas répercuter la charge, en tout ou partie, et réduire ses marges ;
- augmenter ses tarifs et renchérir le coût de la logistique pour les fabricants.

En cas d'augmentation de ses coûts, le fabricant peut à son tour réduire sa marge ou répercuter, en tout ou partie, cette augmentation sur ses prix.

Les conditions de la relation commerciale entre fabricants et fournisseurs et leurs conditions de marge ne sont pas connues. Il n'est donc pas aisé d'apprécier les effets concrets de cette taxe.

Votre rapporteur général observe que si la charge de la contribution n'est pas répercutée sur les fabricants, l'objectif, visé par l'article, de les atteindre n'est pas satisfait. Si la charge de la contribution est répercutée sur les fabricants et que ceux-ci augmentent leurs prix, cet article produira le même effet qu'une augmentation de la fiscalité sur les tabacs, dont le produit est déjà affecté à l'assurance-maladie qui finance d'ores et déjà des actions de prévention qui pourraient donc bénéficier de moyens supplémentaires.

Lors de l'examen du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait proposé l'instauration d'une contribution pesant sur les fournisseurs, inspirée de la clause de sauvegarde de l'Ondam, qui taxait le chiffre d'affaires en cas d'augmentation de plus de 3 % d'une année sur l'autre. L'Assemblée nationale avait adopté cette disposition contre l'avis du Gouvernement.

Le mécanisme proposé par le présent article est plus simple, dans la mesure où il ne fait plus référence à la progression du chiffre d'affaires mais au chiffre d'affaires lui-même.

Il produit cependant des effets comparables. Il serait concentré, pour l'essentiel, sur un seul opérateur, Logista, qui représente 98 % de la distribution des cigarettes en France et qui acquitte d'ores et déjà la quasi-totalité des taxes sur les tabacs.

Cette contribution s'ajoute à des dispositifs fiscaux déjà nombreux ; elle porte sur le chiffre d'affaires qui n'est pas une assiette pertinente ; le même effet pourrait être atteint par une augmentation des droits de consommation.

Pour ces raisons, votre commission avait rejeté le dispositif proposé lors de l'examen du projet de loi « santé ». Elle suggère, par cohérence avec cette position, de rejeter cette nouvelle formulation de la même contribution.

Elle s'interroge en outre sur l'opportunité de figer dans la loi l'attributaire de cette contribution, dans la mesure où le fonds de prévention du tabagisme n'a actuellement pas d'existence au niveau législatif.

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n°65 de suppression** de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 17

(art. 575 A du code général des impôts)

Hausse du droit de consommation applicable aux tabacs à rouler

Objet : Cet article relève le droit de consommation applicable aux tabacs à rouler en France continentale afin de réduire l'écart avec la fiscalité plus importante pesant sur les cigarettes. L'objectif est de limiter le déport des consommateurs des cigarettes vers le tabac à rouler, encore plus nocif.

I - Le dispositif proposé

Dans un objectif de santé publique, le présent article vise à réduire l'avantage fiscal dont bénéficient les produits de tabac à rouler par rapport aux cigarettes.

- **Un prix de vente des tabacs à rouler en moyenne inférieur de 26,6 % à celui des cigarettes**

Les tabacs manufacturés commercialisés en France continentale sont soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et au droit de consommation, tous deux recouverts par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI).

Le droit de consommation est un droit d'accise, qui se justifie donc par les dangers sanitaires spécifiques liés à la consommation de produits du tabac.

Entièrement centralisé à l'Acoss pour l'ensemble des attributaires, le produit du droit de consommation s'est élevé à 11,4 milliards en 2015.

Conformément à l'article 575 du code général des impôts (CGI), l'assiette du droit de consommation est le prix de vente au détail des tabacs manufacturés. Celui-ci est homologué chaque année par arrêté du ministre chargé du budget¹.

En vertu de la directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011², le droit de consommation se décompose, pour chaque groupe de produit, en une part spécifique et une part proportionnelle :

- la **part spécifique** correspond à un montant exprimé en euros pour 1 000 unités (cigarettes) ou 1000 grammes (tabacs à rouler) ;
- la **part proportionnelle** résulte de l'application d'un taux proportionnel au prix de vente au détail homologué.

Les taux sont fixés librement par chaque État membre dans les conditions définies par la directive.

Pour la quasi-intégralité des produits du tabac, le montant du droit de consommation ne peut être inférieur à un **minimum de perception**. Il s'agit du montant minimum de droit de consommation perçu quel que soit le prix de vente pratiqué. Il est exprimé pour 1 000 unités ou 1 000 grammes.

La part spécifique et le taux proportionnel sont définis à l'article 575 A du code général des impôts.

Pour le tabac à rouler, la part spécifique s'élève aujourd'hui à 67,50 euros pour 1000 g contre 48,75 euros pour les cigarettes. Le taux proportionnel applicable aux tabacs à rouler s'établit, quant à lui, à 15 % contre 40 % pour les cigarettes. Enfin, le minimum de perception est fixé à 143 euros pour les tabacs à rouler contre 210 euros pour 1 000 cigarettes.

**Illustration du droit de consommation
applicable à la vente de 1 000 cigarettes et 1 000 grammes de tabac à rouler en 2016***

	Prix de vente	Part spécifique (1)	Part proportionnelle (2)	Droit de consommation (1+2)
Cigarettes	350 €	48,75 €	173,95 (49,7 % x 350)	222,70 €
Tabacs à rouler	258 €	67,50 €	82,56 (32 % x 258)	150,06 €

* Les calculs sont réalisés à titre indicatif, sous l'hypothèse d'un prix de 350 € pour les cigarettes et de 258 € pour les tabacs à rouler.

¹ Arrêté du 12 février 2016 fixant pour 2016 pour chaque groupe de produits du tabac le prix moyen pondéré de vente au détail au sens de l'article 575 du code général des impôts.

² Directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.

Pour les tabacs à rouler, la part spécifique représente ainsi une part plus importante des recettes fiscales que pour les cigarettes. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le montant de la part spécifique est fixé directement dans le CGI, conformément à l'article 94 de la deuxième loi de finances rectificative pour 2014¹. Par conséquent, la part spécifique a été gelée à son niveau de 2014 et n'est plus revalorisée annuellement en fonction des hausses de prix décidées par les fabricants. Le minimum de perception n'a, quant à lui, pas été ajusté depuis janvier 2014 et son niveau actuel ne s'applique qu'aux produits dont le prix par 30 grammes est inférieur à 7,10 euros, ce qui correspond à un faible nombre de références.

Au total, selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, **la taxation des tabacs à rouler représente désormais 59 % de leur prix de vente, soit 5,7 points de moins que la proportion de taxes sur les cigarettes. Le prix de vente des tabacs à rouler est, quant à lui, inférieur de 26,6 % en moyenne à celui des cigarettes à volume équivalent².**

- **Une nocivité du tabac à rouler beaucoup plus importante que celle des cigarettes**

La différence de taxation entre les cigarettes et les tabacs à rouler n'est pas justifiée au plan sanitaire. De l'avis général, la dangerosité du tabac à rouler est même supérieure à celle des cigarettes dans la mesure où il libère généralement davantage de composés cancérigènes.

De plus, le tabac à rouler est, la plupart du temps, consommé sans filtre et il contiendrait 4 à 6 fois plus de nicotine et de goudron.

Or, du fait d'un prix plus attractif, le tabac à rouler attire tout particulièrement les générations les plus jeunes de consommateurs.

- **Le dispositif proposé : une hausse de la part proportionnelle et du minimum de perception**

Dans ce contexte, le présent article modifie les paramètres du droit de consommation applicable aux tabacs à rouler afin de le rapprocher de celui auquel sont soumises les cigarettes. A cette fin, il prévoit :

- une hausse de 5,7 points du taux correspondant à la part proportionnelle au prix, actuellement fixée à 32 % du prix de vente TTC, qui serait donc porté à 37,7 % ;

- deux hausses successives du minimum de perception : une première le 1^{er} janvier 2017 où le minimum serait porté à 161 euros et une seconde le 1^{er} janvier 2018 où il passerait à 167 euros.

¹ Loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014 de finances rectificative pour 2014.

² Le prix moyen pondéré est de 337,47 euros pour les cigarettes et de 247,72 euros pour les tabacs à rouler.

L'étude d'impact annexée au projet de loi évalue à **120 millions d'euros le rendement annuel** de la mesure. Sous l'hypothèse d'une élasticité-prix de - 0,6, les mises à **la consommation diminueraient de 7 % en volume**.

Elle indique par ailleurs que les buralistes étant rémunérés notamment par le biais d'une remise brute sur le prix de vente au détail des produits de 8,84 %, le dispositif prévu au présent article leur permettrait un gain de 10 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission accueille très favorablement le dispositif prévu au présent article, qui répond à un enjeu sanitaire majeur. Elle estime en effet qu'aucun motif de santé publique ne saurait justifier la différence de fiscalité constatée entre les tabacs à rouler et les cigarettes.

Du fait de prix plus attractifs, les tabacs à rouler ont vu leur volume de vente augmenter très sensiblement au cours des dernières années. L'étude d'impact annexée au projet de loi souligne que les volumes de vente de tabac à rouler ont augmenté de 84 % depuis 1990 tandis alors que les volumes de vente de cigarettes ont baissé de moitié. Cette évolution s'est accentuée dans la période récente. Selon l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT), **les ventes de tabac à rouler « de 2015 constituent le plus gros volume de tabac à rouler écoulé par les buralistes français depuis au moins 10 ans. La part de marché de ce type de tabac continue de progresser : 15,9 % contre 15,2 % en 2014. Bien que les prix du tabac n'aient pas augmenté en 2015, on assiste toujours à un report de la consommation d'une partie des fumeurs vers le tabac à rouler, qui reste meilleur marché »¹.**

Ce report concerne ainsi majoritairement les publics les plus vulnérables, en particulier les jeunes dont il convient de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Le présent article répond à cet objectif. La hausse de la part proportionnelle du droit de consommation sur les tabacs à rouler augmentera la charge fiscale pour l'ensemble des fabricants et fournisseurs dans les mêmes proportions. **La hausse parallèle et progressive du minimum de perception devrait inciter les fournisseurs à relever le prix de vente au détail des produits d'entrée de gamme.**

¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), « Tabagisme et arrêt du tabac en 2015 », février 2016.

Selon les informations communiquées au rapporteur général, cette augmentation devrait se constater au moins au niveau du seuil d'entrée en jeu du minimum de perception de 161 euros prévu pour 1 000 grammes en 2017 (équivalent à 7,44 euros pour la blague de 30 grammes contre environ 7,10 euros aujourd'hui). En 2018, consécutivement à la seconde hausse du minimum de perception, le seuil d'entrée en jeu du minimum de perception devrait correspondre à un prix de 7,92 euros la blague de 30 grammes. Le niveau du minimum de perception proposé pour 2018 devrait ainsi garantir une hausse minimale de prix de 0,80 euro environ.

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

Article 18

*(art. L. 138-10 à L. 138-16, L. 138-19-1 à L. 138-19-4
et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale)*

**Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments
(clause de sauvegarde et contribution hépatite C)**

Objet : Cet article tend à décomposer le mécanisme de la clause de sauvegarde de l'Ondam, dit taux L, en deux mécanismes de régulation distincts pour la ville et l'hôpital. Il propose par ailleurs de prolonger l'application de l'enveloppe W à l'année 2017.

I - Le dispositif proposé

A. Scission du mécanisme du « taux L » en deux mécanismes de régulation distincts pour la ville et l'hôpital

• Le « taux L » tel qu'issu de la réforme de 2015

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015¹, en son article 14, a procédé à **une réforme de la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables** (article L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « **clause de sauvegarde de l'Ondam** » ou « **taux K** », devenu « **taux L** ». Cette réforme avait pour objet de transformer un mécanisme de régulation des dépenses de médicaments incitant à la conclusion de conventions entre les entreprises pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (Ceps) en un dispositif de rendement.

¹ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le **principe** de ce dispositif est le suivant : les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont assujetties à une contribution **dès lors que le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre de certains médicaments par l'ensemble de ces entreprises dépasse un certain seuil, déterminé par l'application au chiffre d'affaires de l'année précédente d'un taux L déterminé par la loi.** Le déclenchement de ce mécanisme est donc **collectif**.

Cette contribution porte sur le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé au titre des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers, des produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus), ainsi que des médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre de leur autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou pendant la période qui couvre de la fin de l'ATU à la décision de remboursement (période dite « post-ATU »).

Sont en revanche exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30 millions d'euros, ainsi que les médicaments génériques.

L'**assiette** de la contribution, telle que définie par l'article L. 138-11, est la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables de l'ensemble des entreprises du secteur, dès lors que celle-ci dépasse le seuil déterminé par l'application du taux L, déterminé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Il est à noter que cette part du chiffre d'affaires s'entend **déduction faite des différentes remises versées par les laboratoires à l'assurance maladie**, y compris celle due au titre du mécanisme L en année n-1. Il s'agit ainsi de garantir que seul le chiffre d'affaires ayant eu un réel effet sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est pris en compte.

S'agissant des modalités d'établissement **du montant total de la contribution**, les dispositions du code de la sécurité sociale définissent un **taux progressif** par tranche, qui augmente avec le niveau de dépassement du taux L par le taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises assujetties pour les médicaments concernés, dit taux T. Ce taux est appliqué à la part du chiffre d'affaires en dépassement du taux L.

	Taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution (en % de la part de CA concernée)
<i>1^{ère} tranche</i>	T compris entre L et L + 0,5 point	50 %
<i>2^{ème} tranche</i>	T compris entre L + 0,5 et L + 1 point	60 %
<i>3^{ème} tranche</i>	T supérieur à L + 1 point	70 %

Les entreprises ont **la possibilité de s'acquitter de la contribution dans le cadre conventionnel** : elles peuvent ainsi conclure avec le Ceps une convention prévoyant le versement aux Urssaf de tout ou partie de la contribution due sous forme de remises. Le mécanisme est incitatif, dans la mesure où une décote de 20 % est prévue dès lors que le montant des remises ainsi consenties dépasse 80 % du montant dû au titre de la contribution.

Plusieurs aménagements à ce mécanisme ont été opérés dans le cadre de la LFSS pour 2016, à partir des enseignements tirés de la première mise en œuvre du dispositif – s'agissant notamment des modalités de prise en compte des médicaments orphelins ou des génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité, des conditions de régularisation de la contribution, ou encore de la date limite de son versement.

- **Les modifications proposées dans le cadre du présent article**

Le principe de la mesure proposée consiste globalement à **remplacer le mécanisme du taux L par deux dispositifs de régulation distincts pour la ville et l'hôpital**. Chacune des deux clauses de sauvegarde pour la ville et l'hôpital sera mise en place selon les mêmes modalités techniques que le taux L, mais avec un taux de déclenchement différent. Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, il s'agit ainsi de réguler spécifiquement chacun de ces secteurs, dans la mesure où ils connaissent des dynamiques d'évolution différentes.

Le **paragraphe I** propose ainsi une nouvelle rédaction des articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, rattachés à la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} de ce code, relative à la « *contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques* ».

L'article L. 138-10 tel que résultant du **A 1°** définit ainsi **un taux Lv et un taux Lh**, auxquels est associé **une assiette spécifique** correspondant au chiffre d'affaires associé. Le taux Lv s'applique ainsi aux médicaments délivrés par les officines de ville, tandis que le taux Lh concerne les médicaments délivrés par les établissements de santé, en rétrocession ou en sus des établissements hospitaliers, ainsi que les médicaments bénéficiant du régime des ATU et des post-ATU.

La mention des départements d'outre-mer pour la définition du champ d'application territorial de la mesure est remplacée par une référence aux seuls Dom « historiques » (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, à l'exclusion de Mayotte), ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Il est par ailleurs précisé que les remises mentionnées à l'article L. 138-13 (c'est-à-dire les remises conventionnelles négociées avec le Ceps pour l'acquittement du mécanisme L) et à l'article L. 162-5-1 (c'est-à-dire les remises versées au titre du différentiel de prix des ATU avec le tarif ultérieurement fixé par le Ceps), ainsi que les éventuelles contributions résultant du déclenchement des mécanismes Lv et Lh, s'imputent respectivement sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Dans le cas où un même médicament pourrait être concerné à la fois par Lv et par Lh, les remises venant en minoration de l'assiette associée sont réparties au prorata des montants remboursés pour ce médicament par l'assurance maladie obligatoire.

Les 2°, 3°, 4°, 5° et 6° du même paragraphe effectuent plusieurs **coordinations** aux articles L. 138-11 à L. 138-16.

- **La détermination des taux Lv et Lh pour l'année 2017**

Le **B du paragraphe I** fixe, pour l'année 2017, le taux Lv à 0 % et le taux Lh à 2 %. Pour mémoire, le taux L global s'établissait à - 1 % pour les années 2016 et 2017.

Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, ce retour à un taux de croissance positif pour l'hôpital doit permettre de prendre en compte les flux de médicaments innovants et coûteux, principalement dispensés à l'hôpital.

Les professionnels du secteur ont cependant indiqué à votre rapporteur général que ce taux ne pourra absorber l'ensemble des coûts de l'innovation à l'hôpital ; au total, et en dépit de cette mesure d'affichage résultant de la dissociation entre la ville et l'hôpital, qui permet de mettre en avant un taux positif pour le mécanisme L, le rendement de la contribution devrait être inchangé en 2017.

B. Prolongation du mécanisme W portant sur le financement de certains médicaments contre l'hépatite C

- **Un mécanisme transitoire mis en place par la LFSS pour 2015**

La loi de financement pour 2015 a également instauré une contribution transitoire à la charge des entreprises exploitant des médicaments dédiés au traitement de l'hépatite C (article L. 138-19-1 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « mécanisme W », à titre temporaire pour les années 2014 à 2016.

Le principe en est le suivant : en cas de dépassement d'un montant de chiffre d'affaires fixé par la loi de financement issu de l'exploitation des médicaments destinés au traitement l'hépatite C, dont la liste est définie par la Haute Autorité de santé (HAS), et d'un taux de croissance supérieur à 10 % du chiffre d'affaires de ces produits, le mécanisme de taxation se déclenche. Ici également, les chiffres d'affaires considérés sont nets de remises, y compris celles dues au titre de W en année n-1.

Ce mécanisme W a été déclenché en 2014 comme en 2015, pour une contribution atteignant respectivement 282 et 11 millions d'euros.

- **Les ajustements proposés par le présent article**

Il est proposé de **prolonger l'application du mécanisme W pour une année supplémentaire** ; aux termes de l'étude d'impact, il s'agit ainsi de « *protéger l'assurance maladie contre une modification trop importante des dépenses affectées à cette classe de médicaments, qui restent extrêmement onéreux* ».

La définition de nouvelles conditions de prescription de ces traitements par un arrêté en date du 10 juin 2016 permet en effet à davantage de patients, atteints de formes moins avancées de la maladie, de bénéficier de ces thérapies. Dans ce contexte, le Gouvernement entend créer un filet de sécurité budgétaire pour l'assurance maladie, même si, « *d'après les hypothèses actuelles, il est vraisemblable que le chiffre d'affaires 2017 n'ait pas un taux de croissance supérieur à 10 % par rapport à 2016, et qu'il n'y ait donc pas de déclenchement de cette contribution* ».

Le **B du paragraphe II** prévoit ainsi l'application des articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, qui régissent le dispositif, au titre de l'année 2017. **Il fixe en outre le montant W à 600 millions d'euros**, après 700 millions en 2015 et 2016 et 450 millions en 2014.

Le **A** propose par ailleurs, en son 3°, la **suppression de l'article L. 138-19-4** du code de la sécurité sociale, qui ouvre la possibilité aux entreprises redevables de la contribution W d'en être exonérées dès lors qu'elles ont conclu avec le Ceps une convention prévoyant, pour l'ensemble des médicaments de traitement de l'hépatite C qu'elles exploitent, le versement de remises pour un montant couvrant au moins 90 % des sommes qui auraient été dues en application stricte du mécanisme contributif. Cette disposition incitative revient donc, en pratique, à accorder **un abattement de 10 % aux entreprises ayant conventionné avec le Ceps pour la négociation de remises sur les traitements contre l'hépatite C**.

Selon l'étude d'impact, il s'agit ainsi de rendre l'objectif du dispositif plus lisible : il ne s'agit pas de permettre aux entreprises d'obtenir une exonération partielle des montants dus, mais de les inciter à négocier des prix compatibles avec l'enveloppe W.

Les 1°, 2° et 4° effectuent, en conséquence, **plusieurs modifications de coordination**.

Enfin, le 1° procède par ailleurs à une harmonisation du périmètre du chiffre d'affaires pris en compte au titre de W avec celui défini par l'article L. 138-10 pour le taux L, en visant les quatre Dom historiques ainsi que Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **sept amendements** à cet article.

Six d'entre eux, adoptés à l'initiative de notre collègue députée Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie, effectuent des modifications rédactionnelles ou de coordination.

Le septième, proposé par le Gouvernement, opère une modification importante pour la détermination de l'assiette du CAHT servant de base à l'application du taux L. Il est en effet proposé de **faire porter le mécanisme L sur l'évolution du chiffre d'affaires brut des entreprises**, c'est-à-dire sans en retrancher les remises conventionnelles versées par les laboratoires dans le cadre des contrats passés avec le Ceps.

III - La position de la commission

Ainsi que votre commission le soulignait déjà l'an passé, la mise en œuvre de ces deux mécanismes contributifs a soulevé **de grandes difficultés d'application** au cours des deux dernières années. Ces difficultés ont été retracées par une mission de l'Inspection générale des finances (IGF), dont les conclusions n'ont cependant pas été rendues publiques.

La première série de ces difficultés résulte des modifications appliquées au fonctionnement du taux L, et notamment de l'aménagement de l'assiette de la contribution, auparavant brute dans le cadre du taux K. **La référence à une assiette collective nette des différentes remises conventionnelles entraîne en effet deux types de problèmes.**

Elle suppose en premier lieu, pour les entreprises, de pouvoir anticiper le montant des remises versées, mais aussi de disposer d'informations sur le chiffre d'affaires réalisé par les autres entreprises du secteur. En pratique, selon les informations transmises à votre rapporteur général par les professionnels du secteur, il arrive bien souvent que les laboratoires ne connaissent pas le montant de la taxation qui sera due au moment de la clôture des comptes pour l'année considérée.

C'est pourquoi **votre commission se félicite de l'adoption de l'amendement présenté par le Gouvernement, relatif à la prise en compte d'une assiette brute**, qui devrait améliorer la lisibilité du dispositif pour les entreprises, ainsi que sa prévisibilité pour les laboratoires comme pour l'administration.

En second lieu, **la détermination d'une assiette nette également des remises versées au titre de la contribution L en année n-1 aboutit à une diminution mécanique de l'assiette prise en compte chaque année**, ce qui crée une progression quasi automatique et artificielle du chiffre d'affaires pris en compte l'année suivante. C'est pourquoi votre commission estime nécessaire, comme l'an passé, **d'aménager le mécanisme du taux L afin que les assiettes prises en compte d'une année sur l'autre soient rendues comparables.**

En outre, l'imbrication des deux dispositifs L et W contribue à complexifier encore le paysage d'une fiscalité sur le médicament déjà foisonnante. La croissance des dépenses au titre des traitements contre l'hépatite C contribue en effet à déclencher le taux L, tandis que les remises versées au titre de W sont déductibles du chiffre d'affaires considéré pour le taux L.

En tout état de cause, et ainsi que votre commission l'avait déjà souligné lors de l'examen du PLFSS pour 2016, **le mécanisme W n'a en réalité plus véritablement de raison d'être, dans la mesure où il a déjà produit ses effets sur la fixation du prix des médicaments** visant à lutter contre l'hépatite C. Le prix des médicaments à venir étant fixés par référence aux médicaments précédents, il n'apparaît donc plus nécessaire de maintenir un dispositif *ad hoc*. En conséquence, et comme l'année dernière, votre commission propose de supprimer le mécanisme W pour 2017, qui devait de toute façon trouver son extinction cette année (**amendement n°129**).

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 19

Participation des organismes complémentaires au financement de la rémunération des médecins

Objet : Cet article propose de proroger à titre transitoire la participation des organismes complémentaires à la rémunération des médecins dite « alternative à l'acte ».

I - Le dispositif proposé

Cet article, non codifié, se compose de trois parties qui reprennent, moyennant une adaptation à l'évolution du droit, les dispositions prévues par l'article 4 de la loi de finance pour 2014 :

Le **I** prévoit une contribution des organismes complémentaires au bénéfice de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est de 5 euros par bénéficiaire d'une couverture complémentaire y compris les ayants-droit de 16 ans et plus. Sont exclus du calcul les bénéficiaires de la CMU-C.

Le **II** prévoit que cette participation est collectée par les Urssaf dans les mêmes conditions que la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire.

Le **III** précise que cette participation est due pour l'année 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui prévoit une mesure transitoire dans les relations financières entre les complémentaires et les médecins.

En 2013, dans le cadre de la signature de l'avenant 8 à la convention médicale qui prévoyait notamment la mise en place du contrat d'accès aux soins, les organismes complémentaires ont accepté l'instauration d'une contribution de 150 millions d'euros permettant « *le développement des nouveaux modes de rémunération (...) notamment le développement de forfaits pour les médecins traitants* ». Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et conçu pour fonctionner jusqu'en 2015, ce mécanisme a été prolongé par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale, la valorisation du rôle du médecin traitant a pris notamment la forme d'un « *forfait patientèle (...) pour le suivi au long cours des patients* ». L'Uncam a en conséquence proposé à l'Unocam de faire évoluer le dispositif prévu en 2013 à compter du 1^{er} janvier 2018, en le portant à 250 millions d'euros au titre de cette année, et à 300 millions en 2019. L'année 2017 serait donc une année de transition, avec une simple reconduction du dispositif à rendement constant d'environ 150 millions d'euros (le rendement réel du mécanisme mis en place a toujours été légèrement inférieur à cette somme).

Votre commission note que l'Unocam a refusé, le 16 septembre, de signer la convention médicale en invoquant notamment « *l'incertitude sur la définition des modalités de financement de ce forfait* ». Elle estime que les négociations entre l'Uncam et l'Unocam doivent se poursuivre pour permettre d'aboutir à un accord.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 19 bis (nouveau)
(art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale)
Clauses de désignation

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prévoir une clause de désignation pour les accords collectifs complémentaires d'entreprise en matière de prévoyance.*

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte de l'adoption de trois amendements identiques déposés par plusieurs députés des groupes Socialiste, écologiste et républicain, Radical, républicain, démocrate et progressiste et Gauche démocrate et républicaine.

Il propose de réintroduire à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux accords professionnels ou interprofessionnels d'entreprise en matière de couverture complémentaire des salariés, une disposition **obligeant** les entreprises entrant dans le champ de l'accord à souscrire, **en matière de couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude**, l'un des contrats de référence proposés par les organismes sélectionnés par les partenaires sociaux.

Ces organismes doivent être au moins au nombre de deux et les contrats de référence qu'ils proposent doivent permettre « *la mutualisation d'un socle commun de garanties définies par l'accord* ».

Les entreprises ayant déjà conclu un accord collectif antérieur « *ayant le même objet* » ne sont pas tenus de souscrire aux contrats de référence.

II - La position de la commission

La querelle qui oppose entre eux les acteurs du marché de la couverture complémentaire sur la légitimité des clauses de désignation a plus de vingt ans. Elle date de la généralisation des clauses de désignation, insérée dans l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale par l'article 2 de la loi du 8 août 1994¹ relative à la protection sociale complémentaire.

Examinant cette disposition à l'occasion du contrôle de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, le Conseil constitutionnel a, dans sa décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, considéré que la clause de désignation telle qu'elle figurait à l'article L. 912-1 était contraire à la Constitution.

¹ Loi n°94-679.

Depuis cette date, le débat porte sur deux points :

- les conditions de compatibilité avec la Constitution d'une clause de désignation dans les contrats professionnels ou interprofessionnels ;
- lorsque ces conditions peuvent être réunies, l'opportunité de permettre de telles clauses.

Sur le premier point, la constitutionnalité, le débat se concentre sur l'interprétation à donner aux considérants du Conseil constitutionnel dans sa décision de 2013 précitée. Le commentaire de cette décision aux cahiers résume de la manière suivante : « *Les dispositions de l'article L. 912-1 du CSS ont été jugées contraires à la Constitution comme portant une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle au regard de l'objectif de mutualisation des risques.* »

L'article additionnel adopté par l'Assemblée nationale, avec l'accord du Gouvernement, tend à rendre les clauses de désignation, dont l'objectif de mutualisation est affirmé, compatibles d'une part, avec la **liberté d'entreprendre** en prévoyant la désignation d'au moins deux organismes par l'accord et, d'autre part, avec la **liberté contractuelle**, en prévoyant plusieurs contrats de référence, mais également la possibilité pour une entreprise ayant déjà conclu un accord collectif de n'adhérer à aucun d'entre eux.

Sur le second point, l'opportunité, les termes du débat ont à peine évolué depuis que notre collègue Bernard Seillier, rapporteur de la commission des affaires sociales, les exposait lors de la discussion générale du projet de loi relatif à la protection sociale complémentaire :

« Les concurrents des [organismes] de prévoyance font valoir que les clauses de désignation ont pour effet de leur fermer le marché puisque les partenaires sociaux ont naturellement tendance à désigner des organismes qu'ils connaissent déjà.

(...)

[Mais] parfois, il serait même contraire à la logique de solidarité poursuivie par la négociation collective que les entreprises qui constituent un bon risque se désolidarisent de l'accord de branche, pour laisser se mutualiser les coûts entre les entreprises qui seraient en situation plus délicate ».

De fait, la nécessité de la mutualisation des risques a été l'une des principales sources de critiques soulevées lors de la mise en place de la complémentaire d'entreprise, accusée d'avoir entraîné une segmentation du marché entre entreprises et entre catégories de la population, actifs et retraités notamment. Votre commission note que le dispositif proposé ne touche que les contrats de prévoyance lourde (la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude) pour lesquels la mutualisation paraît être une nécessité pour permettre la couverture assurantielle. La question ne se pose donc pas dans des termes identiques à l'assurance maladie.

Cependant, le Sénat s'est toujours montré très réservé sur les clauses de désignation et s'est opposé à la quasi-unanimité en 2013 à la volonté de les maintenir dans le code de la sécurité sociale alors que l'accord national interprofessionnel venait explicitement de les écarter.

Votre commission s'interroge par ailleurs sur la présence de cette disposition en PLFSS, son impact sur le financement de la sécurité sociale étant à la fois très limité et très indirect.

Sur proposition de son rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n° 66** de suppression de cet article

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 19 ter (nouveau)
(art. L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale,
art. 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015)

Chèque-santé

Objet: Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à pérenniser le dispositif transitoire permettant à l'employeur d'assurer la couverture complémentaire des salariés en contrats courts par le versement d'une somme destinée à couvrir une partie de leur cotisation à un contrat individuel.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement de la rapporteure pour l'assurance maladie adopté par l'Assemblée nationale, se compose de deux parties.

Le **I** tend à compléter l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la couverture complémentaire d'entreprise des salariés en contrats courts, afin de prévoir la possibilité pour l'employeur de décider de manière unilatérale d'y pourvoir par le versement d'une somme destinée à couvrir une partie de leur cotisation à un contrat individuel.

Cette possibilité ne s'applique pas aux salariés déjà couverts par un contrat collectif.

Le **II** supprime en conséquence la mesure transitoire ayant le même objet et figurant à l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

II - La position de la commission

Cet article constitue la troisième tentative de pérenniser la possibilité de décision unilatérale de l'employeur pour les salariés en contrats courts. Introduit par le Gouvernement dans le projet de loi relatif au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, cette disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel en tant que cavalier¹. Déposé par le Gouvernement en tant qu'amendement au projet de loi Égalité et citoyenneté, cette mesure avait été écartée sur le fondement de l'article 45 de la Constitution.

Le dépôt de cette mesure en PLFSS par la rapporteure de l'assurance maladie permettra, espérons-le, de clore cette série d'accidents de procédure, d'autant qu'il apporte d'importantes améliorations rédactionnelles au dispositif initialement prévu par le Gouvernement.

Pour mémoire, la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a transposé dans son article 1^{er} les deux premiers articles de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

Cet article rend obligatoire, à compter du 1^{er} janvier 2016, la couverture des salariés en matière de remboursement de frais de santé, financée au moins pour moitié par l'employeur et couvrant un panier de soins fixé par décret.

Cette réforme est destinée à renforcer la protection des 400 000 salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, dans un contexte où « l'accès aux soins est dépendant de la possession d'un contrat de couverture complémentaire et de sa qualité ».

Les salariés en contrats précaires sont particulièrement représentés parmi ceux ne disposant pas d'une couverture complémentaire. En 2012, d'après l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), 17 % des salariés ayant un CDD de moins de six mois, 10,8 % de ceux en intérim, 14,8 % des saisonniers et intermittents ainsi que 7,1 % des salariés en temps partiel subi ne bénéficiaient pas de complémentaire santé, contre 2,4 % des salariés en CDI.

Les salariés en contrats courts sont donc particulièrement concernés par l'extension de la couverture complémentaire d'entreprise.

Cependant, l'obligation prévue par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale de mettre en place pour ces salariés une couverture collective à adhésion obligatoire a entraîné une réticence marquée des entreprises présentes dans les secteurs ayant un fort recours aux contrats courts. Elles n'ont donc pas engagé de négociation pour mettre en place la couverture complémentaire obligatoire.

¹ Décision n° 2016-736 DC du 4 août 2016.

Dans le cadre du PLFSS pour 2016, le Gouvernement a proposé la mise en place d'une disposition dérogatoire permettant d'adapter la généralisation de la couverture de la complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels.

Ce dispositif, devenu l'article 34 de la loi de financement (partiellement codifié au sein de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale) concerne les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission de moins de trois mois ou ceux dont la durée de travail est inférieure à 15 heures par semaine. Ces seuils correspondent à ceux fixés par l'ANI du 11 janvier 2013 pour la majoration du taux de cotisation patronale à l'assurance chômage. Le Gouvernement n'a néanmoins pas été en mesure d'indiquer à votre rapporteur combien de salariés sont concernés par ce dispositif.

Il prévoit que l'obligation de couverture de ces salariés peut être assurée par la mise en place d'un « versement santé » financé uniquement par l'entreprise et correspondant à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie à laquelle appartient le salarié concerné. Ce versement permet de participer à la prise en charge de la couverture santé que les salariés auront souscrite à titre individuel.

Cette modalité de couverture est soumise à la signature d'un accord de branche ou à la signature d'un accord d'entreprise si l'accord de branche le permet ou n'existe pas.

Lors de la discussion du PLFSS à l'Assemblée nationale, la rapporteure de la commission des affaires sociales, Michèle Delaunay, a déposé un amendement tendant à compléter les dispositions relatives à l'entrée en vigueur du dispositif, et donc non codifiées, contenue dans le V de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le dispositif inséré du fait de l'adoption de l'amendement tend : « à permettre aux entreprises, à titre dérogatoire et pendant une année au plus, de prévoir, par décision unilatérale de l'employeur et lorsque cela n'est pas contraire aux éventuels accords de branche ou d'entreprise, que la couverture complémentaire santé sera mise en œuvre, pour les salariés visés au III de l'article L. 911-7-1, par le versement d'une contribution aux salariés, lorsqu'ils ne sont pas déjà couverts à titre collectif et obligatoire ». Il se justifie par la nécessité « de prendre en compte les délais de négociation collective ».

Le Gouvernement ne dispose pas encore d'éléments sur la manière dont ce dispositif a été utilisé depuis janvier 2016.

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, votre commission s'était interrogée sur le choix du Gouvernement d'y faire figurer la mise en place d'un mécanisme de dérogation à la loi de sécurisation de l'emploi.

Ce choix semblait en effet plus lié à l'urgence de prendre une mesure d'adaptation de la complémentaire d'entreprise avant l'échéance du 1^{er} janvier 2016, qui devait théoriquement voir sa généralisation, qu'à son impact sur les finances sociales. Celui-ci n'est établi en effet qu'à travers l'exonération dont bénéficient les entreprises qui ont mis en place un contrat collectif et la mesure elle-même ne devait entraîner aucune conséquence financière selon l'étude d'impact. Cette étude avait par ailleurs souligné que l'articulation entre le dispositif du versement santé et celui de l'accord de branche n'était pas clairement établie. En conséquence, votre commission était revenue sur le choix du Gouvernement.

L'évolution proposée par cet article n'est pas mineure. Alors que tout le dispositif de la mise en place de la couverture complémentaire obligatoire repose sur la négociation, au moins au niveau de l'entreprise, il est proposé d'y mettre un terme pour les salariés les plus fragiles et les moins bien couverts.

La décision unilatérale de l'employeur peut cependant apparaître comme un moindre mal pour les entreprises concernées et permettra aux salariés en contrats courts de financer leur couverture complémentaire.

Lors de la discussion du projet de loi relatif au travail, votre commission avait indiqué que la pérennisation de la possibilité d'une décision unilatérale de l'employeur pose également la question de la cohérence du dispositif mis en place par l'article L. 911-7-1 et de la pertinence des dispositions relatives à l'accord d'entreprise. En effet, l'accord d'entreprise destiné à mettre en place le versement santé n'est possible qu'en cas d'absence d'accord de branche ou si l'accord de branche prévoit cette possibilité. A-t-il vocation à perdurer dès lors qu'une décision unilatérale de l'employeur suffit ?

Le Gouvernement et l'Assemblée nationale souhaitent le maintien des deux dispositifs. Votre commission tout en s'interrogeant sur la portée pratique d'un tel choix n'y est pas opposée.

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

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 20

(art. L. 131-8, L. 135-2, L. 135-3, L. 136-8, L. 223-1, L. 241-2, L. 241-3, L. 245-16, L. 413-6, L. 413-10, L. 413-11-2, L. 437-1, L. 635-1, L. 651-2-1, L. 862-4 et L. 134-15 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2, L. 731-3, L. 732-58, L. 753-1, L. 753-2, section 2 et 3 du chapitre III du titre V du livre VIII, L. 753-4, L. 753-5, L. 753-6, L. 753-7, L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 14-10-1 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 1609 viciés, art. 1618 et art. 1622 du code général des impôts, art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, art. 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.)

**Prise en charge par l'État des mesures d'exonérations
précédemment compensées à la sécurité sociale, réaffectation de recettes,
suppression du FCAT et du FCATA, transferts de charges et sécurisation
du versement des retraites complémentaires des artisans du BTP**

Objet : Cet article tire les conséquences, pour la répartition des recettes entre branches et entre régimes, des mesures de compensation de l'État à la sécurité sociale, procède à une nouvelle réforme du financement du FSV, supprime deux fonds de la branche AT-MP et sécurise le versement des pensions du régime des artisans du BTP.

I - Le dispositif proposé

De façon habituelle, cet article trouve sa place avant les tableaux d'équilibre en fin de troisième partie. Il procède aux classiques réaffectations de recettes entre branches afin de lisser les effets, pour les différentes branches des mesures de compensation des allègements de cotisations, de limiter les partages de recettes et de tenter d'assurer une certaine cohérence entre le risque couvert et la recette affectée.

Les principaux changements sont les suivants.

La C3S, précédemment répartie entre la branche maladie, la branche vieillesse et la branche maladie du régime des exploitants agricoles, est affectée en totalité à la branche vieillesse.

La branche maladie se voit de nouveau affecter la quasi-totalité des recettes des droits de consommation sur les tabacs ainsi que la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les contrats d'assurance complémentaire qui assurera également la totalité du financement du fonds CMU-C.

La perte des droits tabacs est compensée à ses différents bénéficiaires. La CNSA se voit ainsi affecter une part du prélèvement social sur les revenus du capital, précédemment affectée au FSV, ce qui a pour effet de mettre en déficit sa section I, proche de l'équilibre.

La taxe sur les salaires fait l'objet d'une nouvelle répartition pour compenser ces changements, la fraction affectée au FSV est supprimée.

Ces différents mouvements de recettes sont récapitulés par l'étude d'impact, dans le tableau suivant :

en Md€	Régime général					Tous régimes Toutes branches	Impact FSV	Impact CNSA	Fonds CMU	Sphère ASSO
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches					
Transferts internes à la sécurité sociale (m)	1,5	0,0	-2,1	0,5	-0,2	-0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Droits de consommation sur les tabacs	2,4	0,0	-0,4	-1,0	0,9	0,9		-0,2	-0,4	0,0
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance	0,7			-1,2	-0,5	-0,5			0,5	0,0
Prélèvements sur les revenus du capital					0,0	0,0	-0,3	0,3		0,0
Licences UMTS			0,0		0,0	0,0	0,0			0,0
Prélèvements sur les retraites chapeau			0,2		0,2	0,2	-0,2			0,0
Sommes en déshérence			0,0		0,0	0,0	0,0			0,0
Première étape du transfert MICO vers les régimes			-1,0		-1,0	-1,0	1,0			0,0
Taxes sur les huiles alimentaires	-0,1				-0,1	-0,1				0,0
Droits de consommation sur les farines	-0,1				-0,1	0,0				0,0
Droits de consommation sur les alcools	-0,1				-0,1	-0,1				0,0
CSSS	-2,1		2,1		0,0	0,0				0,0
Taxe sur les salaires	0,8		-3,1	2,7	0,3	0,3	-0,3			0,0

Source : Annexe 10

Votre rapporteur général propose, pour plus de clarté, une lecture linéaire de cet article.

Le I de l'article modifie le code de la sécurité sociale.

Le 1° ajoute à la liste des exonérations non-compensées à la sécurité sociale la réduction de cotisation accordée aux travailleurs indépendants à faibles revenus, instaurée à l'article 8 du présent projet de loi. Cette compensation est assurée, comme celle des allègements généraux, par les équilibres généraux et non par un transfert budgétaire.

Le 2° modifie l'affectation de la taxe sur les salaires entre les branches vieillesse, famille et maladie et supprime la part affectée au Fonds de solidarité vieillesse. Il modifie également l'affectation des droits de consommation sur les tabacs qui revient à la branche maladie dans sa quasi-totalité à l'exception de 0,25 % qui restent affectés au régime d'allocations viagères des débitants de tabac.

Le 3° redéfinit les charges du Fonds de solidarité vieillesse en supprimant les différentes sections définies par la LFSS pour 2016 et en préservant les seuls transferts du FSV au titre de mécanismes de solidarité entendus au sens strict (ancienne section I). Le FSV ne serait donc plus chargé de participer, pour moitié, au financement du minimum contributif ni de financer le coût pour les régimes du maintien à 65 ans de l'âge d'annulation de la décote pour les parents proches de la retraite ayant élevé trois enfants ou parents d'enfants handicapés.

Le 4° modifie en conséquence les produits affectés au FSV. Il supprime l'affectation des produits précédemment dévolus aux mécanismes dont le Fonds n'aura plus la charge.

Le 5° modifie les conditions de l'affectation aux différents régimes maladie de la CSG sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement. La LFSS pour 2016 avait fixé un principe d'affectation aux régimes de ces produits « au réel », en fonction des sommes effectivement versées au titre des revenus d'activité par leurs affiliés. Le présent article préserve le principe pour la CSG sur les revenus d'activité mais affecte la Cnam le produit de la contribution assise sur les autres revenus. Les taux restent inchangés.

Le 6° a pour objet le transfert à la Caisse nationale d'allocations familiales la charge du remboursement au régime des majorations de pensions pour enfant accordées par le régime des exploitants agricoles. En application de la loi de financement pour 2016, la Cnaf rembourse directement ces sommes, qui ne transitent plus par le Fonds de solidarité vieillesse, aux différents régimes. Le fondement législatif de cette mesure est ainsi rétabli.

Le 7° supprime l'affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie de :

- la contribution sur les médicaments remboursés (L. 245-1 du code de la sécurité sociale) ;
- la contribution sur les dispositifs médicaux remboursés (L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale) ;
- la contribution sur les premières ventes de dispositifs médicaux (L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale) ;
- la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques (L. 245-6 du code de la sécurité sociale).

Le 8° affecte à l'assurance maladie la totalité du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés et de la contribution additionnelle.

Il lui affecte également le produit :

- des contributions sur les retraites-chapeaux (articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du code de la sécurité sociale) ;
- des sommes non-réclamées issues des dispositifs de participation, d'intéressement et d'épargne salariale ;
- des pénalités versées en cas de non-respect des négociations annuelles obligatoires (article L. 2242-5-1 du code du travail) ;
- des parts fixes des redevances payées pour l'utilisation de certaines fréquences attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile ;
- de 35 % des parts variables des redevances payées pour l'utilisation de certaines fréquences attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile.

Le 9° modifie l'affectation du produit du taux de 4,5 % des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et des produits de placement, la part affectée à la Cnsa passant de 1,15 % à 1,38 % et celle affectée au FSV passant de 3,35 % à 3,12 %.

Le 10° supprime la référence au Fonds commun des accidents du travail à l'article L. 413-6 du code de la sécurité sociale relatif au versement des prestations versées au titre des accidents du travail intervenus avant le 1^{er} janvier 1947 et confie aux Carsat la mission de verser les prestations correspondantes.

Le 11° supprime les références au Fonds commun des accidents du travail et au fonds commun des accidents du travail agricole à l'article L. 413-10 du code de la sécurité sociale relatif au versement des prestations versées au titre des accidents du travail intervenus en Algérie avant le 1^{er} juillet 1962 et confie aux Carsat la mission de verser les prestations correspondantes.

Le 12° transfère la charge des allocations versées au titre d'accidents du travail ou de maladies survenues dans un État tiers sous administration française avant son accession à l'indépendance du FCAT aux Carsat.

Le 13° supprime la référence au FCAT à l'article L. 437-1 du code de la sécurité sociale, la réparation des AT-MP supportée par les caisses primaires d'assurance maladie devenant le droit commun.

Le 14° complète l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale relatif au régime complémentaire de retraite des professions artisanales, industrielles et commerciales pour prévoir qu'il assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment.

Le 15° modifie l'affectation du produit de la C3S et de la C3S additionnelle, précédemment dévolu à la Cnam (27,3 %), à la Cnav (41,7 %) et à la CCMSA (31 %) pour affecter la totalité à la branche vieillesse.

Le 16° modifie l'affectation du solde du produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSCA), précédemment réparti à parts égales entre la Cnam et la Cnaf, au profit du fonds CMU-C qui en est le bénéficiaire à titre principal, pour 20,18 % et de la branche vieillesse pour 79,82 %.

Le II de l'article modifie le **code rural et de la pêche maritime** sur trois points : il modifie les ressources des régimes de base et complémentaire de protection sociale des non-salariés agricoles et supprime les références au Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA).

Le 1° modifie les recettes affectées à la branche maladie du régime des exploitants agricoles : la fraction du produit du droit de consommation sur les alcools qui lui est affectée passe de 57,8 % à 56,50 % tandis que l'attribution du produit d'une fraction des droits de consommation sur les tabacs, du produit de la taxe sur les huiles végétales, de la taxe sur les farines et du produit d'une fraction de la C3S est supprimée.

Le 2° modifie les recettes affectées à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles : la fraction du produit du droit de consommation sur les alcools qui lui est affectée passe de 42,2 % à 39,25 % tandis que la branche se voit affecter le produit de la taxe sur les farines.

Le 3° modifie le financement du régime vieillesse complémentaire obligatoire des exploitants agricoles en remplaçant la fraction attribuée du droit de consommation sur les tabacs par le produit de la taxe sur les farines et une fraction du droit de consommation sur les alcools.

Les 5° à 13° sont relatifs à la suppression du Fonds commun des accidents du travail agricole, dont les missions sont transférées aux caisses départementales et pluridépartementales de la Mutualité sociale agricole. Les références à la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du fonds, sont remplacées par des références à ces caisses locales de la MSA.

Le III de l'article modifie les articles du code de l'action sociale et des familles relatifs aux recettes de la CNSA ainsi qu'à la répartition de ces recettes entre les différentes sections de la caisse.

Le 1° prévoit que la répartition de la part du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et des produits de placement entre les différentes sections du budget de la CNSA est prévue par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget. Il supprime l'affectation de droits sur les tabacs à la CNSA.

Le 2° supprime en conséquence les références à la part des prélèvements sociaux dans le détail du financement des différentes sections. Il supprime, du même coup, la garantie de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le IV de l'article modifie le code général des impôts afin d'opérer les coordinations nécessaires à la suite de la réallocation des recettes au sein des organismes de protection sociale des exploitants agricoles et de la suppression du FCATA.

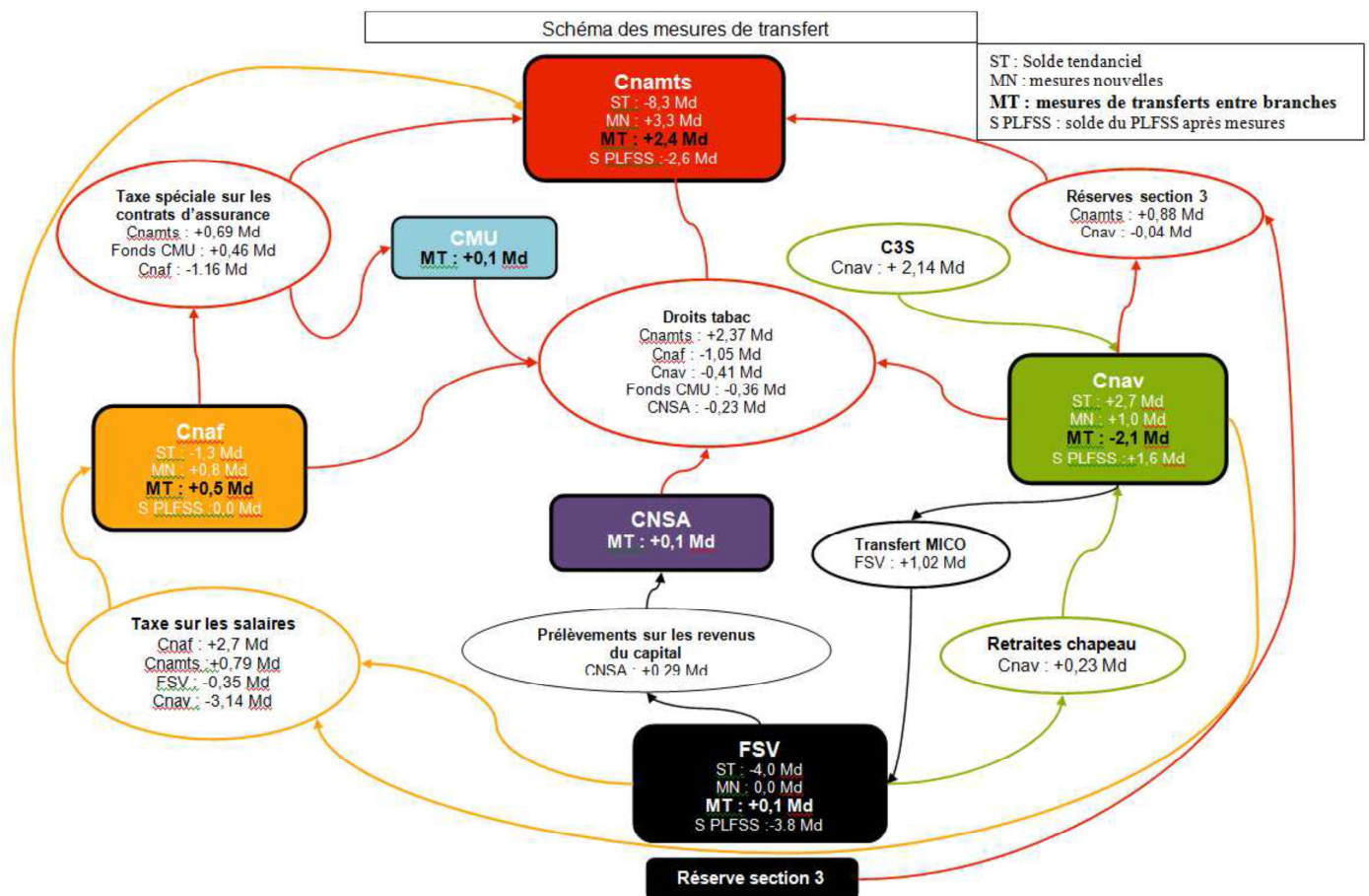
L'attributaire des taxes sur les huiles et les farines n'est plus précisé par le code général des impôts.

Le 3° modifie la rédaction de l'article 1622 relatif à la contribution des organismes assureurs aux dépenses précédemment prises en charge par le FCATA.

Le V de l'article supprime l'affectation d'une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Le VI de l'article supprime les références à la Cnaf et aux droits de consommation sur les tabacs au V. de l'article 9 de la loi de financement pour 2014 relatif au versement au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire des exploitants agricoles.

Le schéma suivant récapitule les différentes mesures, par recette et par branche :



Source : Acoiss

Le **VII** de l'article met à la charge du régime de retraite complémentaire des indépendants (RCI) les engagements du **régime de retraite complémentaire des artisans du BTP (RCE-BTP)**. Ce régime, fermé en 1998 et dont la gestion est assurée par la caisse nationale du RSI, était précédemment financé par la C3S. Les pensions dues à ses 11 000 pensionnés sont versées depuis le 1^{er} janvier 2015, date à laquelle le RSI n'a plus été attributaire de la C3S, par la branche vieillesse du régime de base en l'absence de texte, pour un montant annuel d'environ 30 millions d'euros. Outre les 11 000 pensionnés, 13 000 personnes encore en activité ont acquis des droits au sein du régime complémentaire des artisans du BTP. Le total des engagements au titre du régime est de l'ordre de 230 millions d'euros. En l'absence de recette affectée, ces engagements seront financés par la solidarité au sein du RCI, géré à l'équilibre par les cotisations.

Le **VIII** de l'article prévoit le prélèvement, au profit de la branche maladie, des recettes mises en réserve au sein du Fonds de solidarité vieillesse, en application de la réforme des retraites de 2010, pour le financement, à compter de 2016, du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

Le coût total de cette mesure pour les différents régimes a été estimé par la Cnav en 2014 à 373 millions d'euros en 2020, ce qui a justifié, à compter du 1^{er} janvier 2014, la fin de l'affectation de recettes à des réserves qui représentaient près d'un milliard d'euros. Le coût de cette mesure ne représenterait plus que 250 millions d'euros, dont 10 millions d'euros en 2016 et 40 millions d'euros en 2017.

Le **IX** de l'article prévoit le transfert progressif et renvoie au décret le soin de fixer la fraction du minimum contributif financée par le FSV. Il supprime la mention du financement d'au moins 50 % et prévoit que cette prise en charge sera retracée dans une section distincte jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de Marie-Françoise Clergeau, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à prévoir, pour les régimes d'assurance maladie dont les comptes ne sont pas intégrés à ceux de la Caisse nationale d'assurance maladie, une affectation à ces régimes de la CSG sur les revenus de remplacement, comme c'est le cas en application de la loi de financement pour 2016. À défaut, une mesure de compensation pour préserver les équilibres de ces régimes, qui ne bénéficient pas de l'équilibrage par la Cnam, aurait été nécessaire.

A l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement modifiant l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'affectation au fonds de réserve des retraites des excédents de la Cnav de l'année écoulée ou, en cours d'année d'une fraction des excédents prévisionnels. Un tel transfert n'interviendrait que lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Acoss pour le dernier exercice clos est positif. Cette mesure permettra de couvrir une partie des déficits des autres branches par les excédents de la branche retraite, ses déficits anciens ayant tous été transférés à la Cades. Dès 2016, le déficit du FSV sera porté par l'Acoss et pourra bénéficier de cette mesure.

A l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, l'Assemblée nationale a modifié les clés de répartition du droit de consommation sur les alcools entre la branche maladie, la branche vieillesse et le régime de retraite complémentaire des non-salariés agricoles. Le même amendement a rétabli une répartition du produit de la fraction du prélèvement social sur les revenus du capital, comme c'était le cas précédemment entre certaines sections de la CNSA. Ce rétablissement permet notamment de garantir le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Sur proposition de Gérard Bapt, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement précisant les conditions du transfert à l'assurance maladie des réserves de la section III du FSV, le montant, qui était discordant avec celui prévu à l'article 49, n'est plus précisé mais il sera « à hauteur du montant constaté au 31 décembre 2016 » et la date, initialement fixée au 1^{er} avril, serait « au plus tard le 30 juin 2017 ».

Sur proposition du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prélevant 50 millions d'euros sur les réserves de la CNSA pour constituer un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aides à domicile.

L'Assemblée nationale a également adopté, sur proposition de Gérard Bapt, sept amendements rédactionnels ou de coordination.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à la simplification opérée au sein de la branche AT-MP, par la suppression du FCAT et du FCATA.

De la même manière, il fallait apporter une solution au tarissement du financement du régime RCE-BTP. Cette solution est apportée en faisant porter cette charge, sans contrepartie, sur le régime complémentaire du RSI. Elle met cependant fin à une situation peu satisfaisante dans laquelle le régime de base supportait des dépenses du régime complémentaire alors que la Cour des comptes souligne précisément qu'une distinction plus claire doit être faite entre les comptes des régimes de base et complémentaire.

Votre commission ne peut en revanche se satisfaire, à la suite de la profonde refonte opérée l'an dernier, du montage proposé par cet article pour le financement du **Fonds de solidarité vieillesse**.

Pour tenter d'apporter une réponse à l'arrêt *de Ruyter* de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), selon lequel il n'est pas possible de faire supporter à une personne déjà affiliée au régime de sécurité sociale d'un autre État membre, des prélèvements sur les revenus du capital destinés au financement de la sécurité sociale en France, le Gouvernement avait fait le choix d'affecter les prélèvements ainsi contestés au FSV, considéré comme ne servant pas de prestations contributives et échappant de ce fait au règlement de 1971¹.

Votre rapporteur général avait souligné la fragilité de ce montage au regard de l'arrêt de la CJUE dans la mesure où une partie de ces prélèvements sont affectés à la Cades qui a pour objet d'amortir la dette des organismes de sécurité sociale, dont la moitié est constituée de dettes de l'assurance-maladie.

Cette solution avait conduit à imaginer un cloisonnement strict des charges et des produits du Fonds de solidarité vieillesse en trois sections afin de garantir, au sein de la section I, une affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à des dispositifs de solidarité. Elle avait du même coup fait apparaître un déficit concentré sur la section II du fonds consacrée à la prise en charge de 50 % du coût du minimum contributif (Mico) qui recevait 600 millions d'euros de produits pour une charge de 3,5 milliards d'euros. La section III comprend les réserves constituées pour le financement du maintien à 65 ans de l'âge d'annulation de la décote des parents ayant élevé trois enfants ou un enfant handicapé, déjà isolée précédemment dans une section comptable distincte.

Le présent article supprime les sections II et III en prévoyant le transfert de leur charge, progressivement pour le Mico et immédiatement pour la section III, aux régimes de base. Votre rapporteur général rappelle que ce transfert est conforme aux préconisations du rapport de la Mecss, présentés par nos collègues Gérard Roche et Catherine Génisson et que la charge du Mico n'a été portée par le FSV qu'à partir de 2010. Cette orientation est donc conforme au souhait de la Commission, celle-ci n'ayant toutefois pas préconisé le transfert concomitant des produits.

¹ Voir, sur ce sujet, le commentaire de l'article 15 du PLFSS pour 2016.

Cette suppression fait tomber du même coup le fragile paravent érigé à la suite de l'arrêt *de Ruyter*, le FSV n'ayant plus qu'un seul compte de résultat qui mêlera dépenses de solidarité et dépenses assurantielles. En 2017, 1 milliard de charges de minimum contributif serait ainsi transférées, laissant 2,5 milliards d'euros de charges au FSV. Les produits affectés au financement du Mico sont en revanche transférés immédiatement à la Cnav, ce qui ne réduit le déficit sur cette section que de 400 millions d'euros. Cette solution permet de préserver une amélioration de 500 millions d'euros du solde de la branche vieillesse.

Parallèlement, les diverses réaffectations de recettes issues du présent article ont pour effet de réduire les produits du fonds de 0,3 milliard d'euros et de mettre structurellement en déséquilibre le financement des dépenses de solidarité.

Enfin, le Gouvernement prélève, au profit de l'assurance maladie, les réserves de la section III du FSV. Ce prélèvement a pour objet de constituer l'amorçage du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique, créé par l'article 49 du présent projet de loi.

Au total, si les charges du FSV sont réduites, par le présent article, d'un milliard d'euros, ses produits sont également réduits de près de 900 millions d'euros ce qui a pour effet d'améliorer le solde du FSV de 100 millions d'euros par rapport à son tendancier, c'est-à-dire de le maintenir à l'identique, au niveau, très élevé et remarquablement persistant de - 3,8 milliards d'euros. C'est en ce sens, comme le souligne l'exposé des motifs, que « *cet article engage une dynamique de redressement de la situation financière du Fonds de solidarité vieillesse tout en poursuivant la rationalisation de son financement* ».

Sauf à considérer que le FSV reste l'angle mort du PLFSS, le Gouvernement communiquant sur le solde de la sécurité sociale hors FSV, et à vouloir afficher à tout prix un redressement significatif des deux principales branches du régime général, ce que votre rapporteur général ne peut envisager, il est pour le moins surprenant de ponctionner les réserves d'un organisme présentant un déficit récurrent de près de 4 milliards d'euros, pour alimenter un fonds prudentiel destiné à financer des dépenses à venir. C'est au demeurant cette logique qui préside au « débouclage » de la section III ainsi que l'argumente l'étude d'impact du présent article : « *l'accumulation de réserves de la section 3 du FSV est non seulement très excessive ... mais également **dérogatoire par sa logique de provisionnement** au principe général du financement global des dépenses annuelles du régime général et du FSV par les recettes de l'année en cours, par répartition* ».

Votre rapporteur général propose par conséquent d'affecter au financement du solde du minimum contributif restant à la charge du FSV en 2017, le montant des réserves de la section III, ce qui permettrait, conformément à l'objectif poursuivi par l'article d'engager effectivement « une dynamique de redressement de la situation financière du Fonds de solidarité vieillesse », en réduisant son déficit de 800 millions d'euros en 2017 (**amendement n° 69**).

Dans cette grande réorganisation des charges et des produits du FSV, un élément, contesté dès l'origine par votre commission, n'a pas disparu. Il s'agit du 10° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, selon les termes duquel le FSV assure : « le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes lorsque les dispositions les instituant le prévoient ». Votre commission considère qu'il s'agit d'un droit de tirage sur le fonds formulé dans des termes particulièrement vagues et qui permettrait de solliciter le financement du fonds pour des dispositifs instaurés par voie réglementaire. Comme les années précédentes, elle vous demande de supprimer cet alinéa (**amendement n° 67**).

Votre commission a également adopté un **amendement rédactionnel n° 68**.

Votre rapporteur général est bien conscient que le déficit du FSV, notamment celui, créé par cet article, du financement des dépenses de solidarité, n'est pas réglé de ce fait. Les dépenses de solidarité en matière de vieillesse resteront encore, pour plusieurs années, financées par un déficit que le Gouvernement juge sans doute plus acceptable ou plus présentable que celui des branches du régime général mais avec le même résultat : l'alimentation de la dette sociale.

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

Article 21

Approbation du montant des exonérations compensées

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

Les exonérations et exemptions d'assiette applicables aux cotisations et contributions sociales, communément appelées « niches sociales »,

représentent un volume global de 44,5 milliards d'euros pour l'année 2016 et un volume prévisionnel de 45,9 milliards d'euros en 2017.

Les exonérations de cotisations (allègements généraux et exonérations ciblées) représentent, en 2015, 9 % des cotisations dues aux Urssaf.

Le montant global recouvre des exonérations, allègements et exemptions d'assiette de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

Mesures en millions d'euros	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)
Allègements généraux	20 610,0	20 724,0	20 886	25 775	28 781	29 650
Exonérations compensées	6 055,6	3 856,5	3 694	3 479	3 648	6 376
Exonérations non-compensées	3 822,3	3 207,3	3 694	3 741	3 794	1 228
Exemptions d'assiette	8 340,0	6 444,4	6 746	8 407	8 297	8 691
Total	38 827,9	34 232,2	35 020	41 402	44 520	45 945

Source : Annexe 5 PLFSS

Ces montants, réévalués de près d'un milliard d'euros en raison de l'adoption d'une méthodologie plus fine d'évaluation des exemptions d'assiette, traduisent la mise en œuvre du pacte de responsabilité, le renforcement des allègements généraux et surtout, même si elle ne constitue pas, à proprement parler, un allègement, la baisse du taux de cotisation famille (3,5 milliards d'euros en 2015, 6,6 milliards d'euros en 2016, 7,7 milliards d'euros en 2017). S'agissant des autres dispositifs, ceux qui concernent les services à la personne, le soutien à l'emploi et les exemptions d'assiette sont dynamiques, tandis que le soutien à des territoires spécifiques se stabilise.

Depuis 2011, les mesures d'allègements généraux font l'objet d'une compensation par affectation de recettes et n'entrent donc pas dans le champ de cet article.

Ces dernières années, le mode de compensation des exonérations ciblées a évolué au profit de compensations budgétaires se substituant à l'affectation de recettes fiscales : les exonérations résiduelles applicables aux heures supplémentaires font désormais l'objet d'une compensation budgétaire (LFSS 2015), tout comme les déductions forfaitaires pour les services à la personne (LFSS 2016).

Ce mouvement se poursuit avec la compensation, en 2017, d'exonérations jusqu'à présent non compensées, pour un montant de **2,8 milliards d'euros**, dont la part la plus importante, 1,7 milliard d'euros est représentée par les aides à domicile pour les publics fragiles. S'y ajoutent 250 millions d'euros au titre de l'ACCRES, 156 millions d'euros au titre des chantiers d'insertion, 85 millions d'euros au titre des associations intermédiaires et 38 millions d'euros au titre des arbitres sportifs.

Le montant global prévu à cet article intègre la baisse de la cotisation maladie des exploitants agricoles décidée et applicable en 2016 et compensée à partir de 2017.

Le montant de la compensation pour l'ensemble des régimes serait donc de 6,1 milliards d'euros en 2017, après 3,6 milliards d'euros en 2016 et 3,7 milliards d'euros en 2015. A champ constant, le montant des exonérations compensées aurait baissé de 2,2 %.

Les six premiers postes d'exonérations compensées sont les suivants en prévisions pour l'année 2017 :

- aide à domicile pour publics fragiles (particuliers et associations ou entreprises : 1,7 milliard d'euros) ;
- contrats d'apprentissage (907 millions d'euros) ;
- entreprises en outre-mer (891 millions d'euros) ;
- baisse de la cotisation maladie des exploitants agricoles (480 millions d'euros) ;
- déductions sur les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés (457 millions d'euros) ;
- déduction forfaitaire de 2 euros par heure déclarée pour les services à la personne (386 millions d'euros) ;

Les exonérations qui resteront non-compensées concernent principalement les contrats aidés (contrat d'accompagnement dans l'emploi et contrat unique d'insertion, stagiaires, apprentis) pour un montant de 1,2 milliard d'euros. A champ constant, ces exonérations baissent de 200 millions d'euros en 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission considère que la compensation budgétaire des dispositifs d'exonération conduit à une meilleure responsabilisation des autorités en charge des différentes politiques publiques auxquelles ces exonérations sont censées contribuer.

Elle estime par conséquent que l'augmentation du montant des exonérations compensées est un élément positif pour la sécurité sociale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 22

**Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes
obligatoires de base pour 2017**

Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2017 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 2017.

Ce tableau, qui agrège pour la première fois les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision de déficit de **4,1 milliards d'euros** en 2017.

Comme l'indique le tableau ci-après, ce montant représente une amélioration du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de :

- 6,1 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2015 figurant à l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement ;

- 2,8 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2016 figurant à l'article 4 du présent projet de loi de financement.

Évolution des soldes, par branche, des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Constaté 2012	Constaté 2013	Constaté 2014	Constaté 2015	Prévisions 2016	Prévisions 2017
Maladie	- 5,9	- 6,9	- 6,5	- 5,8	- 4	- 2,6
Vieillesse	- 6,1	- 3,6	- 0,8	0,2	1,2	1,6
Famille	- 2,5	- 3,3	- 2,7	- 1,5	- 1	0
AT-MP	- 0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7
Total	- 15,1	- 13,1	- 9,3	- 6,3	- 3,1	- 0,3
FSV	- 4,1	- 2,9	- 3,5	- 3,9	- 3,8	- 3,8
Tous régimes +FSV	- 19,2	- 16	- 12,8	- 10,2	- 6,9	- 4,1

Par rapport au solde de l'année 2012 (19,2 milliards d'euros), le déficit des régimes obligatoires de base se réduirait d'un montant cumulé de 15,1 milliards d'euros en 2017.

Dépenses et recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV en 2017

En millions d'euros	Prévisions de recettes			Objectifs de dépenses		
	2016	2017	écart	2016	2017	écart
Maladie	197	204,5	7,5	201,1	207,1	6
Vieillesse	228,3	232,2	3,9	227,8	230,6	2,8
Famille	48,7	49,9	1,2	49,6	49,9	0,3
AT-MP	14,1	14,2	0,1	13,4	13,5	0,1
Toutes branches hors transferts	474,4	487,1	12,7	477,6	487,4	9,8
FSV	16,5	15,7	-0,8	20,1	19,6	-0,5
Toutes branches avec FSV	471,1	483,7	12,6	478,7	487,8	9,1

Source : PLFSS 2017

Pour 2017, le solde se redresse grâce à une forte dynamique des recettes (+ 12,6 milliards d'euros et + 2,7%), supérieure à la croissance des dépenses (+2,1 % et + 9,1 milliards d'euros).

La prévision de recettes repose sur une hypothèse de croissance de 1,5 %, sur une progression de la masse salariale de 2,7% dont 1 % d'effet « emploi » avec une évolution du chômage de 0,7 %.

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 constate une réduction des déficits plus tardive et moins massive que ce qu'aurait dû permettre l'augmentation massive des prélèvements obligatoires sur la période récente, singulièrement sur la branche vieillesse.

La branche famille s'est redressée au prix de la réduction des droits de certaines familles et grâce à des transferts importants en 2017.

La branche AT-MP fait une nouvelle fois l'objet, après 2016, d'un transfert de taux de 0,05 point vers la branche maladie, qui représente un montant de 250 millions d'euros et qui est contraire au principe assurantiel de la branche.

Tout concourt enfin à un redressement artificiel de la branche maladie qui bénéficie d'un surcroît de recettes et d'une construction discutable de l'Ondam.

Votre commission est en désaccord avec ces différentes orientations. En cohérence avec sa position sur les différentes branches, elle a adopté un **amendement n° 70** de suppression de cet article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 23

Tableau d'équilibre du régime général pour 2017

Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2017 du régime général de la sécurité sociale

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées à l'article 22 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2017.

En 2017, le déficit du régime général se réduirait de 2,9 milliards d'euros par rapport à 2016 et de 6,6 milliards par rapport à 2015.

La branche maladie connaîtrait une amélioration sensible de son solde, de 1,5 milliard d'euros, de même que la branche famille, de 1 milliard d'euros, tandis que le solde de la branche vieillesse s'améliore de 500 millions d'euros. Pour la quatrième année consécutive, le solde de la branche AT-MP serait stable, à 700 millions d'euros.

Dépenses et recettes de l'ensemble du régime général et du FSV en 2017

(en millions d'euros)

	Prévisions de recettes			Objectifs de dépenses		
	2016	2017	écart	2016	2017	écart
Maladie	195,8	203,2	7,4	199,8	205,9	6,1
Vieillesse	124	126,5	2,5	122,9	125	2,1
Famille	48,7	49,9	1,2	49,7	49,9	0,2
AT-MP	12,7	12,8	0,1	12	12,1	0,1
Toutes branches hors transferts	368,2	379,5	11,3	371,6	379,9	8,3
FSV	16,5	15,7	- 0,8	20,3	19,6	- 0,7
Toutes branches avec FSV	366,3	377,6	11,3	373,5	381,8	8,3

Source : PLFSS 2017

Les recettes progresseraient de plus de 3 %, soit un rythme beaucoup plus élevé qu'en 2016. C'est particulièrement le cas de la branche maladie dont les produits enregistreraient une progression de près de 3,8 %, supérieure à la progression prévue pour la branche vieillesse (+ 2,4 %) dont les augmentations de cotisations se poursuivent. En l'absence de mesures, d'après le rapport de la commission des comptes, le déficit du régime général serait de 6,3 milliards d'euros. Avec le FSV, le déficit serait de 10,3 milliards d'euros, soit seulement 500 millions d'euros de moins qu'en 2015 et 3,4 milliards d'euros de plus que le solde prévu pour 2016.

Comparaison des soldes, par branche, du régime général par rapport au tendanciel

(en milliards d'euros)

	Prévisions 2016	Tendanciel 2017	Prévisions 2017	Écart 2017 au tendanciel
Maladie	- 4,1	- 8,3	- 2,6	5,7
Vieillesse	1,1	2,7	1,6	- 1,1
Famille	- 1	- 1,3	0	1,3
AT-MP	0,7	0,6	0,7	0,1
Total	- 3,4	- 6,3	- 0,4	5,9
FSV	- 3,8	- 4	- 3,8	0,2
Tous régimes +FSV	- 7,1	- 10,3	- 4,2	6,1

Source : Rapport de la commission des comptes de septembre et PLFSS 2017

Le solde de l'assurance maladie serait particulièrement dégradé mais aussi celui de la branche famille en raison de l'extension en année pleine de la baisse de cotisations prévue dans le cadre du pacte de responsabilité. En revanche, l'excédent de la branche vieillesse serait plus important, avant redéploiement des recettes et transfert du minimum contributif. L'amélioration du solde de l'assurance-maladie est due à 3,5 milliards d'euros d'économies dans le périmètre de l'Ondam, à 1,8 milliard d'euros de transferts de recettes et de recettes nouvelles, dont l'augmentation de la fiscalité sur les produits du tabac.

L'annexe 9 détaille le passage du tendanciel au solde prévisionnel.

Tableau d'équilibre financier du PLFSS 2017

(en milliards d'euros)

en Md€	Régime général					Tous régimes Toutes branches	Impact FSV	Impact CNSA	Fonds CMU	Impact CADES	Sphère ASSO
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches						
Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité (a)	-0,2	0,0	-0,2	-1,1	-1,6	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,6
Extinction de la recette liée au prélèvement à la source sur les caisses de congés payés	-0,2	0,0	-0,2	-0,1	-0,5	-0,5		0,0		0,0	-0,5
Effet en année pleine de l'extension de la baisse des cotisations famille				-1,1	-1,1	-1,1					-1,1
Autres mesures arbitrées en 2016 à compenser (a2)	-0,5	0,0	0,0	0,0	-0,5	-0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,5
Baisse de la cotisation maladie exploitants agricoles	-0,5				-0,5	-0,5					-0,5
Autres mesures intégrées dans le tendancier (a3)	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Compensation par dotation budgétaire de la baisse de taux des exploitants	0,5				0,5	0,5					0,5
Soldes tendanciers CCSS septembre 2016 (b)	-8,3	0,6	2,7	-1,3	-6,3	-6,2	-4,0				
Nouvelles mesures à compenser (c)	-1,7	0,0	0,0	0,0	-1,7	-1,7	0,0	-0,1	0,0	0,0	-1,8
Transfert du financement des MDPH					0,0	0,0		-0,1			-0,1
Transfert du financement des ESAT	-1,5	0,0			-1,5	-1,5					-1,5
Transfert de la part Etat du FIR	-0,1				-0,1	-0,1					-0,1
Baisse de cotisations des travailleurs indépendants	-0,2				-0,2	-0,2					-0,2
Exonérations nouvellement compensées (d)	1,0	0,0	0,9	0,3	2,2	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
Compensation par transferts de dépenses (e)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Allocation de logement temporaire 1				0,0	0,0	0,0					0,0
Réforme de l'articulation entre AAH et ASPA (PLF 2017)					0,0	0,0	0,0				0,0
Transfert des prestations familiales dans les DOM				0,1	0,1	0,1					0,1
ANSP	0,1				0,1	0,1					0,1
Compensation par affectation de recettes fiscales (f)	-0,1	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Réaffectation intégrale de la TVS et modification de la définition du fait générateur				0,3	0,3	0,3					0,3
Ajustement de la fraction de TVA	-0,1				-0,1	-0,1					-0,1
Affectation des réserves de la section 3 du FSV (g)	0,9		0,0		0,8	0,8					0,8
Bilan des compensations avant mesures internes (h) (h=a+c+d+e+f+g)	-0,1	0,0	0,7	-0,5	0,1	0,2	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1
Economies ONDAM (i)	3,5	0,1			3,6	3,6		-0,2			3,4
Mesures relatives aux recettes (j)	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Mesures relatives aux droits tabacs	0,3				0,3	0,3					0,3
Plafonnement de riches sociales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1					0,1
Application du droit social à l'économie numérique	0,0				0,0	0,0					0,0
Autres mesures (k)	0,3	0,0	0,1	0,1	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Mesures de lutte contre la fraude sur les cotisations	0,1	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3					0,3
Mesures de lutte contre la fraude sur les prestations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1					0,1
Economies de gestion	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2					0,2
Transferts internes à la sécurité sociale (l)	1,5	0,0	-2,1	0,5	-0,2	-0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Droits de consommation sur les tabacs	2,4	0,0	-0,4	-1,0	0,9	0,9		-0,2	-0,4		0,0
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance	0,7			-1,2	-0,5	-0,5			0,5		0,0
Prélèvements sur les revenus du capital					0,0	0,0	-0,3	0,3			0,0
Licences UMTS			0,0		0,0	0,0	0,0				0,0
Prélèvements sur les retraites chapeau			0,2		0,2	0,2	-0,2				0,0
Sommes en désérence			0,0		0,0	0,0	0,0				0,0
Première étape du transfert MICO vers les régimes			-1,0		-1,0	-1,0	1,0				0,0
Taxes sur les huiles alimentaires	-0,1				-0,1	-0,1					0,0
Droits de consommation sur les farines	-0,1				-0,1	-0,1					0,0
Droits de consommation sur les alcools	-0,1				-0,1	-0,1					0,0
CSSS	-2,1		2,1		0,0	0,0					0,0
Taxe sur les salaires	0,8		-3,1	2,7	0,3	0,3	-0,3				0,0
Soldes 2017 après mesures (m = b + c + d + e + f + g + h + j + k + l)	-2,6	0,7	1,6	0,0	-0,4	-0,3	-3,8	-0,2	0,1	0,0	

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Par cohérence avec la position prise sur l'article précédent ainsi que sur les différentes branches, votre commission exprime son désaccord avec les différents soldes. Sur proposition de son rapporteur général, elle a adopté un amendement n°71 de suppression de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 24

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Objet : Cet article détermine, pour l'année 2017, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (FSV), l'objectif d'amortissement de la dette sociale, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de celles mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

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 ;

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

Le I du présent article propose d'approuver le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Ce tableau ne concerne *de facto* que le fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le déficit devrait s'élever à **3,8 milliards d'euros en 2017, au même niveau qu'en 2016.**

Tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

2016			2017		
Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
16,5	20,3	- 3,8	15,7	19,6	- 3,8

Source : *Projet de loi*

Après avoir connu, en 2016, une refonte complète des produits qui lui étaient affectés, le fonds n'avait enregistré aucune évolution de leur volume, ce qui explique, avec des charges identiques ou en croissance, son installation dans un déficit persistant.

En 2017, le FSV est affecté par de profondes modifications de ses charges et de ses produits, prévues par l'article 20 du présent projet de loi qui supprime les sections II et III en prévoyant le transfert de leur charge, progressivement pour le minimum contributif et les majorations pour conjoint à charge et immédiatement pour la section III, aux régimes de base. En 2017, 1 milliard de charges de minimum contributif serait ainsi transférée, laissant 2,5 milliards d'euros de charges au FSV.

Les produits affectés au financement du minimum contributif sont en revanche transférés immédiatement à la Cnav, ce qui ne réduit le déficit sur l'ancienne section II que de 400 millions d'euros malgré un transfert de charges d'un milliard. Cette solution permet de préserver une amélioration de 500 millions d'euros du solde de la branche vieillesse.

Parallèlement, les diverses réaffectations de recettes issues de l'article 20 ont pour effet de réduire les produits du fonds de 0,3 milliard d'euros et de mettre structurellement en déséquilibre le financement des dépenses de solidarité. La compensation des transferts de recettes entre branches s'arrête au FSV qui perd, au profit de la CNSA, une part du prélèvement social sur les revenus du capital.

Enfin, le Gouvernement prélève, au profit de l'assurance maladie, les réserves de la section III du FSV. Ce prélèvement a pour objet de constituer l'amorçage du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique, créé par l'article 49 du présent projet de loi.

Au total, si les charges du FSV sont réduites d'un milliard d'euros, ses produits sont également réduits de près de 900 millions d'euros, ce qui a pour effet d'améliorer le solde du FSV de 100 millions d'euros par rapport à son tendancier, c'est-à-dire de le maintenir à l'identique, au niveau très élevé et remarquablement persistant, de - 3,8 milliards d'euros. C'est ainsi que *« cet article engage une dynamique de redressement de la situation financière du Fonds de solidarité vieillesse tout en poursuivant la rationalisation de son financement »*, selon son exposé des motifs.

Votre rapporteur général a exposé dans son commentaire de l'article 20, l'ensemble des réserves que lui inspire ce montage, auxquelles il lui faut ajouter une remarque : non content de transférer à la branche maladie des sommes accumulées pour le risque vieillesse, le Gouvernement les comptabilise comme un produit nouveau qui participe à la compensation, à la sécurité sociale, des mesures d'allègements de cotisations, ce qui paraît pour le moins contestable.

• La fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades

Le II du présent article propose de fixer à 14,9 milliards d'euros l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2017. Cet objectif enregistre une nouvelle progression par rapport à 2016, grâce à l'amélioration du rendement des recettes de la Caisse et au maintien à un niveau bas de la charge des intérêts.

Cet amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées à la Cades, attendu pour l'année à venir¹ (soit 17,2 milliards d'euros), et le montant des frais financiers nets payés par la Caisse (soit 2,4 milliards)².

Il s'améliore sous le double effet d'une progression des produits, en particulier de la CRDS, et d'une diminution des charges.

¹ Ces ressources se composent de la CRDS, de 0,48 point de CSG et du versement annuel de 2,1 milliards d'euros effectué par le FRR.

² Ce montant correspond au coût de financement de la Cades.

Comptes de résultat prévisionnel de la Cades

(en millions d'euros)

	2016 (p)	2017 (p)
CRDS	6 987	7 171
CSG	7 764	7 946
Versement FRR	2 100	2 100
Total produits	16 851	17 217
Frais financiers et autres charges	2 422	2 388
Résultat	14 429	14 829

Source : Annexe 8 du PLFSS.

Depuis sa création en 1996, la Cades aura repris une dette totale de 236 milliards d'euros au 31 décembre 2015. Elle en aura amorti 110 milliards d'euros et doit encore rembourser 126 milliards d'euros.

Texte	Montant plafond	Déficits concernés
LFSS 2011	130 milliards d'euros dont 62 milliards d'euros de 2011 à 2018 dans la limite de 10 milliards d'euros par an	Cnav + FSV 2011 à 2018 Famille et maladie 2011
LFSS 2014	Même plafond	CNAV+ FSV en priorité Maladie et famille par ordre d'ancienneté

En application de ces dispositions, la Cades a repris les déficits suivants pour les années 2011 à 2016 :

(en milliards d'euros)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Régime général	65,3	9,7	8,9	10	10	23,6
Déficit	Cumul Cnav + FSV	Cnav + FSV 2011	Cnam + FSV 2012	Cnav (3,3) + FSV (2,7) 2013 Cnam 2012 (4)	Cnav + FSV (5,3) Cnam 2012 (1,9) Cnaf 2012 (2,5) Cnam 2013 (0,3)	Cnav +FSV (3,9) Cnam 2013 (6,5) Cnaf 2013 (3,2) Cnam 2014 (6,5) Cnaf 2014 (2,7) Cnam 2015 (1,2)
Régularisations		-3,1	-1,2			
CCMSA	2,5					

Le plafond prévu par la LFSS pour 2011 pour les années 2011 à 2018 ayant été saturé en 2016, aucune reprise n'est désormais prévue.

Resteront par conséquent à l'Acoss à fin 2016 :

- le reliquat du déficit 2015 de la Cnam (4,6 milliards d'euros) ;
- le déficit de la branche famille pour 2015 (1,5 milliards d'euros) ;
- les déficits de l'année 2016 (7,1 milliards d'euros) ;
- les déficits de la branche vieillesse des salariés agricoles et du régime des mines.

La dette de la branche AT-MP serait en revanche totalement résorbée en 2016 et la branche dégagerait un léger excédent cumulé de 59 millions d'euros.

Compte tenu de l'allongement, de quatre ans, de la durée de vie de la Cades, permis par la loi organique relative à la gestion de la dette sociale votée en 2010, l'horizon final de remboursement de la dette sociale reste actuellement prévu en 2024.

La question de la dette résiduelle logée à l'Acoss reste entière à la fin de l'année 2016.

• **L'affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)**

Le **III** du présent article procède à l'affectation de recettes au FRR.

Comme en 2014, aucune recette ne sera affectée à ce Fonds en 2015. En effet, conformément au cadre arrêté lors de l'examen de la loi portant réforme des retraites, votée en 2010, les recettes courantes du Fonds ont été transférées à la Cades pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, et au FSV.

Au 31 décembre 2015, la valeur de marché des actifs du FRR était de 36,3 milliards d'euros après des versements cumulés de 8,4 milliards d'euros à la Cades. En 2015, le FRR a dégagé un résultat financier de 1,6 milliard d'euros.

La nature du FRR évolue, de fait, vers un outil de financement de l'économie dans un contexte où le Gouvernement assure que des versements au régime de retraite ne sont pas envisagés.

Il serait, dès lors, souhaitable de redéfinir les orientations données à ce Fonds dans les années à venir et d'envisager les moyens nécessaires à son développement.

• **La mise en réserve de recettes par le FSV**

Le **IV** du présent article prévoit enfin le montant des recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

La loi portant réforme des retraites votée en 2010 a confié au FSV la charge du financement, à compter de 2016, du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

Aux termes de l'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier de cette mesure devait être assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit issu de 0,5 point de forfait social, de 0,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement et des produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la section.

A compter de 2014, en application de la loi de financement pour 2015, le montant de la réserve constituée (0,89 milliard d'euros à fin 2015) ayant été jugé suffisant pour financer le dispositif jusqu'à son extinction, les produits financiers sont le seul produit de cette section dont les autres recettes ont été basculées sur la section 1.

Le montant des mises en réserve de recettes est donc nul et cette section est supprimée par l'article 20 du présent projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Avec l'insertion des objectifs de dépenses, des prévisions de recettes et de la prévision de solde du FSV au sein des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général, l'apport de cet article est, de fait, la fixation de l'objectif d'amortissement de la Cades.

Votre commission ne peut cependant se satisfaire du tableau d'équilibre du FSV. Sur la proposition de son rapporteur général, elle a adopté un **amendement n° 72** de suppression des alinéas relatifs à ce tableau.

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

*Article 25***Habilitation des organismes et régimes à recourir à des ressources non permanentes et plafonds de trésorerie pour 2017**

Objet : Cet article habilite cinq organismes à recourir, en 2017, à des ressources non permanentes destinées à couvrir leurs besoins de trésorerie.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

Comme l'indique le tableau présenté ci-après, le I du présent article autorise cinq organismes à recourir en 2017 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

L'Acoss assure une gestion de la trésorerie de plus en plus mutualisée entre les régimes, qui concerne le régime des mines et celui des exploitants agricoles, pour lesquels un plafond spécifique permet de tracer les opérations.

Une autorisation est reconduite pour le régime des mines, la Cnieg et le régime d'entreprise de la Snaf. Pour cette dernière, l'article fixe deux plafonds, le versement des pensions intervenant avant celui de la subvention de l'État dans les premiers jours de l'année. La CPRP Snaf est désormais la seule caisse finançant ses besoins de trésorerie via des financements bancaires.

Le plafond de découvert de la CCMSA augmente une nouvelle fois, pour être porté à 4,45 milliards d'euros. Cette augmentation de 500 millions d'euros est liée à une incertitude sur le calendrier de la compensation par l'État de la baisse de la cotisation maladie des exploitants agricoles dont le principe a certes été acté en 2016 et dont le versement est prévu dans les comptes 2017, mais dont le détail n'est pas encore connu. En 2016, l'Acoss a pu assurer la totalité de la couverture des besoins de trésorerie de la CCMSA. Le **II** du présent article supprime en conséquence le **III** de l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui fixait un plafond pour le recours de la CCMSA au financement par l'Acoss pour les années 2015 à 2017. Pour l'avenir, ce plafond sera identique à l'autorisation donnée par la loi de financement.

Évolution des plafonds d'avance de trésorerie

(en milliards d'euros)	2014	2015	2016		2017	
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)	34,5	36,3	Jusqu'au 31/07 40	A partir du 01/08 30	33	
Régime des exploitants agricoles (CCMSA)	4,2	3,7	3,95		4,45	
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	0,95	0,6	0		0	
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	0,9	1	Jusqu'au 31/01 1,05	A partir du 01/02 0,35	0,35	
Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg)	0,44	0,2	0,250		0,3	
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	0,015	0,015	0		0	
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	0,45	0,4	0,350		Jusqu'au 31/01 0,45	A partir du 01/02 0,2
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)	0	0	0		0	

Source : Lois de financement de la sécurité sociale et PLFSS 2017

Le plafond des ressources non permanentes proposé en 2017 pour le régime général (Acoss) s'élève à **33 milliards d'euros**, soit un montant élevé malgré la reprise de 23 milliards de dette par la Cades en 2016. Ce montant, certes inférieur au plafond historique de 65 milliards d'euros, atteint en 2010, traduit l'absence de reprise de dette en 2017, le plafond de transfert fixé par la loi de financement pour 2011 ayant été atteint. Avec ce plafond, l'Acoss ne remplit donc pas seulement sa mission de financement de la seule trésorerie infra-annuelle des branches mais porte en trésorerie les déficits cumulés qui n'ont pu être repris par la Cades, ce qui représenterait un solde prévisionnel de - 16,3 milliards d'euros au 1^{er} janvier 2017.

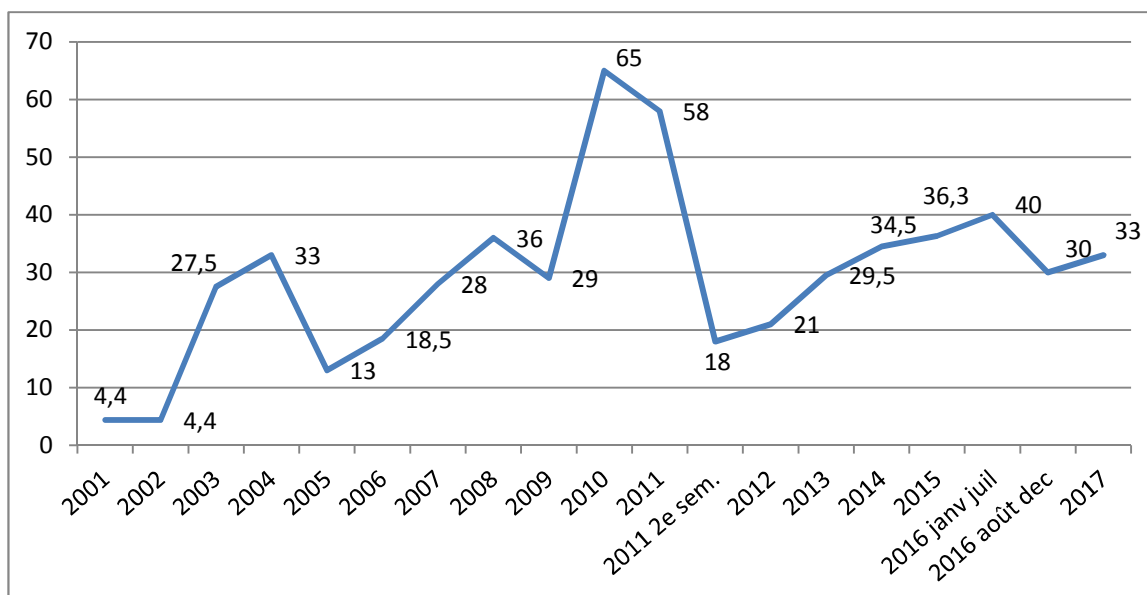
En raison du niveau atypique des taux d'intérêt, l'Acoss devrait présenter un résultat net de trésorerie positif d'environ 70 millions d'euros en 2016, après 16,4 millions d'euros en 2015.

Pour 2017, le profil de trésorerie de l'Acoss fait apparaître un besoin maximal de 31,4 milliards d'euros brut, au 19 septembre 2017 ; le besoin moyen brut s'établirait à 23,4 milliards d'euros et le besoin au 31 décembre 2016 à 21,9 milliards d'euros.

Le plafond de 33 milliards d'euros permet de couvrir également les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines ainsi que du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Évolution du plafond de découvert de l'Acoss

(en milliards d'euros)



Source : LFSS

Le plafond de découvert de l'Acoss permet de financer, à court terme, trois catégories de déficits :

- le déficit de la branche famille constaté en 2015 et le reliquat du déficit 2015 de la branche maladie non repris par la Cades ;
- la trésorerie de l'ensemble des branches dont les déficits en fin d'année 2016 ne pourront être repris par la Cades et resteront dans les comptes de l'Acoss ;
- les déficits cumulés de la branche vieillesse de la CCMSA et du régime des mines.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

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

Article 26

Approbation du rapport de l'annexe B (trajectoire 2017 à 2020)

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 à venir.

I - Le dispositif proposé

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

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

- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4 ;

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

- Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances

Le rapport qu'il est proposé d'approuver à l'annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale détaille, pour les années 2017 à 2020, 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.

Le Gouvernement anticipe une consolidation de la reprise économique qui permettrait d'atteindre l'équilibre des comptes sociaux en 2018 avec un excédent de 1,9 milliard d'euros pour les régimes obligatoires de base et le FSV en 2019, et de 2,1 milliards d'euros pour le régime général et le FSV.

Le scénario retenu est celui d'une reprise progressive de la croissance selon un rythme plus modéré que celui anticipé l'an dernier.

Les hypothèses macro-économiques

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB en volume	1,3 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	1,9%	1,9%
Inflation	0,0%	0,1	0,8 %	1,4%	1,8%	1,8%
Masse salariale du secteur privé	1,7 %	2,6 %	2,7%	3,6 %	3,8%	4,1%
Ondam	2%	1,8 %	2,1%	2%	2%	2%

Source : annexe B

La croissance du PIB en volume s'établirait à 1,5 % en 2017, comme en 2016, avant d'atteindre 1,8 % en 2018 et 1,9 % en 2019 et 2020. Le ministre de l'économie, Michel Sapin a estimé, le 3 novembre, que la prévision de croissance pourrait être moins forte en 2016, de l'ordre de 1,3 %, sans toutefois réviser la prévision du Gouvernement pour 2017.

Quasi nulle en 2016 (0,1 %), l'inflation hors tabac s'élèverait à 0,8 % en 2017, 1,4 % en 2018 puis 1,8 % en 2019 et 2020.

Principal déterminant des recettes de la sécurité sociale, la masse salariale du secteur privé connaîtrait une accélération plus nette à partir de 2018, où elle s'établirait à 3,6 %, avant d'atteindre 3,8 % en 2019 et 4,1 % en 2020.

Fixé à 2,1 % en 2017, le taux de progression de l'Ondam s'établirait à 2 % par an pour les années 2018 à 2020, soit une progression très maîtrisée des dépenses.

Régime général	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
Solde	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7
AT/MP					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14
Dépenses	12	12,1	12,2	12,3	12,5
Solde	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53
Solde	-1	0	0,7	0,8	1
Vieillesse					
Recettes	124	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125	128,5	132,7	137,6
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1
Toutes branches du régime général					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4
FSV					
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18	17
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3
Solde ensemble RG+FSV	-7,2	-4,2	-0,5	3,3	7,7

Pour ce qui concerne le régime général, la branche maladie atteindrait un résultat positif, à partir de 2019, grâce à la progression modérée de ses dépenses, de l'ordre de 4 milliards d'euros par an à partir de 2018, après une hausse de plus de 6 milliards d'euros en 2017 et une croissance des recettes, supérieure à celle des dépenses dès 2017. Ces évolutions permettraient une amélioration du solde de 2,2 milliards d'euros en 2019 et de 2,4 milliards d'euros en 2020.

La branche AT-MP consoliderait son excédent grâce à une croissance modérée de ses dépenses et un ressaut d'un milliard d'euros de ses recettes à partir de 2018.

La branche famille retrouverait l'équilibre en 2017 puis consoliderait un excédent à partir de 2018 pour atteindre un milliard d'euros en positif en 2020.

A l'équilibre en 2015, la branche vieillesse serait excédentaire en 2016 et 2017, cet excédent se réduisant en 2018 pour progresser à nouveau et s'établir à 1,1 milliard d'euros en 2020.

Recettes, dépenses et solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Régimes obligatoires de base	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	197	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
Solde	-4	-2,6	-0,9	1,3	3,7
AT/MP					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9
Solde	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53
Solde	-1	0	0,7	0,8	1
Vieillesse					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
Solde	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1
Toutes branches des régimes obligatoires de base					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498	510,1	523,3
Solde	-3,1	-0,3	1,9	4	6,4
FSV					
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18	17
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3
Solde ensemble RG+FSV	-6,9	-4,1	-0,7	2,7	6,7

Source : Annexe B PJLFSS 2016

Le scénario est comparable, pour les régimes obligatoires de base, avec une différence pour la branche vieillesse dont l'excédent de 1,6 milliard d'euros en 2017 se réduirait notablement à partir de 2018 pour atteindre 100 millions d'euros en 2019 et 2020 en raison d'une croissance des dépenses, supérieure à celle des recettes à partir de 2018.

L'annexe B programme une trajectoire de retour à l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse en 2020. À la suite de la réorganisation du Fonds en différentes sections, le déficit se concentre particulièrement sur la section II, consacrée pour l'essentiel au financement, d'une part, du minimum contributif qui représente une charge annuelle de 3,5 milliards d'euros pour des produits résiduels de l'ordre de 600 millions d'euros, soit un besoin de financement structurel, pour cette section de l'ordre de 2,9 milliards d'euros. Le déficit de la section de solidarité est de 816 millions d'euros en 2016 pour des charges de 17,1 milliards d'euros.

L'article 20 du présent projet de loi prévoit le transfert progressif aux différents régimes de la charge de la part du minimum contributif, actuellement financée par le FSV, à hauteur d'un milliard d'euros en 2017. Comme les produits affectés à cette charge sont également transférés, le déficit y afférent ne se réduit que de 400 millions d'euros. Le même article 20 retire également au FSV 300 millions d'euros de produits du prélèvement social sur les revenus du capital, affectés à la section de solidarité, ce qui a pour effet de creuser son déficit à 1,3 milliard d'euros. Au total, le solde du FSV ne s'améliore que de 100 millions d'euros en 2017 par rapport à son tendanciel pour s'établir, comme en 2016, à - 3,7 milliards d'euros. Il serait de - 2,6 milliards d'euros en 2018 pour un retour à l'équilibre prévu en 2020. Ce retour à l'équilibre est entièrement imputable à l'augmentation de 500 millions d'euros prévue, entre 2019 et 2020, du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine et des produits de placement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission ne peut se satisfaire du scénario proposé par l'annexe B qui repose très largement sur des hypothèses conventionnelles de fin de période. Alors que le Gouvernement reconnaît que la croissance en 2016 ne sera pas à la hauteur des prévisions, il n'en tire aucune conséquence sur la trajectoire 2016-2020.

Elle souligne que le retour à l'équilibre des comptes sociaux, singulièrement du FSV et de la branche maladie, ne peut dépendre uniquement de l'évolution des recettes. Sur proposition de son rapporteur général, elle a adopté un **amendement n° 73** de suppression de cet article.

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 27

(art. L. 523-1, L. 581-2, L. 581-6, L. 581-10,
L. 582-1 et L. 582-2 [nouveaux], L. 583-3, L. 583-5 [nouveau],
et L. 755-3 du code de la sécurité sociale, art. 373-2-2 du code civil
et art. 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975

relative au recouvrement public des pensions alimentaires)

Recouvrement des créances de pensions alimentaires

Objet : Cet article prévoit l'extension des missions et pouvoirs des caisses d'allocations familiales en matière de recouvrement des impayés de pensions alimentaires.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. L'allocation de solidarité familiale

Aux termes de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale (CSS), l'**allocation de soutien familial** (ASF) est destinée (1°) à **tout enfant orphelin** d'au moins un de ses parents, (2°) à tout enfant dont la **filiation n'est pas légalement établie** à l'égard de l'un au moins de ses parents ou encore (3°) à tout enfant dont l'un au moins de **ses parents se soustraie ou est hors d'état de faire face à ses obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire** mise à sa charge par une décision de justice. Les cas dans lesquels un débiteur peut être déclaré hors d'état sont définis à l'article D. 523-2¹ du CSS qui vise notamment les débiteurs sans adresse connue, les débiteurs insolvable mais également les débiteurs ayant fait l'objet de plaintes ou de condamnation pour des faits de violence ou de menace.

¹ Créé par l'article 5 du décret n° 2016-842 du 24 juin 2016 relatif à la garantie contre les impayés de pensions alimentaires et modifiant les dispositions relatives à l'allocation de soutien familial.

Dans le cas où le débiteur ne se soustrait que partiellement à son obligation, une **allocation différentielle** est accordée.

Aux termes du 4° de cet article, créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016¹, une **ASF différentielle** peut également être versée lorsque le débiteur s'acquitte intégralement de son obligation mais que le montant correspondant n'atteint pas le montant de l'ASF. En l'absence de décision de justice fixant une pension alimentaire, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte est défini selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat².

Le montant mensuel de l'ASF est de **104,75** euros au titre d'un enfant élevé par un parent isolé et de 139,58 euros pour un enfant privé de l'aide de ses deux parents et recueilli par un tiers. En vigueur depuis le 1^{er} avril 2016, ces montants doivent être revalorisés au 31 mars 2017³.

Le **bénéfice de l'ASF n'est ouvert qu'aux parents isolés**. Le parent titulaire de l'allocation en perd le droit lorsqu'il se marie, conclut un pacte civil de solidarité (Pacs) ou vit en concubinage (art. L. 523-2).

2. Le recouvrement des pensions alimentaires impayées

Conformément à l'article 371-2 du code civil, chacun des parents d'un enfant contribue à son entretien et à son éducation à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent et des besoins de l'enfant. Cette obligation vaut quelle que soit la situation matrimoniale des parents et ne cesse pas en cas de séparation.

L'article 373-2-2 prévoit que, en cas de séparation des parents, cette obligation prend la forme d'une **pension alimentaire versée au parent auquel l'enfant est confié**. Les modalités de cette pension sont fixées par une **convention homologuée par le juge** aux affaires familiale ou, à défaut, **par le juge aux affaires familiales**⁴. Il est précisé que cette pension peut, en tout ou partie, prendre la forme d'une prise en charge directe des frais exposés au titre de l'enfant ou encore d'un droit d'usage et d'habitation.

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

² Ces modalités sont précisées à l'article R. 523-3-1 du CSS créé par l'article 3 du décret du 24 juin 2016.

³ Dans le cadre du plan de rénovation de la politique familiale, le montant de l'ASF doit être revalorisé de 25 % entre 2013 et 2017.

⁴ L'article 373-2-7 précise que le juge homologue cette convention sauf s'il constate qu'elle ne préserve pas suffisamment l'intérêt de l'enfant ou que le consentement des parents n'a pas été donné librement.

Dans le cas d'époux qui **divorcent**, l'intervention d'un juge aux affaires familiales est, dans l'état actuel du droit, toujours nécessaire. La convention homologuée par le juge dans le cas d'un divorce par consentement mutuel ou la décision du juge dans les autres cas est par définition revêtue de force exécutoire¹.

L'article 50 du **projet de loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle**, adopté par l'Assemblée nationale en lecture définitive le 12 octobre 2016² prévoit une réforme du divorce par consentement mutuel en prévoyant que les époux peuvent consentir à leur divorce par acte notarié. La convention qu'ils concluraient serait également revêtue de force exécutoire.

Dans le cas de parents mettant fin au pacte civil de solidarité (Pacs) qui les unissait, ou dans le cas de concubins mettant fin à leur vie commune, l'intervention du juge n'est pas obligatoire. Il peut être saisi par les parents conjointement afin d'homologuer la convention par laquelle ils organisent les modalités d'exercice de l'autorité parentale et fixent le montant de la contribution à l'entretien de l'enfant (art. L. 373-2-7 du code civil) ou par l'un des parents ou par le ministère public afin de statuer sur ces modalités. Cette saisine n'est toutefois pas obligatoire. En l'absence de décision de justice, l'obligation de contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant demeure, mais **l'accord éventuel entre les parents ne revêt pas de force exécutoire**.

Les règles générales relatives au recouvrement des pensions alimentaires sont fixées par la **loi du 11 juillet 1975**³. L'article 1^{er} de cette loi dispose que toute pension alimentaire fixée par une décision de justice devenue exécutoire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par le comptable public compétent.

Les articles L. 581-1 et suivants du CSS **confèrent aux caisses de sécurité sociale** (caisses d'allocations familiales et caisses de la mutualité sociale agricole) **un rôle d'aide au recouvrement des créances** dues au titre de l'entretien des enfants. L'article L. 581-2 précise notamment que, lorsqu'elle est versée dans le cas où le débiteur se soustrait à son obligation de versement d'une pension alimentaire fixée par une décision de justice, l'ASF l'est à titre d'avance sur créance alimentaire et **que les montants versés peuvent, le cas échéant, être récupérés par les caisses d'allocations familiales (CAF)**.

¹ L'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution définit les actes constituant des titres exécutoires. Il mentionne notamment (1°) les décisions de justice et les accords auxquels le juge a donné force exécutoire, (4°) les actes notariés ou encore (6°) les titres délivrés par les personnes morales de droit public qualifiés comme tels par la loi, ou les décisions auxquelles la loi attache les effets d'un jugement.

² Ce texte a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel le 17 octobre 2016.

³ Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.

L'article L. 581-6 permet au **titulaire d'une créance alimentaire en faveur de ses enfants mineurs qui n'est pas éligible à l'ASF** (par exemple parce qu'il s'est remarié) de bénéficier, à sa demande, de l'aide des caisses d'allocations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux ans. Il est toutefois précisé que cette faculté s'exerce **après l'échec d'une voie d'exécution** engagée par ses soins.

L'article L. 583-3 dispose que les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent **obtenir les informations nécessaires** à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien et au calcul des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 114-4 régissant les échanges d'informations entre l'administration fiscale et les organismes de sécurité sociale notamment. A défaut, les allocataires ou les demandeurs doivent communiquer ces informations. Il est précisé que les organismes de sécurité sociale peuvent, le cas échéant, demander et obtenir de la part des autres administrations publiques les informations nécessaires à leurs contrôles.

Ces dispositions ont été complétées par l'article 44 de la LFSS pour 2016 généralisant la garantie contre les impayés de pensions alimentaires (Gipa), qui avait été créée à titre expérimental par la loi du 4 août 2014¹. La Gipa permet aux CAF de recourir, notamment, à la **retenue sur salaire** pour récupérer les sommes versées à titre d'avance au titre des vingt-quatre mois précédents.

B. Les modifications proposées

Le présent article s'inscrit dans la continuité des dispositions adoptées en LFSS pour 2016 en **renforçant les pouvoirs conférés aux caisses** pour le recouvrement des pensions alimentaires.

1. Élargissement de la mission d'aide au recouvrement

Le 3° du I du présent article modifie l'**article L. 581-6** du CSS afin d'élargir la mission d'aide au recouvrement des créances alimentaires conférée aux caisses d'allocations familiales dans le cas de créanciers non éligibles à l'ASF. Il **supprime d'une part la condition d'échec préalable des voies d'exécution**. D'autre part, alors que l'article L. 581-6 prévoit actuellement l'intervention des caisses pour le recouvrement des pensions dues au titre d'enfants mineurs, la rédaction proposée vise les créances dues au titre d'enfants **jusqu'à l'âge limite d'éligibilité aux prestations familiales**².

¹ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

² L'article R. 512-2 du CSS fixe cet âge à 21 ans sous réserve que le jeune majeur concerné ne perçoive pas une rémunération supérieure à 55 % du Smic.

Par ailleurs, l'**article L. 523-1** est complété d'un II qui dispose que, afin de faciliter la fixation par le juge de la pension alimentaire, le directeur de la **caisse d'allocations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose** concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant dès lors qu'un droit à l'ASF est ouvert au titre du 3° de cet article, c'est-à-dire lorsque le débiteur ne s'acquitte pas de son obligation d'entretien ou de la pension alimentaire fixée par décision de justice. Cette faculté doit permettre au juge, s'il est ultérieurement saisi, de disposer de davantage d'éléments d'appréciation quant à la situation du débiteur¹. Votre rapporteur note que le juge a déjà la faculté de demander aux caisses de sécurité sociale les renseignements dont il estime avoir besoin pour statuer, notamment sur la base de l'article 144 du code de procédure civile qui lui permet d'ordonner des mesures d'instruction. Il a néanmoins été indiqué à votre rapporteur que cette faculté était peu utilisée, les juges étant soucieux de ne pas allonger inutilement les procédures.

2. Force exécutoire des accords amiables

Le présent article rétablit un chapitre II au sein du livre V du titre VIII du chapitre II du code de la sécurité sociale² intitulé « *Dispositions particulières relatives à certaines créances* ».

Au sein de ce nouveau chapitre, l'**article L. 582-2 [nouveau] confère aux caisses d'allocations familiales la capacité de donner une force exécutoire à l'accord** par lequel deux parents qui mettent fin à leur concubinage ou au Pacs qui les unissait fixent le montant de la contribution à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur. Cette décision a alors l'effet d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

Ce pouvoir s'exerce sur **demande conjointe des deux parents** et à la condition qu'aucun d'entre eux ne soit titulaire d'une créance alimentaire fixée par une décision de justice, que le montant défini par l'accord soit supérieur à un certain seuil dépendant de la situation d'espèce³ et que l'accord contienne les informations nécessaires à la détermination de ce seuil.

¹ Cette disposition, qui constitue une simple faculté, n'a vocation à s'appliquer que dans les cas où le débiteur défaillant se soustrait à son obligation d'entretien, hors les cas où cette obligation a déjà été traduite par une pension alimentaire fixée par le juge.

² Un chapitre intitulé « Prêts aux jeunes ménages » comportant les articles L. 582-1 et L. 582-2 a été abrogé par la loi n° 86-1307 du 28 décembre 1986 relative à la famille.

³ Les conditions d'appréciation de ce seuil doivent être définies par décret. Il a été précisé à votre rapporteur que les seuils envisagés sont les mêmes que ceux fixés par l'article R. 523-3-1 du CSS, créé par le décret du 24 juin 2016 et qui définit les modalités d'appréciation de l'obligation alimentaire due en l'absence de décision de justice préalable dans le cadre du calcul de l'ASF différentielle. Ce seuil est défini comme le produit de la différence entre les ressources mensuelles du débiteur et le montant du RSA d'une part et un taux qui doit être fixé par arrêté dans la limite de 20 % par enfant.

Il est en outre précisé que la demande des parents peut être faite par **voie dématérialisée** et qu'ils sont tenus de **signaler tout changement de situation** susceptible d'entraîner une révision de la convention. Si un tel changement de situation est susceptible de remettre en cause le droit du parent bénéficiaire à l'ASF différentielle prévue au 4° de l'article L. 523-1 du CSS¹, les parents **sont tenus de transmettre à la caisse un nouvel accord**.

La décision de la caisse est frappée de **nullité** lorsqu'elle a été prise alors que la caisse n'a pas été informée qu'un des parents bénéficiait déjà d'une créance alimentaire. Il est précisé qu'elle est **insusceptible de recours** devant la commission de recours amiable prévue à l'article L. 142-1 du CSS.

Il est précisé que la caisse compétente est celle du lieu de résidence de l'allocataire ou du parent créancier.

Les conditions d'application de cet article doivent être précisées par décret en Conseil d'Etat.

Cette nouvelle faculté donnée aux caisses nécessite plusieurs **mesures de coordination** au sein de différents textes législatifs.

Le titre exécutoire émis par la caisse est ainsi mentionné au 3° et au 4° de l'article **L. 523-1**, ainsi qu'à l'article **L. 581-2** relatifs à l'ASF différentielle versée lorsqu'un parent se soustrait à son obligation de versement d'une pension alimentaire, à l'article **L. 581-6** relatif à l'aide au recouvrement en faveur des personnes non-éligibles à l'ASF, à l'article **L. 581-10** relatif à la récupération des sommes avancées par la caisse de sécurité sociale

L'article **L. 583-3**, relatif aux échanges d'informations entre les caisses d'allocations familiales et l'administration fiscale et à l'obtention de ces informations auprès des intéressés, est complété afin de préciser qu'il est applicable aux informations nécessaires à l'application de l'article L. 582-2 et au calcul du montant pris en compte pour le calcul de l'ASF différentielle en l'absence de décision de justice (4° de l'article L. 523-1).

Un **nouvel article L. 583-5** dispose que les organismes débiteurs de prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution fixée par les accords auxquels ils confèrent une force exécutoire en application de l'article L. 582-2.

Enfin, le III du présent article modifie l'article 1^{er} de la **loi du 11 juillet 1975** afin de viser non seulement le recouvrement des pensions alimentaires fixées par une décision de justice mais également les titres exécutoires mentionnés au nouvel article L. 582-2 du CSS.

¹ L'allocation différentielle est versée lorsque le montant de la pension alimentaire est inférieur au montant de l'ASS, sous réserve que les autres conditions d'éligibilité à l'ASS, et notamment l'absence de remise en couple, soient réunies.

3. Intermédiation dans les cas de violences ou de menaces

L'article **373-2-2 du code civil** est complété afin de permettre au juge, **lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire qu'il fixe a fait l'objet d'une plainte pour menaces ou violences volontaires** sur le parent créancier ou sur l'enfant **ou lorsqu'il a été condamné pour violences** ou encore en cas de violences mentionnées dans une décision de justice, **de décider que la pension alimentaire est versée entre les mains du directeur de la caisse d'allocations familiales.**

L'article **L. 582-1 [nouveau]** dispose que, lorsqu'il est fait application de cette possibilité et que le créancier d'une pension alimentaire est demandeur ou bénéficiaire de l'ASF, **la caisse notifie au débiteur** que c'est à elle qu'il est tenu de verser les sommes en question. Au-delà d'un délai de deux mois, le recouvrement de la créance peut être poursuivi par tout moyen. Lorsque le créancier n'est pas éligible à l'ASF, il est fait application de ces dispositions à sa demande.

Par ailleurs, le même article L. 582-1 [nouveau] précise que, lorsque le juge a décidé de l'intermédiation de la caisse d'allocations familiales entre un créancier et un débiteur violent, **ce dernier ne peut pas être déclaré hors d'état de faire face à son obligation.**

Il est précisé que l'organisme compétent est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, celui du parent créancier.

4. Application outre-mer

L'article **L. 755-3** du CSS, relatif à l'application dans les départements d'outre-mer des prestations familiales est modifié afin de rendre applicable, dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion, ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin les dispositions des nouveaux articles L. 582-1, L. 582-2 et L. 583-5. Ces articles ne sont en revanche pas applicables à Mayotte.

En revanche, le IV du présent article précise qu'il n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. En l'absence de disposition en ce sens, les dispositions du présent article ne sont pas non plus applicables dans les collectivités régies par le principe de spécialité législative.

5. Entrée en vigueur

Le V du présent article précise que les dispositions relatives à **l'homologation par les caisses des accords amiables** conclus par les parents ainsi que les mesures de coordination qui en découlent entrent en vigueur le **1^{er} avril 2018**. Les autres dispositions et notamment celles qui prévoient l'intermédiation des caisses en cas de débiteur violent ainsi que celles qui facilitent la saisine des caisses par les titulaires de créances non éligibles à l'ASF entrent elles en vigueur selon les règles de droit commun, c'est-à-dire le lendemain de la publication au journal officiel de la loi de financement, sous réserve le cas échéant de la parution des décrets d'application.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de notre collègue député Denys Robiliard tendant à préciser, à l'article L. 585-2 [nouveau] qu'une décision de justice postérieure à l'homologation par la Caf d'un accord entre les parents frappe cet accord de nullité.

Elle a également adopté dix-sept amendements rédactionnels ou de précision, proposés par la rapporteure.

III - La position de la commission

Les dispositions du présent article renforcent la mission générale d'aide au recouvrement des pensions alimentaires qui est conférée depuis longtemps aux caisses d'allocations familiales et s'inscrivent dans le prolongement de la mise en œuvre de la garantie contre les impayés de pension alimentaire (Gipa), généralisée par la loi de finances pour 2016.

Pour rappel, le volet législatif du dispositif Gipa consistait d'une part en la création d'une **allocation différentielle** lorsque le montant de la pension alimentaire n'atteint pas celui de l'ASF et d'autre part en la possibilité pour les caisses de recourir à la **procédure de paiement direct** pour recouvrer les sommes dues à titre des vingt-quatre derniers mois au lieu de six.

Il ressort des auditions menées par votre rapporteur que **la mise en œuvre de ces dispositions s'avère satisfaisante**, notamment grâce au **travail important mené par le réseau des caisses** d'allocations familiales (CAF) et de la mutualité sociale agricole (MSA). La gestion de cette garantie a été mutualisée au sein de **22 CAF « pivots »**¹, l'interlocuteur des bénéficiaires demeurant sa caisse locale. La Cnaf a par ailleurs indiqué lors de son audition qu'une **cellule d'agents dédiés à cette mission** a été créée au niveau national.

Votre rapporteur salue les avancées permises par le présent article mais souhaite souligner qu'il s'agit davantage d'une amélioration et d'une simplification des dispositifs existants que d'une mesure de grande ampleur. L'étude d'impact indique que les mesures proposées sont issues d'un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des services judiciaires qui n'a, à la connaissance de votre rapporteur, pas été publié.

¹ Une caisse pivot a également été désignée au sein du réseau de la MSA.

Pour les créanciers non-éligibles à l'ASF, la **suppression de la condition d'échec préalable des voies d'exécution** permettra aux personnes concernées d'accéder directement à l'assistance de la CAF ou de la caisse de la MSA, sans avoir recours préalablement au service d'huissiers privés. Il s'agit là sans conteste d'une simplification qui devrait permettre un accès aux droits plus rapide. Selon les chiffres fournis par l'étude d'impact, 30 000 personnes victimes d'impayés et non éligibles à l'ASF car s'étant remises en couple seraient potentiellement concernées, l'hypothèse retenue étant celle d'un taux de recours de 50 % au terme d'une montée en charge de 3 ans.

L'élargissement aux enfants majeurs à charge est cohérent avec les règles applicables aux prestations familiales et comble un angle mort du dispositif existant.

Les parents non-mariés qui se séparent peuvent aujourd'hui saisir le juge soit pour qu'il fixe le montant de la pension alimentaire soit pour qu'il homologue leur accord amiable. Le présent article permet de dé-judiciariser, et donc de simplifier, cette procédure en permettant aux caisses d'allocations familiales de conférer la valeur d'un jugement à l'accord amiable. En cas de désaccord, le recours au juge restera possible.

L'étude d'impact estime que cette procédure de validation sans recours au juge pourrait à terme concerner 50 000 personnes, dont 40 000 auraient eu recours au juge.

Votre rapporteur note que l'accord soumis à la validation de la caisse **ne peut porter que sur la fixation de la pension alimentaire**. Les modalités **d'exercice de l'autorité parentale**, qui sont bien souvent prévues par le même accord amiable demeurent soumises à l'homologation du juge¹ pour être opposables. Cette limite pourrait restreindre le recours à l'homologation par les caisses.

Enfin la **possibilité pour les caisses d'allocations familiales de servir d'intermédiaire entre un créancier et un débiteur violent** est également bienvenue. Cette intermédiation permettra de mettre fin à la situation peu satisfaisante dans laquelle les débiteurs violents sont, sur la base de l'article D. 523-2 du CSS, **déclarés hors d'état** afin d'éviter tout risque de violence ou de pressions, **reportant ainsi sur la banche famille l'obligation à laquelle ils se soustraient**, puisque l'ASF différentielle versée pour pallier à l'incapacité du débiteur n'est pas recouvrable.

¹ Votre rapporteur estime que le regard du juge sur les conditions d'exercice de l'autorité parentale est nécessaire pour garantir la protection de l'intérêt de l'enfant.

Si la possibilité de déclarer hors d'état les débiteurs violent, décidée par décret en 2016 (art. D. 523-2 du CSS), visait à **protéger les victimes** de ces violences ou menaces, cette solution n'est pas satisfaisante puisqu'elle transfère des débiteurs vers la branche famille le coût de la pension alimentaire, l'ASF versée dans ce cas n'étant pas recouvrable. L'intermédiation des caisses prévue par le présent article semble donc une solution plus satisfaisante.

Toutefois, votre rapporteur s'est interrogé sur la pertinence d'inscrire au niveau législatif que, lorsque le juge a décidé de mettre en œuvre cette intermédiation, le débiteur ne peut être déclaré hors d'état de s'acquitter de son obligation. En effet, même dans pareille situation, le débiteur peut se trouver dans l'incapacité financière, du fait de son insolvabilité, de verser la pension alimentaire qu'il doit. Or, la possibilité de déclarer hors d'état un débiteur insolvable résulte de dispositions de niveau réglementaire (art. D. 523-2 du CSS). C'est au demeurant la loi de financement pour 2016 qui a précisé que les conditions dans lesquelles le débiteur peut être considéré comme insolvable sont fixées par voie réglementaire.

Plutôt que d'inscrire une telle disposition dans la loi, il semble donc préférable, pour atteindre l'effet recherché, de modifier, par voie de décret, la rédaction de l'article D. 523-2 du CSS.

Votre commission a donc, sur proposition de votre rapporteur, adopté un **amendement n° 75** tendant à supprimer la disposition en question.

L'étude d'impact précise qu'actuellement environ 14 000 des 460 000 enfants bénéficiaires de l'ASF non recouvrable le sont sur le motif de violence ou menace. A terme, l'économie pour la branche serait située entre 8,8 millions d'euros si 50 % des débiteurs actuellement déclarés hors d'état pour ce motif s'acquittaient de la pension et 17,6 millions d'euros si ce taux était de 100 %.

Enfin, votre rapporteur note que, alors que **le Gouvernement communique sur la création d'une agence** de recouvrement, annoncée par le Président de la République¹, **le présent article se borne à étendre les missions et les pouvoirs des caisses**, l'agence évoquée n'étant en fait que le nom qui sera donné par la Cnaf à sa cellule interne. Votre rapporteur note toutefois que cette solution est sans doute préférable à la complexité et au coût de la création d'une personne morale que la déclaration du Président de la République semblait annoncer.

¹ Discours du Président de la République prononcé à l'occasion de l'installation du Haut-conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes le 8 mars 2016.

Votre commission a par ailleurs adopté deux amendements de votre rapporteur visant à préciser la rédaction des dispositions proposées.

Il est précisé, à l'article L. 582-1 [nouveau] que la caisse notifie au débiteur violent qu'il est tenu lui verser la pension alimentaire par lettre recommandée avec accusé de réception. Il est de même précisé à l'article L. 582 [nouveau] que la demande des parents tendant à ce que la caisse confère à leur accord amiable une force exécutoire peut être transmise par voie dématérialisée. **Ces précisions ne relèvent pas du domaine législatif**, votre commission a donc adopté un **amendement n° 74** de votre rapporteur visant à les supprimer.

Enfin, la possibilité pour les parents de saisir la CAF pour conférer une force exécutoire à l'accord amiable par lequel ils fixent le montant d'une pension alimentaire est sans préjudice de leur possibilité de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il homologue ce même accord. Ainsi, dans les cas où la CAF refuserait de faire droit à leur demande, ou dans le cas où un désaccord surviendrait entre eux par la suite, les parents pourraient toujours saisir le juge, non pas pour qu'il annule ou réforme la décision de la caisse mais bien pour qu'il statue directement sur le montant de la pension.

Il convient donc de préciser, à l'article L. 585-2 [nouveau], que **la décision de la caisse est insusceptible de recours** non seulement devant la commission de recours amiable de la sécurité sociale mais également devant le juge, afin d'éviter tout risque de contentieux inutile. Votre commission a adopté un **amendement n° 76** en ce sens de votre rapporteur.

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

Article 28

(art. L. 133-5-8, L. 133-5-12 [nouveau],
L. 133-8-3, L. 531-5, L. 531-8 et L. 531-8-1 [nouveau]
du code de la sécurité sociale et art. L. 1271-1 du code du travail)

**Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur
et réforme du circuit de versement du complément
de libre choix du mode de garde**

Objet : Cet article prévoit la possibilité pour les particuliers employeurs de déléguer la rémunération de leur salarié à l'organisme de déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales et modifie les modalités de versement du complément de libre choix du mode de garde.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. Les dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement

L'article L. 133-5-6 du CSS, créé par l'ordonnance du 18 juin 2015¹, prévoit des **dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement de cotisations et contributions sociales** ouverts, notamment, aux particuliers employeurs de salariés relevant du champ des services à la personne (3°), aux particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfant (4°) ou encore aux particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (6°).

Aux termes de l'article L. 133-5-7, ces dispositifs, qui demeurent **facultatifs pour l'employeur**, permettent d'une part de déclarer et payer les cotisations et contributions sociales et d'autre part de satisfaire aux formalités obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi de leurs salariés.

L'article L. 133-5-8 précise que l'adhésion de l'employeur, l'identification des salariés, la déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations effectués par le biais d'un dispositif simplifié sont réalisés, sauf dérogation, **par voie dématérialisée**. L'organisme chargé du recouvrement établit et transmet son bulletin de paie au salarié.

L'article L. 133-5-9 précise que l'organisme de recouvrement est chargé, pour le compte de l'employeur, des formalités déclaratives applicables.

¹ Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs.

Enfin, l'article L. 133-5-10 précise que l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions dues par les employeurs optant pour un dispositif simplifié est désigné par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale¹. Les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires s'appliquent.

Les dispositifs simplifiés créés sur la base des dispositions de l'article L. 133-5-6 relèvent tous de **services dédiés des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales** (Urssaf).

Le chèque emploi-service universel (**Cesu**) déclaratif, prévu au A de l'article L. 1271-1 du code du travail et mentionné à l'article L. 133-8 du CSS est l'un de ces dispositifs. Il permet de déclarer les salariés qui occupent des emplois entrant dans le champ des services à la personne² (1° du A), les stagiaires aides familiaux placés au pair ainsi que les accueillants familiaux.

L'organisme de recouvrement chargé de gérer le Cesu déclaratif en application de l'article L. 133-5-10 du CSS est le centre national du chèque emploi-service (CNCesu), adossé à l'Urssaf de Rhône-Alpes³ et basé à Saint-Etienne (Loire).

Il convient de distinguer le Cesu « **déclaratif** » du Cesu « **préfinancé** », mentionné au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, qui constitue un titre de paiement permettant de rémunérer directement les salariés du particulier employeur ainsi que de payer un certain nombre de prestations et qui n'est pas géré par le CNCesu. Le Cesu préfinancé est émis par un organisme ou établissement habilité⁴ et est délivré notamment par les employeurs, les comités d'entreprise ou les collectivités territoriales.

L'article L. 133-8-3 prévoit que, lorsque l'employeur est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), et que cette prestation est versée sous forme de Cesu préfinancé, le département verse directement à l'organisme de recouvrement (le CNCesu) les prestations et contributions sociales prises en charge au titre de cette aide.

¹ Il est toutefois précisé que, s'agissant des employeurs agricoles, le recouvrement échoit aux caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

² L'article L. 7231-1 du code du travail, qui définit les services à la personne, mentionne la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et les services relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

³ Arrêté du 29 novembre 2005 désignant l'organisme de recouvrement du régime général habilité à gérer les déclarations et les paiements des particuliers employeurs utilisant le chèque emploi-service universel.

⁴ Il existe six émetteurs habilités : Edenred France, Le Chèque Domicile, Domiserve, La Banque Postale, Natixis Intertitres et Sodexo Pass France.

2. Le complément de libre choix du mode de garde

Élément de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé aux familles faisant garder leur **enfant de moins de six ans** par un **assistant maternel agréé** ou un **salarié à domicile** (art. L. 531-5 du code de la sécurité sociale), une association ou une entreprise habilitée ou une micro-crèche (art. L. 531-6).

Dans le cas de l'emploi direct d'un assistant maternel ou d'un salarié à domicile, le CMG se compose de **deux volets** : une prise en charge, totale ou partielle, des **cotisations et contributions** sociales d'une part et une prise en charge, totale ou partielle, de la **rémunération** versée d'autre part.

Le **volet « cotisations »** est égal à **100 %** des cotisations dues dans le cas de l'emploi d'un **assistant maternel**, sous réserve que la rémunération journalière versée ne dépasse pas un plafond fixé à cinq fois le Smic horaire (soit 48,35 euros). Dans le cas de l'emploi d'un **salarié à domicile**, le CMG « cotisations » s'élève à **50 %¹** des cotisations dues, dans la limite d'un montant mensuel fixé à 445 euros pour les enfants de moins de 3 ans et à 223 euros pour les enfants de 3 à 6 ans.

Le **volet « rémunération »** varie selon les revenus² du ménage et le nombre d'enfants à charge, selon le tableau ci-dessous (pour un enfant né à compter du 1^{er} avril 2014).

Montants et plafond du CMG dans le cas de l'emploi direct d'un assistant maternel agréé ou d'un salarié à domicile

Plafonds en vigueur (revenus 2014 - en euros)			
Nombre d'enfants à charge	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	20 509	45 575	45 575
2 enfants	23 420	52 044	52 044
3 enfants	26 331	58 513	58 513
Par enfant supplémentaire au-delà de 3	+ 2 911	+ 6 469	+ 6 469
Montant maximum du CMG « rémunération » (en euros)			
Enfant de moins de 3 ans	461,40	290,94	174,55
Enfants de plus de trois ans	230,70	145,49	87,28

¹ Si la prise en charge de la totalité des cotisations dues au titre de l'emploi d'un assistant maternel résulte de la rédaction de l'article L. 531-5 du CSS, le taux de 50 % s'agissant de l'emploi d'un salarié à domicile est fixé par voie réglementaire (art. D. 531-17).

² Le revenu pris en compte est le revenu net catégoriel de l'année n-2.

Ces montants sont majorés pour les parents handicapés et lorsque l'enfant est gardé à des horaires spécifiques. Le CMG peut être cumulé avec la prestation partagée d'accueil du jeune enfant (Prépare) lorsque le parent travaille à temps partiel.

Le montant de l'aide ne peut excéder 85 % de la rémunération versée, de sorte que le ménage conserve à sa charge au moins 15 % de la dépense (art. D. 531-18 du CSS).

En plus du CMG, les employeurs d'un salarié à domicile ont également droit à une **déduction forfaitaire de cotisations patronales de 2 euros¹ par heure** travaillée (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) prévue pour tous les particuliers employeurs².

Les parents employeurs percevant le CMG³ bénéficient d'un **dispositif simplifié** de déclaration et de recouvrement dédié : le centre national **Pajemploi**⁴.

Compte tenu du rôle respectif des caisses d'allocations familiales (CAF) et de la mutualité sociale agricole (MSA), le **circuit de paiement du CMG est relativement complexe** :

- le particulier employeur déclare son salarié via le site Pajemploi.fr et lui verse sa rémunération nette chaque mois ;

- Pajemploi recueille les déclarations des parents employeurs, calcule le montant des cotisations et contributions sociales dues en tenant compte de la déduction forfaitaire et du volet « cotisations » du CMG et prélève le montant dû par l'employeur directement sur son compte en banque ;

- les CAF et les MSA instruisent les demandes de CMG, notamment sur la base des informations transmises par Pajemploi. Elles versent à Pajemploi le volet « cotisations »⁵ et aux allocataires le volet « rémunération » du CMG.

Ce circuit nécessite donc **plusieurs flux financiers** : de l'employeur vers le salarié (rémunération), de l'employeur vers Pajemploi (cotisations et contribution sociales), des caisses vers l'employeur (CMG rémunération) et des caisses vers Pajemploi (CMG cotisations).

¹ Le montant de cette déduction a été porté de 0,75 euro à 2 euros par heure par l'article 99 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015.

² Les parents employeurs peuvent également bénéficier du crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du CGI s'ils emploient un salarié à domicile, et du crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du même code s'ils emploient un assistant maternel.

³ Les parents ayant recours à des salariés pour la garde de leur enfant âgé de plus de six ans, qui ne sont pas éligibles au CMG, peuvent avoir recours au Cesu déclaratif.

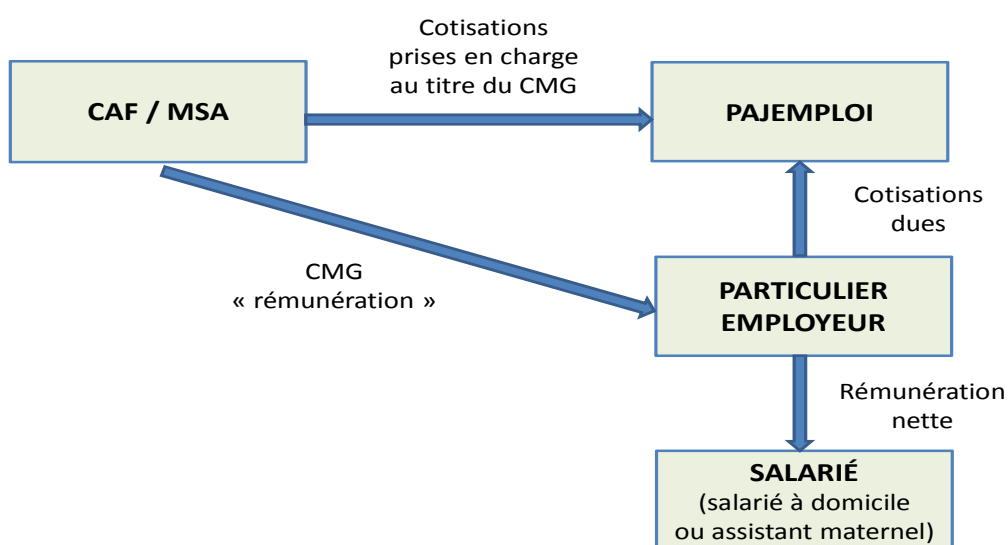
⁴ L'arrêté du 15 septembre 2015 portant création de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Auvergne confie à cette Urssaf la mission de gérer le service Pajemploi, basé au Puy-en-Velay.

⁵ La déduction forfaitaire de cotisations de 2 euros par heure est compensée à la sécurité sociale par l'Etat.

Lorsque le montant du CMG « cotisations » ne couvre pas la totalité des cotisations et contributions dues, l'employeur se voit prélever le solde par Pajemploi tout en percevant par ailleurs de la part de la Caf ou de la MSA un montant correspondant au CMG « rémunération ». Ce circuit rend **difficilement lisible** pour l'employeur l'aide dont il bénéficie réellement et, en multipliant les flux, il augmente les **risques d'erreur**.

Ce circuit de paiement entraîne par ailleurs un **décalage temporel**. En effet, lorsqu'un salarié est employé et rémunéré un mois m , le volet « rémunération » du CMG est versé par les caisses au cours du mois $m+1$, et les cotisations sont prélevées, s'il y a lieu, au cours du mois suivant la réception de la déclaration, c'est-à-dire au cours du mois $m+2$.

Circuit de paiement actuel du CMG



B. Les modifications proposées

Le présent article compte **deux mesures**. Il crée premièrement la possibilité pour les particuliers employeurs adhérant à un dispositif simplifié (Cesu déclaratif ou Pajemploi) de procéder non seulement à la déclaration mais également à la **rémunération de leurs salariés par le biais de l'organisme de recouvrement** (CNCesu ou centre national Pajemploi). Cette possibilité a pour objet d'une part de simplifier les formalités et d'inciter au recours aux procédures dématérialisées et d'autre part de faciliter la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu des salariés de particuliers employeurs.

Deuxièmement, il **réforme le circuit de paiement du CMG** dans le cas de l'emploi direct d'un salarié¹ afin de limiter le nombre de flux financiers entre l'employeur, Pajemploi, la caisse et le salarié.

1. Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur

L'article **L. 133-5-8** du CSS est complété afin de prévoir un **délaï limite pour la déclaration** par l'employeur utilisant un dispositif simplifié des rémunérations dues. Ce délai, qui doit être fixé par décret, devrait selon les informations données à votre rapporteur être d'**un mois**.

Par ailleurs, s'agissant de la déclaration des rémunérations, la référence aux rémunérations versées est remplacée par une référence aux rémunérations dues. Cette modification s'inscrit dans le cadre d'une volonté d'homogénéisation des termes utilisés dans le code de la sécurité sociale et s'inscrit dans une logique de comptabilisation en droits constatés.

Ces dispositions entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2017**. Votre rapporteur note néanmoins que l'obligation de déclaration mensuelle ne pourra être effective qu'**après publication du décret d'application**.

Le présent article crée par ailleurs un nouvel article **L. 133-5-12** au sein du CSS visant à permettre aux employeurs ayant recours à un dispositif simplifié de **déléguer la rémunération de leur salarié à l'organisme de recouvrement**, sous réserve de la transmission à cet organisme de l'accord écrit et préalable du salarié.

Les cas dans lesquels cette possibilité est ouverte sont ceux mentionnés aux 3° (salariés relevant du champ des **services à la personne**), 4° (salariés exerçant une **activité de garde d'enfant**) et 6° (stagiaires **aides familiaux placés au pair**) de l'article L. 133-5-6. Il s'agit donc des cas couverts par les dispositifs du Cesu déclaratif et de Pajemploi.

La faculté offerte aux employeurs s'exerce par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail qui fixe règles générales applicables au paiement des salaires.

Dans les cas où cette option serait choisie, l'organisme de recouvrement (le CNCesu ou Pajemploi), après déclaration de l'employeur, **prélèverait sur le compte de l'employeur la somme correspondant à la rémunération et aux cotisations dues** et verserait au salarié son salaire net dans un délai fixé par décret.

¹ Le CMG « structure », versé aux parents qui font garder leur enfant par le biais d'une association, d'une entreprise ou d'une micro-crèche, n'est pas concerné par les dispositions du présent article.

Il est précisé que le montant prélevé par le CNCesu ou Pajemploi tient compte, le cas échéant, de la prise en charge des cotisations et contributions sociales à laquelle l'employeur a le droit au titre du CMG (1°), de l'APA ou de la PCH (3°), ou de toute autre aide à condition qu'une convention entre l'organisme de recouvrement et le financeur de l'aide précise les modalités de transmission des informations nécessaires (4°). Une convention entre les organismes émetteurs du Cesu préfinancé et le CNCesu est également nécessaire pour permettre l'utilisation des Cesu préfinancés dans le cadre prévu par le présent article (2°).

L'employeur qui a recours à cette modalité est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire dès lors qu'il a mis la somme correspondante à la disposition de l'organisme.

Par ailleurs, l'article L. 133-5-12 [nouveau] décrit les modalités selon lesquelles s'organise le **prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu** lorsque l'employeur choisit de verser la rémunération de son salarié par le biais de l'organisme de recouvrement. Cette retenue à la source doit ainsi être effectuée par l'intermédiaire de l'organisme de recouvrement dans les conditions prévues par l'article 1671 du code général des impôts, dont le projet de loi de finances pour 2017 prévoit le rétablissement.

Enfin, l'article L. 1271-1 du code du travail est modifié (II du présent article) afin de prévoir que le Cesu préfinancé permet d'acquitter non seulement la rémunération des salariés du particulier employeur ou des assistants maternels mais également des cotisations et contributions sociales afférentes.

Ces dispositions seraient applicables aux rémunérations dues à compter du 1^{er} janvier 2018.

2. Rationalisation du circuit de paiement du CMG

Le présent article modifie par ailleurs des dispositions relatives au CMG.

La rédaction de l'article L. 531-5 est modifiée, sans que le principe des deux volets du CMG ne soit remis en cause. La rédaction proposée maintient la prise en charge de la totalité des cotisations et contributions dans le cas de l'emploi d'un assistant maternel et la prise en charge partielle, dans la limite d'un plafond fixé par décret, dans le cas de l'emploi d'un salarié du particulier employeur. Il est précisé que la fraction prise en charge est calculée après la déduction forfaitaire.

Plusieurs **rectifications de références devenues caduques** depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2007-329 du 21 janvier 2007 relative au code du travail sont par ailleurs opérées.

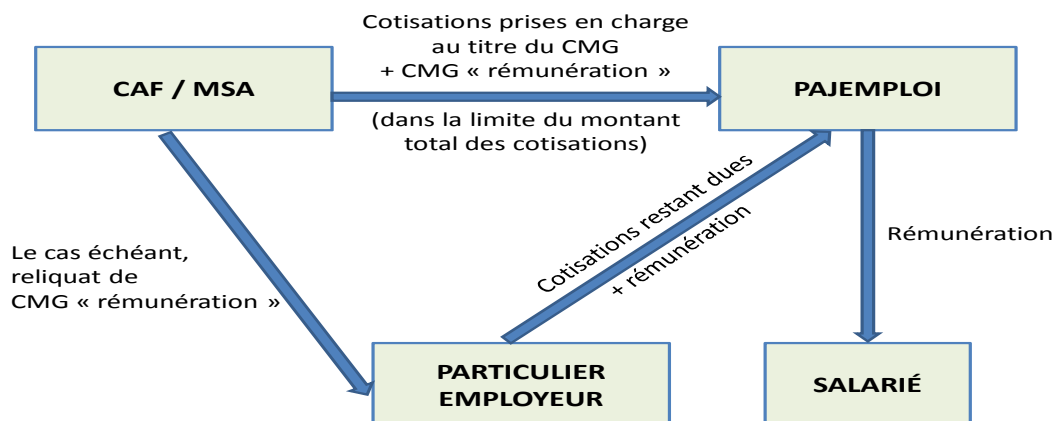
Ces dispositions sont applicables aux rémunérations dues à compter du **1^{er} janvier 2017**.

Par ailleurs, le présent article prévoit une **réforme du circuit de paiement du CMG**. Il modifie à cet effet intégralement la rédaction de l'article L. 531-8.

La rédaction proposée prévoit premièrement l'obligation pour les particuliers employeurs bénéficiant du CMG de recourir à un dispositif simplifié, c'est-à-dire de passer par la plateforme Pajemploi¹.

Deuxièmement, il est proposé de **globaliser les deux volets du CMG** en prévoyant que Pajemploi prélève les cotisations et contributions dues par l'employeur, nettes de la déduction forfaitaire, du montant du CMG « cotisations » mais également du montant du CMG « rémunération ». La CAF ou la MSA verserait ensuite au bénéficiaire, s'il y a lieu, le reliquat d'aide auquel il a droit.

Circuit de paiement du CMG après réforme



La rédaction proposée de l'article L. 531-8, prévoit enfin l'échange entre les CAF et les caisses MSA et Pajemploi des informations nécessaires au fonctionnement de ce circuit de paiement.

Enfin, un nouvel article L. 531-8-1 est créé afin de coordonner ce circuit de paiement avec l'option prévue par le nouvel article L. 133-5-12 du CSS. Il est ainsi précisé que, lorsque l'employeur décide de recourir à l'intermédiation de l'organisme de recouvrement (Pajemploi) pour rémunérer son salarié, le prélèvement opéré par cet organisme est minoré à hauteur du montant du CMG.

¹ Dans les faits, il résulte des dispositions combinées des articles L. 531-8 et D. 531-24 du CSS que les parents souhaitant bénéficier du CMG doivent déjà adhérer à ce dispositif.

Ces dispositions seraient applicables aux **rémunérations due à compter du 1^{er} janvier 2018**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels de la rapporteure.

III - La position de la commission

Votre rapporteur **approuve globalement** la possibilité ouverte aux particuliers employeurs de déléguer la rémunération de leurs salariés au centre national Cesu ou Pajemploi, qui dépasse largement le champ de la branche famille. Toutefois, la réforme proposée pourrait venir bouleverser des **modes de fonctionnement existant**.

Dans la pratique, si la rémunération nette est versée chaque mois, les employeurs disposent d'une plus grande **souplesse pour effectuer les déclarations** correspondantes et peuvent, le cas échéant, régulariser plusieurs mois après. Le présent article crée une obligation de déclaration selon une périodicité qui doit être précisée par décret mais qui doit être mensuelle¹. **Bien qu'il soit dans l'intérêt de l'employeur comme du salarié que les déclarations soient effectuées régulièrement, un travail de pédagogie sera nécessaire**. Les conséquences d'une déclaration tardive ne sont pas précisées. Il a été indiqué à votre rapporteur que, en cas de déclaration tardive, les sanctions de droit commun prévues à l'article R. 243-16 du CSS seraient applicables² après un processus de relance amiable opéré par les centres Cesu et Pajemploi. Aucune perte de droit aux diverses aides et exonérations n'est prévue³.

Du point de vue du salarié, **des inquiétudes ont pu être exprimées quant aux délais de versement des rémunérations** par Pajemploi ou le CNCesu. Il est important que l'intermédiation n'entraîne pas de retards et que les rémunérations soient versées soit en tout début soit en toute fin de mois afin de ne pas créer pour les salariés de difficultés de trésorerie. Votre rapporteure considère donc que si l'intermédiation peut présenter des garanties, il est important que le fonctionnement du dispositif soit suffisamment efficace.

¹ Il convient de noter que, s'il est précisé que cette obligation est applicable pour les rémunérations dues à partir du 1^{er} janvier 2017, elle ne pourra entrer en vigueur qu'après la parution du décret d'application.

² L'article R. 243-16 prévoit une pénalité de 7,5 euros par salarié et par mois de retard.

³ Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L. 553-1 du CSS, le délai de prescription du droit aux prestations familiales est de deux ans.

Un **effort de communication** auprès des particuliers employeurs et de leurs salariés semble par ailleurs nécessaire. En effet, le secteur de l'emploi à domicile connaît une **part importante de travail dissimulé** qui résulte notamment de la **complexité perçue** par les employeurs et leurs salariés¹. Si, en dépit de la volonté dont elle découle, cette réforme était perçue par les acteurs comme une complexification, elle pourrait les inciter à recourir au travail non-déclaré qui nuit à la fois à la protection des salariés concernés et aux recettes de la sécurité sociale.

Enfin, une **évolution des outils informatiques** est notamment nécessaire et votre rapporteur note que ce chantier n'était pas prévu dans la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et la branche famille.

Le **succès de cette réforme dépendra fortement des mesures de mise en œuvre** qui seront prises, tant dans les décrets d'application que dans l'organisation interne des organismes concernés.

Le **délai d'un an** prévu avant l'entrée en vigueur de l'intermédiation devra être mis à profit afin de **préparer de manière minutieuse les modalités pratiques de cette réforme**.

Un certain nombre de points méritent cependant d'être précisés dans la loi. Votre rapporteur note que, si les dispositions du présent article vont dans le sens d'un recours accru à la dématérialisation, l'exigence de la transmission à l'organisme de recouvrement de l'accord écrit du salarié semble pourtant aller dans le sens contraire. Il a été indiqué à votre rapporteur que la mention dans la loi d'un accord écrit n'empêchait pas que cet accord soit dématérialisé, dans des conditions qui seront fixées par voie réglementaire. Dès lors, il ne semble **pas nécessaire de préciser que cet accord est écrit**, votre commission a donc adopté un **amendement n° 77** de votre rapporteur visant à supprimer cette précision.

Au-delà de la simplification des démarches permises par l'intermédiation, les dispositions du présent article sont présentées comme de nature à **permettre la mise en œuvre du prélèvement à la source** dans le secteur des services à la personne sans faire peser sur le particulier employeur la responsabilité de prélever l'impôt dû par son salarié.

La mise en œuvre du prélèvement à la source fait partie des mesures du **projet de loi de finances pour 2017**. Votre rapporteur estime qu'il est prématuré, alors que le Sénat ne s'est pas encore prononcé sur cette réforme importante, d'en préciser ainsi les modalités d'application à un secteur en particuliers.

¹ Pourtant, ainsi que l'a souligné la fédération des particuliers employeurs (Fepem) auditionnée par votre rapporteur, le coût réel de l'emploi déclaré s'avère objectivement inférieur pour le particulier employeur à celui du travail dissimulé compte tenu des différentes aides existantes.

A son initiative, votre commission a donc adopté un **amendement n° 78** de suppression des dispositions du présent article relatives au prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu des salariés du particulier employeur. Si le prélèvement à la source devait effectivement être mis en place à l'horizon 2018, il sera possible au législateur, dans un texte ultérieur, de préciser les modalités applicables à ces salariés.

La réforme du circuit de versement du CMG va également dans le sens d'une plus grande lisibilité, la complexité du mode de calcul de l'aide étant internalisé par les caisses et Pajemploi sans que l'employeur et son salarié n'aient à la supporter. Ce circuit plus lisible permettrait également de mieux identifier le coût réel du travail et de limiter les décalages temporels, contribuant ainsi à lutter contre le travail non-déclaré.

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

Article 29

Objectifs de dépenses de la branche famille

Objet : Cet article fixe à 49,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche famille.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe à **49,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2017.

L'objectif de dépenses retenu est en **augmentation d'un peu moins de 0,3 milliard d'euros** par rapport aux prévisions de dépenses pour 2016, qui avaient très légèrement été révisées à la hausse par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2016. Dans un contexte de faible inflation, les dépenses de la branche augmenteraient principalement sous l'effet de la progression des prestations extra-légales (+ 6,4 %), les autres postes de dépense demeurant stables.

L'écart entre cet objectif et les prévisions retenues pour 2017 par la CCSS (50,03 milliards d'euros) s'explique essentiellement par le transfert vers le budget de l'Etat de l'allocation de logement temporaire (ALT).

La légère augmentation (+ 0,5 %) des charges de la branche famille en 2017 fait **suite à deux années de baisse marquée** résultant de la prise en charge par l'Etat du financement des aides au logement, afin de compenser les pertes de recettes dues aux baisses de cotisations décidées dans le cadre du pacte de responsabilité. À périmètre constant, les dépenses de la branche se sont réduites de 0,3 % en 2015 et ont été stables en 2016.

Évolution annuelle des charges de la branche famille

	2015	2016	2017
Périmètre courant	-8 %	-8,6 %	0,5 %
Périmètre constant (2017)	-0,3 %	1,2 %	2,6 %

Source : CCSS et questionnaires budgétaires

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification

III - La position de la commission

L'objectif de dépenses retenu par le Gouvernement est **cohérent avec les hypothèses macroéconomiques** qui sous-tendent le projet de loi de financement et qui sont **relativement optimistes**.

En dehors des évolutions de périmètre, ce niveau de dépense résulte des **mesures adoptées au cours des dernières années** et notamment de la **modulation des allocations familiales**, qui permettrait en 2017 une économie de l'ordre 760 millions d'euros, ainsi que de la **réforme du congé parental** qui entraînerait une moindre dépense de l'ordre de 290 millions d'euros l'année prochaine.

La réduction du déficit de la branche famille résulte donc essentiellement de la **baisse des prestations accordées aux familles**, sans que les efforts demandés aux ménages aisés ne bénéficient autrement que marginalement aux plus modestes. En outre, la concentration croissante des prestations familiales sur les ménages modestes **détourne la politique familiale de sa vocation** en la réduisant à un outil de lutte contre la pauvreté.

Votre commission a donc suivi son rapporteur qui lui a proposé de **supprimer** le présent article (**amendement n° 79**).

Votre commission vous demande de supprimer cet article.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 30

(art. L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale)

Ouverture du droit à la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples

Objet : Cet article vise à étendre la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples à compter du 1^{er} juillet 2017.

I - Le dispositif proposé

A. La retraite progressive ne bénéficie pas aux salariés à employeurs multiples

1. Un dispositif avantageux

Créée en 1988, pérennisée par la loi du 9 novembre 2010¹ et assouplie par la loi du 20 janvier 2014², la retraite progressive est un dispositif prévu aux L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale.

Elle permet à tout salarié relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles, ou à tout travailleur indépendant, de travailler à temps partiel tout en bénéficiant d'une fraction de sa pension de retraite de base et complémentaire.

Aux termes de l'article L. 351-15, l'assuré doit toutefois remplir deux conditions cumulatives :

- avoir atteint 60 ans³ ;

- justifier d'une durée d'assurance et de périodes assimilées de 150 trimestres. Cette durée est fixée par décret en Conseil d'État (article R. 351-39 du code de la sécurité sociale).

D'après l'article R. 351-41 pris en application de l'article L. 351-15, la durée de travail à temps partiel ne peut être inférieure à 40 %, ni supérieure à 80 % de la durée légale de travail hebdomadaire. Dans ces conditions, la fraction de pension servie est égale à la différence entre 100 % de la pension, d'une part, et la quotité de travail à temps partiel par rapport à la durée du travail à temps complet, d'autre part.

¹ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

² Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 l'avenir et la justice du système de retraites.

³ La réforme des retraites de 2014 a abaissé cette condition d'âge de 62 à 60 ans.

Le dernier alinéa de l'article L. 351-15 rappelle que l'assuré en retraite progressive peut bénéficier du dispositif prévu à l'article L. 241-3-1 du code de la sécurité sociale selon lequel, pour les travailleurs à temps partiel, l'assiette des cotisations retraite peut être maintenue à la hauteur du salaire correspondant à son activité à temps plein.

L'article L. 351-16 complète le dispositif en précisant, d'une part, que l'assuré peut percevoir l'intégralité du montant de sa retraite dès qu'il cesse totalement son activité, mais qu'à l'inverse, le service de la fraction de pension cesse lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit à la retraite progressive.

Il interdit également à l'assuré de pouvoir à nouveau demander de bénéficier du dispositif de la retraite progressive lorsqu'il a demandé :

- le service de sa pension complète ;
- la reprise d'une activité à temps partiel ;
- l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

Ce dispositif est donc doublement avantageux :

- il permet à un assuré de poursuivre l'acquisition de droits pour majorer la pension qui lui sera liquidée à terme ;
- pendant la durée du temps partiel, l'assuré peut cotiser sur la base d'un salaire à taux plein en s'acquittant d'une surcotisation.

2. Un dispositif dont sont exclus les travailleurs ayant plusieurs employeurs

Aux termes de l'article L. 351-16, le dispositif de la retraite progressive est donc suspendu lorsqu'un assuré exerce une autre activité à temps partiel, ce qui rend inéligible au dispositif les salariés ayant plusieurs employeurs.

Alors qu'ils sont exposés plus fortement que les autres à la précarité et à des conditions de travail pénibles, ces travailleurs sont privés d'un dispositif pourtant avantageux. Sont en particulier visés les assistants maternels et les salariés à domicile.

Le présent article entend supprimer l'interdiction de pluriactivité à temps partiel pour pouvoir bénéficier de la retraite progressive afin de l'étendre à cette catégorie de salariés.

B - Le projet de loi corrige cette iniquité

Le **I** de cet article complète l'article L. 351-1 par un alinéa qui précise que le dispositif de retraite progressive est applicable aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret. Ce décret devra notamment déterminer le taux de retraite progressive servie en cas d'employeurs multiples.

Le **II** supprime l'incompatibilité prévue à l'article L. 351-16 entre le service d'une fraction de pension et la poursuite ou la reprise d'une autre activité à temps partiel.

Le **III** prévoit que les dispositions de cet article n'entreront en vigueur qu'à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2018. Cette mesure nécessite, en effet, pour les caisses, un temps d'adaptation en raison des difficultés techniques induites par cet élargissement. Ces salariés présentent des contrats de travail aux durées non conventionnelles mais aussi des particularités spécifiques liées à certaines professions ou au statut de particulier-employeur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

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

Article 30 bis (nouveau)
(art. L. 351-1-3 du code de la sécurité sociale)
Retraite anticipée des travailleurs handicapés

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit un assouplissement des conditions de retraite anticipée des travailleurs handicapés lorsque ces derniers présentent un degré important d'incapacité permanente.*

I - Le dispositif proposé

A. Le droit actuel du départ anticipé des travailleurs handicapés

Les conditions de retraite anticipée des travailleurs handicapés sont décrites à l'article L. 351-1-3 du code de la sécurité sociale. La possibilité de partir à la retraite de façon anticipée¹ est liée à la qualité d'**assuré handicapé** qui se caractérise par le cumul de trois conditions :

- avoir accompli une **durée minimale d'assurance** dans le régime général, définie par décret ;
- avoir acquitté, au cours de cette durée minimale d'assurance, un **montant minimal de cotisations sociales**, lui aussi défini par décret ;
- être atteint, tout le long de cette durée minimale d'assurance, d'une **incapacité permanente de 50 %**. Le taux d'incapacité est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Ces conditions sont elles-mêmes issues d'un assouplissement des règles de départ anticipé des travailleurs handicapés porté par la loi du 20 janvier 2014². Cet assouplissement visait essentiellement l'abaissement du taux d'incapacité permanente, passé de 80 % à 50 %, et la suppression de la prise en compte de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Même si la réforme a fait l'objet de contestations de la part de milieux associatifs, la jurisprudence a montré qu'elle simplifiait et élargissait l'accès des travailleurs handicapés au droit à la retraite anticipée³.

¹ Le départ anticipé peut intervenir entre 55 et 59 ans selon les conditions décrites à l'article D. 351-1-5 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, article 36.

³ Cour d'appel de Nîmes, 7 avril 2015, Carsat c/ Cortes, n° 13/04366 : avant la réforme portée par la loi du 20 janvier 2014, un travailleur handicapé titulaire d'une carte d'invalidité délivrée par le ministère de la défense portant indication d'un taux d'invalidité de 50 % n'est pas pour autant reconnu travailleur handicapé au sens de l'article L. 5213-1 du code du travail.

L'abandon du critère de la RQTH a consacré le changement structurel du droit au départ anticipé, auparavant conditionné aux éléments définitoires du travailleur handicapé, décrit à l'article L. 5213-1 du code du travail comme « *toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ».

Depuis 2014, la condition du départ anticipé s'est élargie et s'entend de l'incapacité permanente telle qu'appréciée par le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles qui définit le taux de 50 % d'incapacité permanente comme correspondant à des « *troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne [qui] peut, soit être concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique* ».

B. Le droit proposé : vers un élargissement des conditions au départ anticipé

La simplification du dispositif de retraite anticipée n'avait cependant pas été jusqu'à prévenir certains problèmes spécifiques, notamment celui des **travailleurs handicapés n'ayant pas effectué les démarches nécessaires auprès de la CDAPH pour l'évaluation de leur taux d'incapacité permanente**. En effet, jusqu'à la loi du 20 janvier 2014, le taux d'incapacité permanente n'ouvrait droit à la retraite anticipée que lorsqu'il était supérieur à 80 % et l'examen d'un taux d'incapacité inférieur était essentiellement réservé aux cas d'éligibilité à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont les bénéficiaires sont très peu à exercer une activité professionnelle.

Certains travailleurs handicapés, auxquels la RQTH n'ouvre plus droit à la retraite anticipée et qui n'ont donc pas fait reconnaître leur incapacité permanente parce qu'inférieure à 80 %, se trouvent donc paradoxalement exclus du droit au départ anticipé¹.

L'article 30 *bis*, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, entend donc remédier à cette carence **en visant particulièrement les assurés handicapés remplissant les conditions suivantes** :

- les durées d'assurance, cotisées et acquittées, mentionnées à l'article L. 351-1-3, sont bien justifiées ;
- l'incapacité permanente d'au moins 50 % n'a pas été reconnue sur une **fraction** de ces durées (laquelle sera déterminée par décret) ;
- l'assuré présente une incapacité permanente d'au moins **80 % au moment de la demande de liquidation de sa pension**.

¹ La question a notamment été soulevée par Mme Annie David lors de l'audition par la commission des affaires sociales du président et du directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), voir le compte-rendu analytique du 10 octobre 2016.

Si ces trois conditions sont remplies, l'assuré peut obtenir l'examen de sa situation par une commission placée auprès de la Cnav qui **peut être saisie par la caisse chargée de la liquidation de la pension de retraite** et dont l'avis motivé s'imposera. Cette commission comptera au moins un médecin-conseil et un membre de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la maison départementale des personnes handicapées de l'assuré (MDPH).

II - La position de la commission

Votre commission adhère à l'intention qui inspire le présent article et qui vise à garantir aux travailleurs handicapés le plein exercice de leur droit à la retraite anticipée, mais elle exprime **deux réserves importantes quant à ses modalités**.

En premier lieu, votre commission est sceptique quant aux modalités de saisine de la commission nationale d'examen créée par l'article. Afin d'en assurer l'effectivité, elle souhaite faire de l'assuré le véritable titulaire du droit de demande d'examen de sa situation. **Elle a voté un amendement n° 80 en ce sens.**

En second lieu, votre commission souhaite apporter un assouplissement au dispositif existant en permettant, par un **amendement n° 81**, aux travailleurs handicapés titulaires d'une RQTH de continuer à pouvoir faire valoir leur droit à la retraite anticipée. En effet, même si la réforme de 2014, en substituant une reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % à la détention d'une RQTH, menait en théorie à un assouplissement de la reconnaissance du travailleur handicapé, il s'est avéré difficile, pour certains titulaires de la RQTH, de faire reconnaître leur taux d'incapacité permanente par les CDAPH, au motif que ce dernier était surtout attribué pour les demandeurs de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La commission souhaite donc **rétablir, pour les titulaires de RQTH, la possibilité de la faire valoir au même titre qu'une incapacité permanente de 50 %.**

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article 30 ter (nouveau)***Rapport sur l'élargissement de la retraite progressive
aux salariés en forfait jours**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport au Parlement relatif aux conditions d'élargissement du dispositif de retraite progressive aux salariés en forfait jours.

I - Le dispositif proposé

Adopté à l'initiative de la rapporteure pour la branche vieillesse à l'Assemblée nationale, cet article prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement visant à étudier les modalités permettant d'étendre le dispositif de retraite progressive aux salariés en forfait jours.

Il est précisé que ce rapport devra être remis avant le 1^{er} octobre 2017.

II - La position de la commission

La retraite progressive permet à tout salarié ou travailleur indépendant âgé de 60 ans ou plus de cumuler une rémunération pour un travail à temps partiel avec une fraction de sa pension de base et complémentaire. Votre rapporteur ne mésestime pas l'enjeu d'ouvrir au maximum l'accès à tous les salariés de ce dispositif avantageux et qui permet de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs seniors.

Il semble effectivement nécessaire d'évaluer les conditions du versement d'une fraction de pension pour les salariés en forfait jours s'ils décident de réduire le nombre de jours rémunérés au sein de leur convention individuelle de forfait pour partir progressivement à la retraite.

Les conventions de forfaits concernant une majorité de salariés cadres, l'élargissement du dispositif de la retraite progressive aux conventions de forfait pourrait donc bénéficier à un nombre important de salariés.

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

Article 31

Validation d'une délibération du Conseil d'administration de la CNRACL

Objet : Cet article valide la décision, jugée dépourvue de base légale par le Conseil d'État, du conseil d'administration de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) du 31 mars 2004 permettant aux infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux de prendre en compte leurs périodes d'études pour le calcul de leur pension versée par la CNRACL.

I - Le dispositif proposé

A. Une décision récente du Conseil d'État remet en cause la validation des périodes d'études des infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux pour le calcul de leur pension

1. Un dispositif ancien de validation des périodes d'études

Par une délibération du 23 janvier 1950, le conseil d'administration de la CNRACL avait décidé, en s'appuyant sur le décret du 5 octobre 1949¹, de permettre la validation des années d'études accomplies par les infirmières dans une école d'un établissement public du département dans lequel elles avaient été titularisées, au motif que ces études étaient assimilables à des services de stage.

Adaptant ce dispositif, cette fois-ci sur le fondement du décret du 26 décembre 2003², le conseil d'administration de la CNRACL a prévu, par sa délibération du 31 mars 2004, que la validation peut intervenir dès lors que l'agent répond à la condition d'avoir obtenu le diplôme d'État d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social et d'avoir été titularisé par la suite, sans tenir compte du département où les études ont été accomplies.

Depuis 1950, la validation de ces périodes est subordonnée au versement de cotisations par le fonctionnaire mais aussi par l'employeur ayant procédé à la titularisation de l'agent. Les modalités de calcul de cette cotisation sont identiques à celles prévues pour la validation des périodes de service non-titulaire dans la fonction publique locale et hospitalière fixées par le décret du 26 décembre 2003³.

¹ Décret n°49-1416 du 5 octobre 1949 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 *caisse nationale de retraites*.

² Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

³ Prévu par l'article 8 du décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003, ce dispositif permet à tout fonctionnaire territorial ou hospitalier titularisé de valider les périodes au cours desquelles il aurait travaillé comme contractuel de droit public, en échange du paiement à la CNRACL de cotisations calculées à la date de la demande de validation, déduction faite des sommes versées à la Cnav pour le régime de base et à l'Ircantec pour le régime complémentaire.

2. Un dispositif contesté

Saisie par un hôpital refusant de s'acquitter des cotisations demandées par la CNRACL pour la validation des périodes d'études de huit de ses infirmiers, la justice administrative a jugé au début de l'année 2016 que la décision du conseil d'administration de mars 2004 instituant ce dispositif de validation était dépourvue de base légale au motif que la caisse n'était pas compétente pour prendre cette décision.

La CNRACL s'était en effet appuyée sur le décret du 26 décembre 2003 pour fonder sa décision. Ce dernier prévoit d'une part, en son article 8, que peuvent être validées et par suite prises en compte dans la constitution du droit à pension les périodes de services effectuées en qualité d'agent non titulaire d'une collectivité locale et d'autre part, en son article 12, que les périodes d'études peuvent faire l'objet, à la suite de la demande d'un fonctionnaire, d'une proposition de rachat, de la part de la CNRACL. Par extension, le conseil d'administration de la caisse a ainsi considéré, pour les infirmiers, les sages-femmes et les assistants sociaux, que leurs périodes d'études devaient être assimilées à des périodes de service non-titulaire et ainsi prises en compte automatiquement dans le calcul de leur pension.

La justice administrative a toutefois considéré que la caisse n'était pas compétente pour interpréter aussi largement le texte du décret qui n'assimile pas les périodes de service non-titulaire aux périodes d'études qui peuvent faire l'objet d'un rachat.

Dès lors, la délibération du 31 mars 2004 ne pouvait servir de base légale aux avis de mise en recouvrement de contributions transmises par la CNRACL aux employeurs hospitaliers pour le paiement des cotisations employeurs en vue de leur rachat pour la retraite.

Suivant la fermeture du dispositif de validation des périodes de service non-titulaire prévue par le décret du 30 décembre 2010¹, la validation des années d'études des infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux n'est définitivement plus possible depuis le 2 janvier 2015 pour les fonctionnaires titularisés avant le 1^{er} janvier 2013.

Le décret du 11 août 2016² a tiré les conséquences de l'arrêt du Conseil d'État en donnant la base légale nécessaire au traitement des demandes de prise en compte des années d'études dont la validation n'a pas encore été notifiée au fonctionnaire à la date de publication du décret, ce qui représente un stock de 47 000 dossiers d'après l'étude d'impact.

¹ Décret n° 2010-1740 du 30 décembre 2010 dont l'article 3 ferme le dispositif de validation des services de non-titulaire pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers titularisés après le 1^{er} janvier 2013.

² Décret n° 2016-1101 du 11 août 2016 relatif à la validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Il demeure toutefois un risque concernant les années d'études dont la validation avait déjà été notifiée au fonctionnaire avant la publication du décret du 13 août 2016. Le nombre de personnes concernées pourrait atteindre 15 000 selon l'étude d'impact.

B. La validation législative proposée

Le présent article procède donc à la validation législative de la délibération du conseil d'administration de la CNRACL du 31 mars 2004 pour sécuriser les décisions de validation des trimestres notifiées avant le 13 août 2016.

Il prévoit ainsi que, sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée et dans le cas de leur contestation fondée sur le moyen tiré de ce que la dite délibération n'a pu leur donner de fondement légal, sont validés :

- les décisions de validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social, comme période de service non titulaire en application de l'article 8 du 23 décembre 2003 si elles ont été notifiées au plus tard le 13 août 2016 ;

- les avis de mise en recouvrement des retenues et contributions afférentes aux périodes d'études validées et notifiés aux employeurs concernés par la CNRACL.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Cet article, comme toutes les dispositions portant validation législative, soulève des interrogations quant à un risque d'inconstitutionnalité. Depuis 1980¹, le Conseil constitutionnel contrôle en effet les lois de validation au regard de trois conditions cumulatives : la non-immixtion dans l'exercice du pouvoir juridictionnel par le respect des décisions de justice devenues définitives ; le respect du principe de non-rétroactivité de la loi en matière pénale ; l'existence d'un motif d'intérêt général.

Lors du débat à l'Assemblée nationale, la ministre des affaires sociales a précisé que cet article avait été examiné par le Conseil d'État qui n'avait pas soulevé le risque d'inconstitutionnalité. D'autre part, en sécurisant les conditions de liquidation de la retraite de 15 000 agents, cet article revêt un motif d'intérêt général au regard du principe d'égalité entre les auxiliaires médicaux concernés suivant l'établissement dans lequel ils exercent.

¹ Décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980.

De plus, si l'objectif financier¹ n'est pas le premier avancé par le Gouvernement, l'impact de la décision du Conseil d'État pourrait entraîner la perte de 225 millions d'euros de recettes pour la CNRACL, ce qui représente l'équivalent de l'excédent de la caisse en 2016².

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

Article 32

(art. L. 723-11, L. 742-6 du code de la sécurité sociale et art. 43 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques)

Adaptation du dispositif de l'assurance volontaire vieillesse des avocats

Objet : Cet article supprime la « règle des 15 ans » du régime de retraite de base des avocats d'une part, et, d'autre part, élargit aux anciens avocats la faculté de s'assurer à l'assurance volontaire vieillesse.

I - Le dispositif proposé

A. La suppression de la règle des « 15 ans » dans le régime de retraite des avocats

L'article L. 723-11 du code de la sécurité sociale prévoit que les assurés au régime des avocats qui ne justifient pas d'une certaine durée d'assurance, déterminée par décret, ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) au prorata de leur durée d'activité.

L'article R. 723-37 détermine les conditions de calcul de la retraite de base des avocats, après avoir précisé que ces derniers sont soumis à la durée de cotisation de droit commun pour obtenir le taux plein.

Si le nombre de trimestres cotisés :

- est égal au nombre de droit commun, le montant de la pension de retraite de base est égal au montant forfaitaire déterminé, aux termes de l'article R. 723-43, par l'assemblée générale de la caisse nationale des barreaux français (CNBF), soit en 2016, 16 531 euros ;

- est compris entre le nombre de droit commun et soixante trimestres au moins, le montant de la pension est calculée au prorata de la durée de cotisation sur la base du montant forfaitaire ;

¹ Alors même que la préservation de l'équilibre financier de la sécurité sociale constitue pour le Conseil constitutionnel un motif d'intérêt général (décision n°97-393 DC du 18 décembre 1997 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998).

² Sur 18 milliards d'euros de prestations.

- est inférieur à soixante trimestres, soit 15 ans, le montant de la pension est calculée, au prorata de la durée de cotisation, sur la base de l'AVTS, soit un montant en 2016 de 3 383 euros.

Ce dispositif implique donc un très fort effet de seuil liée à la règle des « 15 ans ».

Le présent article vise à abroger l'article L. 723-11 de façon à ce que toutes les pensions de base soient calculées, au prorata de la durée de cotisation, sur la base du montant forfaitaire déterminé (soit 16 531 euros en 2016) et non plus de l'AVTS (3 383 euros).

L'impact de cette mesure pour les avocats ayant peu cotisé en raison d'une carrière courte est important. D'après l'étude d'impact, pour un avocat ayant cotisé cinq ans à la CNBF (soit 20 trimestres), la substitution de la référence de l'AVTS par la référence au montant forfaitaire permettrait d'augmenter sa pension, versée par le régime de base des avocats, de 1 127 euros à 1 922 euros par an.

Cette mesure entraînerait un coût annuel supplémentaire de 600 000 euros dès 2017 et de 200 000 euros annuels pour chaque année ultérieure. À l'horizon 2030, son coût annuel s'élèverait à 2 millions d'euros.

B. L'élargissement aux anciens avocats de l'assurance vieillesse volontaire

L'article L. 742-6 énumère l'ensemble des personnes pouvant adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés. Cette assurance est ouverte aux personnes qui ayant été affiliées obligatoirement pendant une durée déterminée, cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire.

L'article 32 de la loi du 20 janvier 2014¹ a élargi le bénéfice de l'assurance vieillesse volontaire aux avocats résidant hors du territoire français (1° de l'article L. 742-6) ainsi que des anciens conjoints collaborateurs d'avocats (5° du même article).

Cette assurance volontaire n'est toutefois pas ouverte aux anciens avocats qui résident sur le territoire français lorsqu'ils ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse ou qu'ils n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale.

Or le 2° de l'article L. 742-6 ouvre cette possibilité à tous les autres professionnels libéraux.

Le présent article vise donc à compléter le 2° de l'article L. 742-6 pour y inclure les avocats (personnes ayant exercé en dernier lieu une activité visée à l'article L. 723-1 du code de la sécurité sociale).

¹ Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système des retraites.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements de coordination avec l'article 33 de ce projet de loi à l'initiative de sa rapporteure pour la branche vieillesse.

III - La position de la commission

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

Article 32 bis (nouveau)

(art. L. 351-4 du code de la sécurité sociale)

Bénéfice, pour un tiers désigné par le conseil de famille pour élever un enfant, de la majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation

Objet : Inséré par l'Assemblée nationale, cet article étend le bénéfice de la majoration de durée d'assurance, prévue pour les parents au titre de l'éducation d'un enfant, à l'assuré désigné comme tuteur sur le fondement des articles 403 et suivants du code civil.

I - Le dispositif proposé

A. La majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation d'un enfant est déjà ouverte, dans certains, à des tiers éduquant

Aux termes du II de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, il est institué au bénéfice de l'un ou l'autre des deux parents assurés sociaux¹ une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

Le IV de cet article précise que sont substitués dans les droits des parents, pour la prise en compte de la majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation d'un enfant, les assurés auxquels l'enfant a été confié et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant quatre ans à compter de la décision, lorsque cette dernière a été rendue sur le fondement :

- de l'article 373-3 et du 2° de l'article 375-3 du code civil, c'est-à-dire dans le cas d'une décision de justice désignant un tiers dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative ;

- de l'article 377-1 du code civil, soit dans le cas d'une délégation totale de l'autorité parentale.

¹ Depuis la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, la majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation d'un enfant peut être partagée entre le père et la mère alors que cette dernière bénéficiait avant automatiquement de huit trimestres par enfant (quatre au titre de la maternité et quatre pour l'éducation).

B. Le présent article en étend le bénéfice au tuteur désigné par le conseil de famille sur le fondement des articles 403 et suivants du code civil

Cet article, inséré à l'initiative du Gouvernement par l'Assemblée nationale, complète le IV de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale pour étendre le bénéfice de la majoration de la durée d'assurance au titre de l'éducation aux assurés désignés tuteur sur le fondement des articles 403 et suivants du code civil.

Ces articles définissent le rôle et les modalités de désignation d'un tuteur notamment par le conseil de famille.

II - La position de la commission

Cet article rétablit une égalité de traitement entre les tiers éduquant se retrouvant dans la situation d'assumer effectivement l'éducation d'un enfant.

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

Article 33

(art. L. 442-6 du code des assurances ; art. L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; art. L. 6133-6 du code de la santé publique ; art. L. 111-11, L. 131-6 , L. 131-6-3, L. 133-6-6, L. 133-6-8, L. 134-3, L. 135-6, L. 136-5, L. 153-9, L. 161-22, L. 173-3, L. 611-1, L. 611-2, L. 611-5, L. 611-12, L. 612-7, L. 613-1, L. 613-2, L. 613-4, L. 613-9, L. 613-20, L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4, L. 622-7, L. 622-5, L. 622-8, L. 622-9, L. 623-2, L. 633-10, L. 634-1, L. 634-2, L. 634-2-1, L. 634-2-2, L. 634-3-1, L. 634-3-2, L. 634-3-3, L. 634-5, L. 634-6, L. 635-1, L. 635-3, L. 635-4, L. 635-5, L. 637-1, L. 640-1 [nouveau], L. 642-2-1, L. 652-6, L. 722-1, L. 722-1-1, L. 722-9, L. 742-6, L. 742-7, L. 766-2 et L. 961-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6331-48 et L. 6332-11 du code du travail ; art. 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

Fusion des régimes de retraite des professions artisanales avec celui des professions industrielles et commerciales et des professions libérales non réglementées

Objet : Cet article vise d'une part à fusionner juridiquement les deux régimes de retraite des artisans et des commerçants au sein du régime social des indépendants et d'autre part à améliorer la couverture vieillesse des professions libérales non réglementées actuellement assurées par la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav).

Le présent article entend améliorer et simplifier la couverture vieillesse des indépendants.

Rappel sur la protection sociale des travailleurs indépendants

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

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

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

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

- au titre du **risque vieillesse** pour les seuls **artisans et commerçants**.

Les **professions libérales**, qu'elles soient ou non réglementées, relèvent pour leur couverture vieillesse de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnavpl) qui en délègue sa gestion à dix sections professionnelles¹. Parmi elles, la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav) regroupe les personnes exerçant les professions d'architecte, d'expert-géomètre et d'ingénieur-conseil (toutes trois réglementées) ainsi qu'environ 350 autres professions libérales non réglementées².

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

La **branche famille** est gérée **pour tous les indépendants**, comme pour les salariés et dans les mêmes conditions, par les caisses d'allocations familiales.

Les **risques « accidents du travail-maladies professionnelles »** et **« chômage »** ne sont pas couverts par un régime obligatoire pour les indépendants.

I - Le dispositif proposé

Les articles du code de la sécurité sociale modifiés par le présent article sont principalement contenus dans le **livre VI du code de la sécurité sociale**, consacré aux régimes des travailleurs non-salariés.

Ce livre est subdivisé en cinq titres : le Régime social des indépendants (titre 1, art. L. 611-1 et suivants), les généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse (titre 2, art. L. 621-1 et suivants), l'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales (titre 3, art. L. 633-9 et suivants), l'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales (titre 4, art. L. 641-1 et suivants) et les dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse (titre 5, art. L. 651-1 et suivants).

Les dispositions à modifier pour permettre la fusion des régimes de retraite des artisans et commerçants d'une part, et l'amélioration de la couverture vieillesse de certaines professions libérales non réglementées d'autre part, s'entremêlent souvent et semblent parfois redondantes.

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

² D'après les chiffres communiqués par la CIPAV.

Aussi, en parcourant le présent article, le lecteur constatera l'écart important entre l'apparente clarté des mesures proposées et leur traduction juridique qui nécessite une série de coordinations rendant difficile sa compréhension. Votre rapporteur s'est attaché à présenter de façon exhaustive mais très simplifiée la portée de ces mesures de coordination.

A. Le parachèvement de la fusion des régimes de retraite des artisans et des commerçants

1. Une réforme du régime social des indépendants juridiquement inachevée

À sa **création en 2006**, le **régime social des indépendants (RSI)** a **fusionné** la Caisse nationale d'assurance maladie des non-salariés (**Canam**), la Caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (**Cancava**) et la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (**Organic**).

Reprenant leurs attributions, le RSI, en se fondant sur l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale, couvre actuellement :

- **1° au titre de l'assurance maladie et maternité** les groupes des professions artisanales, le groupe des professions industrielles et commerciales et le groupe des professions libérales ;

- **2° au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire**, les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales.

Dès 1973, la loi a fixé un objectif de rapprochement des prestations sociales dont bénéficiaient les travailleurs indépendants avec celles des travailleurs salariés tout en réaffirmant le principe de l'autonomie de la gestion des régimes¹. Les **cotisations et prestations** des régimes des artisans et des commerçants, différentes au départ, ont donc **convergé** vers les règles du régime général.

Depuis 2001, les droits à prestations d'un indépendant, y compris pour le régime de retraite de base, sont les mêmes que ceux d'un travailleur salarié. De plus, **un régime de retraite complémentaire unique** pour les artisans et les commerçants a été **mis en place en 2013**.

Pour autant, deux régimes distincts de retraite de base continuent d'exister. L'article L. 611-2 l'affirme avec plus de clarté encore que l'article L. 611-1 : « *Le régime social des indépendants comprend trois branches : 1° Assurance maladie et maternité ; 2° Assurance vieillesse des professions artisanales ; 3° Assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales* ».

¹ D'après l'article 9 de la loi du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat, dite loi Royer, « les régimes dont bénéficient les artisans et les commerçants seront progressivement harmonisés avec le régime général en vue d'instituer une protection de base unique dans le respect des structures qui leur soient propres ».

Cette **distinction** nécessite un suivi comptable et des actes de gestion différents alors même que les règles de gestion sont identiques. De plus, la préparation de la mise en œuvre de la liquidation unique dans les régimes alignés (LURA) a conduit à poursuivre le rapprochement entre les deux régimes en particulier à travers l'unification des données de carrière des assurés.

Dès lors, *« la coexistence de ces deux régimes de base est aujourd'hui source de complexité pour les caisses de retraite. Elle constitue un obstacle à l'achèvement de la fusion des régimes des artisans et des commerçants »*¹.

2. La fusion des régimes de retraite de base des artisans et des commerçants

Les **I et II** du présent article procèdent donc à la fusion de régimes de retraite de base des artisans et des commerçants.

Le principe en est posé par les **I-6°** et **I-7°** qui modifient respectivement les articles L. 611-1 et L. 611-2 du code de la sécurité sociale.

Dans sa nouvelle rédaction, le **2°** l'article L. 611-1 prévoit que le RSI couvre au titre de l'assurance vieillesse l'ensemble de la population des travailleurs indépendants à l'exception des personnes exerçant des professions libérales (visés dans le nouvel article L. 640-1 créé par le **28°** du présent article) et des avocats (visés à l'article L. 723-1). **La distinction entre le régime des artisans et des commerçants disparaît donc au profit d'un régime d'assurance vieillesse unique.**

De même, la nouvelle rédaction proposée de l'article L. 611-2 dispose que **le RSI comprend non plus trois mais deux branches** : 1) Assurance maladie et maternité ; 2) Assurance vieillesse.

Il est rappelé, à ce stade, que la **population couverte par ce régime d'assurance vieillesse unifié est élargie par le présent article à certaines professions libérales non réglementées relevant actuellement de la Cipav** (voir B).

De plus, le **I-13°** abroge notamment les articles L. 621-1 à L. 621-3 qui **mettaient en œuvre le principe d'autonomie des organisations** assurant le service des prestations d'assurance vieillesse pour un ou plusieurs groupes professionnels en distinguant l'organisation concernant le groupe des artisans et celles des commerçants.

Le **I-17°** modifie l'intitulé du titre 3 qui devient « Assurance vieillesse et invalidité décès des personnes affiliées au RSI ».

En conséquence, le présent article procède à une série de coordinations présentées dans le tableau suivant et visant à faire disparaître la distinction entre les deux régimes.

¹ Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, p. 234.

Section de l'article 33 PLFSS	Article du code de la sécurité sociale visé	Nature de la coordination
I-1°	L. 131-6-3	Substitution des termes de « professions artisanales, industrielles et commerciales » au profit des personnes relevant de l'assurance vieillesse du RSI dans l'article fixant les montants minimaux de cotisation.
I-2°	L. 133-6-6	Simplification rédactionnelle concernant les professions indépendantes dans l'article instituant le Fonds national d'action sociale.
I-3° b) et d)	L. 133-6-8	Unification des professions artisanales et commerçantes au sein de l'article instituant le régime social des micro-entrepreneurs.
I-4°	L. 134-3	Unification de la branche vieillesse du RSI dans l'article intégrant financièrement le RSI dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav).
I-5°	L. 135-6	Unification de la branche vieillesse du RSI dans l'article instituant le Fonds de réserve pour les retraites et définissant les bénéficiaires de ses réserves.
I-8°	L. 611-5	Possibilité pour le conseil d'administration de la caisse nationale du RSI de siéger en section professionnelle , comme c'est déjà le cas actuellement.
I-9° a)	L. 611-12	Unification des professions artisanales et commerçantes au sein de l'article fixant les règles de fonctionnement du conseil d'administration (CA) des caisses de base et de leurs sections professionnelles.
I-10°	L. 613-1	Simplification de la désignation des travailleurs indépendants des professions non agricoles affiliés obligatoirement à l'assurance maladie et maternité du RSI.
I-11°	L. 613-9	Suppression de la référence faite aux différents groupes professionnels dans l'article prévoyant les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité du RSI.
I-12°	L. 613-20	Simplification rédactionnelle concernant les prestations supplémentaires d'assurance maladie du RSI qui peuvent être instituées par le CA de la caisse nationale et éventuellement pour certaines catégories professionnelles si la section professionnelle correspondante, au sein du CA, le décide.

Section de l'article 33 PLFSS	Article du code de la sécurité sociale visé	Nature de la coordination
I-14°	L. 622-8	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI dans l'article autorisant les conjoints collaborateurs ou associés à s'y affilier.
I-15°	L. 622-9	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI dans l'article autorisant l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée à s'y affilier.
I-16°	L. 623-2	Suppression d'une référence à un article supprimé dans le 13° (art. L. 621-3).
I-18°	L. 634-1 et L. 634-2	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein des articles instituant le principe de son alignement sur le régime général et sur les conditions de calcul, liquidation et service des prestations d'assurance vieillesse.
I-19°	L. 634-2-1	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant le régime de versement complémentaire de cotisations.
I-20°	L. 634-2-2	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article permettant la prise en compte de certaines périodes pour l'assurance vieillesse.
I-21°	L. 634-3-1	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article relatif aux conditions de liquidation et de service des prestations d'assurance vieillesse pour les assurés ayant exercé une activité à temps partiel.
I-22°	L. 634-3-2, L. 634-3-3 et L. 634-5	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein des articles relatifs aux dispositifs « carrière longue » et spécifiques aux personnes handicapées au sein du RSI, ainsi que dans celui relatif aux dates de revalorisation des pensions et revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rente alignées sur celles du régime général.
I-23°	L. 634-6	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant le dispositif du cumul emploi-retraites dans le RSI.
I-24°	L. 635-1	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant les règles d'affiliation au régime complémentaire du RSI.
I-25°	L. 635-3	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant les règles relatives à la pension de réversion au titre du régime complémentaire au RSI.

Section de l'article 33 PLFSS	Article du code de la sécurité sociale visé	Nature de la coordination
I-26°	L. 634-4	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article autorisant les chauffeurs de taxi ayant adhéré à l'assurance volontaire du RSI à être affiliés au régime complémentaire obligatoire.
I-27°	L. 635-5	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant le régime invalidité-décès du RSI.
I-28°	L. 622-5	Voir B - Définition des professions libérales.
I-29°	L. 742-6	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article instituant l'adhésion volontaire à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés.
I-30°		Modification de l'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII qui évoquait les dispositions communes aux trois régimes.
I-31°	L. 742-7	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article prévoyant des dispositions spécifiques pour les personnes ayant adhéré volontairement à l'assurance vieillesse du RSI et qui auraient exercé leur activité hors du territoire.
I-32°		Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI dans l'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre 2 du titre 4 du livre 7 qui évoquait les dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.
I-33°	L. 961-1	Unification du régime d'assurance vieillesse du RSI au sein de l'article relatif à la protection supplémentaire des travailleurs non-salariés.
I-34°	Dans tout le code	Substitution aux mots « travailleurs non-salariés non agricoles » et aux mots « travailleurs non-salariés des professions non agricoles » des mots : « travailleurs indépendants non agricoles ».

Le **II** procède à une **coordination** avec l'article L. 6331-48 du code du travail, dans sa rédaction résultant de la loi du 8 août 2016¹. Cet article est relatif à la fixation des taux de cotisation des indépendant aux actions de formation professionnelle.

¹ Loi n° 2016-1088 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

B. L'amélioration de la couverture vieillesse des professions libérales non réglementées

1. Une couverture vieillesse complexe et insuffisante

a) L'archipel des caisses d'assurance vieillesse des professions libérales

Aux termes de l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale, **les professions libérales** groupent les personnes exerçant l'une des professions suivantes :

- 1) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert-comptable, vétérinaire ;

- 2) notaire, huissier de justice, personnes ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personnes agréés pour la protection des majeurs, courtiers en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artistes non affiliés au régime général (art. L. 382-1 du code de la sécurité sociale), ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurance ;

- 3) d'une manière générale toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est inscrite ni au répertoire des métiers (artisans), ni au registre du commerce (commerçants) ;

- les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer lorsqu'ils sont organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité.

Ces catégories de professions relèvent du régime des travailleurs indépendants, soit du **RSI pour l'assurance maladie et maternité** et du **régime d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales** dont la gestion est confiée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnavpl).

L'appartenance à une profession libérale oriente l'affiliation de l'assuré vers **l'une des dix sections professionnelles** auxquelles la Cnavpl délègue la gestion de l'assurance vieillesse et invalidité-décès.

Pour les professions libérales non réglementées, la caisse désignée est la Cipav.

b) La Cipav : une appartenance difficile à déterminer, une gestion contestée

Si l'appartenance à une profession libérale réglementée s'appuie sur un titre, **l'appartenance à une profession libérale non réglementée est parfois plus complexe à déterminer en particulier vis-à-vis d'activités de prestations de services qui relèvent du régime des commerçants.**

Il est d'ailleurs possible qu'un **même travailleur indépendant** puisse **exercer des activités de nature différente** bien que très proches¹. Or l'appartenance à l'une ou l'autre des catégories d'activité implique d'être affilié soit au RSI, soit à la CIPAV.

Comme le note l'étude d'impact, « le régime d'affiliation est donc souvent incertain et peu lisible pour les entrepreneurs assurés. Un changement d'activité d'importance limitée peut se traduire par un changement de régime, avec les effets potentiellement pénalisants que cela implique pour la pension dès lors que les droits sont ouverts dans un régime non alignés »².

Les **différences entre le RSI et la CIPAV**, tant en termes de cotisations que de droits, sont significatifs, comme le montre le tableau ci-dessous.

**Taux de cotisation en vigueur au RSI et à la CIPAV en 2016
hors régime micro (écart de 0.2% de cotisations pour ceux-ci)**

Pour mémoire, PASS 2016 = 38 616 €

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

^(*) Plafond à 5 PASS pour la CIPAV

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

^(b) 4 441 x (8,23% + 1,87%) = 448 €.

Source : Réponse du Gouvernement à une question de votre rapporteur

¹ Pour reprendre un exemple présenté sur le site des chambres de commerce et d'industrie de France : un travailleur indépendant a une activité de dépannage informatique, c'est un commerçant ; un travailleur indépendant a une activité de conseil ou de formation en informatique, c'est un professionnel libéral.

² p. 234.

En termes de droits, à **niveau de revenu similaire, le niveau de pension est globalement plus élevé au RSI qu'à la Cipav**. De plus, les **professions libérales ne bénéficient pas d'une couverture des indemnités journalières maladie**.

Le mouvement massif de création d'entreprises à la suite de **l'instauration du régime social simplifié des auto-entrepreneurs devenus micro-entrepreneurs** a accentué cette tension entre les deux régimes. Les micro-entrepreneurs représentent désormais **320 000 des 550 000 actifs cotisants du régime de la Cipav**.

Cette croissance du nombre d'affiliés a **renforcé la mauvaise qualité de service que subissent les assurés de la Cipav** et qu'avait très sévèrement dénoncée la Cour des comptes en 2014¹.

1. La mesure proposée

a) Le périmètre de la Cipav sera désormais fixé par décret

Après avoir fusionné les régimes d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants, le présent article vise à **élargir, aux professionnels libéraux non réglementés affiliés à la Cipav et qui en feraient la demande, la possibilité de s'affilier à ce régime unifié**.

Cette mesure vise à simplifier la protection sociale des assurés concernés qui ne relèveront plus que d'un seul régime tout en améliorant leur couverture en les faisant bénéficier d'indemnités journalières maladie.

Le **I-28°-a)** procède ainsi à la création au sein du titre IV (assurance vieillesse et invalidité décès des professions libérales) du livre VI du code de la sécurité sociale à un chapitre préliminaire consacré au champ d'application.

Le **b) et le 13° bis** suppriment, en le déplaçant au sein de ce nouveau chapitre, l'actuel article L. 622-5, qui devient l'article L. 640-1 et dont la rédaction est considérablement simplifiée. Aux termes de cette nouvelle rédaction, sont donc affiliés au régime d'assurance vieillesse des professions libérales :

- les professions médicales réglementées, qui sont listées au 1° en y incluant désormais les auxiliaires médicaux ;

- les autres professions réglementées, qui sont listées dans le 2° dans lequel figurent les architectes, géomètres, expert-comptable et vétérinaires ;

- et d'une manière générale, toute profession libérale, autre que celle d'avocat, exercée par des personnes non salariées. Un décret fixe la liste de ces professions.

¹ La CIPAV : une gestion désordonnée, un service aux assurés déplorable, rapport public annuel, pp. 253 et suivantes, février 2014.

Le dernier paragraphe de l'article L. 622-5 consacrant les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer, qui pour des « *raisons impérieuses de sécurité (...)* sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent », **est supprimé dans cet article.** Les moniteurs de ski relèvent en effet désormais de la dernière catégorie des professions libérales et seront affiliés au RSI ou à la Cipav en fonction de la liste qui sera déterminée par décret¹.

L'économie du dispositif est donc suspendue à la publication de ce décret qui fixera la liste des professions libérales non réglementées qui seront affiliées au régime des professions libérales et donc, en l'espèce, à la Cipav. A l'inverse, les autres relèveront du RSI.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur, une concertation avec les professions relevant actuellement de la Cipav va être lancée par le Gouvernement. Elle devrait permettre aux professionnels de se positionner sur le choix de continuer à relever de cette caisse ou de migrer vers le RSI. Cette décision relèvera d'un dialogue entre les professionnels concernés, leurs éventuelles organisations représentatives et enfin les conseils d'administration des organismes concernés.

b) Un dispositif transitoire aménagé

Le III prévoit que la **basculer des nouveaux travailleurs indépendants ne relevant pas du champ des professions figurant sur la liste arrêtée par le futur décret prévu à l'article L. 640-1** interviendra au plus tard :

- le **1^{er} janvier 2018** pour les **travailleurs sous statut de micro-entreprise** ;
- le **1^{er} janvier 2019** pour les **autres**.

Les deux dates précises seront fixées par décret en fonction du délai de publication du décret visé à l'article L.640-1.

Le IV du présent article ouvre un **droit d'option individuel** pour les **personnes exerçant actuellement une profession libérale qui ne relèverait plus du champ de la Cipav**. Si leur profession fait le choix de basculer vers le RSI, l'entrepreneur individuel, qu'il soit sous statut de micro-entreprise ou de droit commun, pourra décider de rester assuré à la Cipav. **Ce droit d'option devra être exercé avant le 31 décembre 2023.**

¹ Afin de conserver la reconnaissance législative de cette profession, un amendement rédactionnel adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a déplacé ce paragraphe au sein de l'article L. 613-1 qui définit le champ de la population couverte par le RSI au titre de l'assurance maladie-maternité. Cet article distinguait déjà parmi les professionnels indépendants les débiteurs de tabac et les moniteurs de ski. Le cadre normatif concernant ces derniers ne change donc pas.

Afin de faciliter le passage de la Cipav au RSI dont les taux de cotisation sont différents, le **V** aménage **une transition pour les travailleurs indépendants de droit commun**, c'est-à-dire ne relevant pas du statut de micro-entreprise. Ils pourront **jusqu'au 31 décembre 2026 bénéficier de taux de cotisation inférieurs au titre du régime complémentaire** afin d'assurer une neutralisation des effets d'un tel basculement en termes de prélèvements. Ces taux minorés seront fixés par décret et entraîneront l'acquisition de moindres droits à retraite pendant la période de transition. **Ces professionnels pourront toutefois bénéficier des indemnités journalières.**

Le **VI** et **VII** permettent de préciser que l'ensemble des droits de retraite de base et complémentaire d'un travailleur indépendant actuellement à la Cipav et qui basculerait au régime social d'assurance vieillesse des indépendants, seront intégralement repris et liquidés par le RSI.

Pour la bonne application de cette mesure, le **VIII** prévoit que la Cipav transmet à la caisse nationale du RSI les informations nécessaires selon des modalités définies par décret.

Enfin, le **IX** précise que les transferts d'affiliation donnent lieu à compensation financière entre les régimes concernés et qu'un rapport du Gouvernement devra être remis au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2023 c'est-à-dire à l'expiration du délai d'option individuelle, pour évaluer l'impact, notamment démographique et financier, des dispositions de cet article.

Les modalités de la compensation financière doivent être prévues par une convention-cadre conclue entre les régimes et approuvée par un arrêté conjoint des ministres de la sécurité sociale et du budget. À défaut, elles seront fixées par un décret en Conseil d'État.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre l'amendement du Gouvernement sur les moniteurs de ski, les députés ont adopté une série de 13 amendements de la rapporteure de la branche vieillesse.

Si certains ont **un caractère rédactionnel**, d'autres procèdent à des **coordinations** dont la portée est résumée dans le tableau suivant :

Section de l'article 33 PLFSS	Article du code de la sécurité sociale visé	Nature de la coordination
I-5° bis (nouveau)	L. 161-22	Substitution de la référence à l'article L. 622-5 par la référence à l'article L. 640-5 dans l'article instaurant le service d'une pension de vieilles (Livre I ^{er} , Généralités).
I-5° ter (nouveau)	L. 173-3	Simplification de la désignation de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants dans l'article instituant une coordination entre ce régime et les assurances facultatives ou volontaires prévues par la législation.
I-26°	L. 635-4	Correction d'une erreur matérielle.
I-28° bis (nouveau)	L. 652-5	Substitution à une référence de la référence au nouvel article L. 640-1 au sein de l'article consacré au contrôle au sein des caisses d'assurance vieillesse du RSI.
I-32° bis (nouveau)	L. 766-2	Coordination à l'article relatif à la Caisse des Français de l'étranger.
I-34° à I-36°	L. 111-11, L. 153-9...	Amendement rédactionnel précisant la rédaction du I-34°.
Section de l'article 33 PLFSS	Article visé	Nature de la coordination
II bis (nouveau)	L. 6133-6 du code de la santé publique	Substitution à la référence de l'article L. 622-5, de la référence à l'article L. 640-1 dans l'article relatif aux groupements de coopération sanitaire.
II ter (nouveau)	L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite	Même coordination dans l'article instaurant le cumul de pensions et de rémunérations d'activité.
II quater (nouveau)	L. 6332-11 du code du travail	Simplification rédactionnelle dans l'article instituant le fonds d'assurance-formation de non-salariés.
II quinquies (nouveau)	Code des assurances	Simplification rédactionnelle concernant les indépendants dans le code des assurances (art. L. 442-6).
II sexies (nouveau)	Code général des impôts	Même simplification dans un intitulé.
II septies (nouveau)	Art. 5 loi du 21 août 2003	Même simplification.

III - La position de la commission

L'unification juridique des régimes d'assurance vieillesse des artisans et commerçants était attendue et souhaitable.

Votre rapporteur demeurera attentif à la fixation de la liste des professions libérales qui resteront dans le périmètre de la Cipav.

Votre commission a adopté une nouvelle série d'amendements de coordination et de simplification rédactionnelle.

L'amendement (**amendement n° 82**) procède à une coordination à la suite d'une modification adoptée par votre commission à l'article 9 du présent projet de loi. De même, les **amendements n° 83, 84, 85 et 86 tirent les conclusions de la fusion des régimes d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants et modifient en conséquence certains articles du code de la sécurité sociale.**

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

Article 33 bis (nouveau)

(art. L. 635-5 du code de la sécurité sociale)

Bénéfice pour les travailleurs indépendants d'une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de la retraite

Objet : Inséré par l'Assemblée nationale, cet article vise à permettre, pour les assurés du Régime social des indépendants, de continuer à percevoir une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de départ à la retraite s'ils poursuivent une activité professionnelle comme peuvent déjà le faire les assurés du régime général.

I - Le dispositif proposé

A. Le versement d'une pension d'invalidité après l'âge légal de départ à la retraite lorsque l'assuré poursuit une activité professionnelle est possible depuis 2010 dans le régime général

Depuis 2010¹, aux termes de l'article L. 341-16 du code de la sécurité sociale, un assuré du régime général titulaire d'une pension d'invalidité de « première catégorie »² peut, s'il poursuit son activité professionnelle après l'âge légal de départ à la retraite, retarder la liquidation de sa pension de vieillesse pour inaptitude au travail pour continuer, d'une part, à cumuler les revenus tirés de son activité et sa pension d'invalidité et d'autre part, à acquérir plus de droits d'assurance vieillesse. Cette possibilité de versement de la pension d'invalidité cesse lorsque l'assuré atteint l'âge d'annulation de la décote.

¹ LFSS pour 2010, déjà citée.

² Les invalides dits de « première catégorie » ont un niveau d'incapacité leur permettant toutefois de poursuivre une activité professionnelle et de cumuler les revenus qu'ils en tirent avec leur pension d'invalidité.

Il s'agit d'une dérogation à l'article L. 341-15 qui prévoit que la pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, c'est-à-dire l'âge légal de départ à la retraite.

Avant 2010, l'assuré invalide qui souhaitait poursuivre son activité au-delà de l'âge légal de départ à la retraite devait alors renoncer au bénéfice de sa pension d'invalidité qui cessait automatiquement d'être versée une fois atteint cet âge. Il en résultait une forte diminution des revenus.

De façon à encourager le maintien dans l'emploi des seniors, la LFSS pour 2010 a donc autorisé la poursuite du versement de la pension d'invalidité au-delà l'âge légal et de son cumul avec les revenus d'une activité professionnelle.

Cette possibilité n'avait toutefois pas été étendue aux assurés relevant du régime d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales.

B. Le présent article étend cette possibilité aux assurés du Régime social des indépendants

Le présent article, issu d'un amendement des députés membres du groupe socialiste, écologiste et républicain adopté par l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 635-5 du code de la sécurité sociale qui institue la pension d'invalidité au sein des régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales¹.

Il prévoit une dérogation au principe selon lequel la pension d'invalidité prend fin à l'âge légal de départ à la retraite, sur le modèle de celle instaurée à l'article L. 341-16 du même code pour le régime général.

La dérogation concerne l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge légal de départ à la retraite, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée. Il peut alors continuer de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge d'annulation de la décote (soit 67 ans, à partir de la génération d'assurés née en 1955).

Il précise également que la liquidation des droits à l'assurance vieillesse intervient dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

Enfin, la pension qui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée au moment où il atteignait l'âge minimal d'ouverture de ses droits à retraite.

¹ Modifié par l'article 33 de ce projet de loi, l'article L. 635-5 du code de la sécurité sociale évoquera désormais le régime d'assurance vieillesse du RSI institué par l'article L. 611-1 du même code.

II - La position de la commission

Comme en 2009, votre commission encourage toutes les mesures prises pour favoriser l'emploi des seniors y compris celui des personnes en situation d'invalidité et qui souhaiteraient poursuivre leur activité. Cet article, issu d'un amendement parlementaire, crée une charge supplémentaire pour la caisse du RSI puisque l'assuré pourra bénéficier d'une pension plus importante. Il a été déclaré recevable, au titre de l'article 40 de la Constitution, en raison de l'avis favorable exprimé par le Gouvernement lors de l'audition de la ministre des affaires sociales par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 11 octobre 2016.

Votre commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 87** de son rapporteur.

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

Article 34

(art. 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue)

Prise en compte des bonifications attribuées pour campagne double au titre des combats en Afrique du Nord

Objet : Cet article vise à étendre aux assurés des régimes spéciaux de retraite ayant participé aux actions de feu et de combat en Afrique du Nord entre 1952 et 1962 et qui ont liquidé leur pension avant la promulgation de la loi du 18 octobre 1999, qualifiant de guerre les conflits armés en Algérie et de combats ceux menés au Maroc et en Tunisie, de bénéficier dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires civils et militaires, de l'attribution, dans le calcul de leur retraite, de la « campagne double » pour chaque jour où ils ont pris part à ces combats.

I - Le dispositif proposé

A. Une situation d'iniquité entre les fonctionnaires civils et militaires et les assurés relevant des régimes spéciaux, en matière d'intégration du bénéfice de la campagne double pour le calcul de la pension

1. Les fonctionnaires civils et militaires ou assimilés bénéficient de mécanismes de bonification pour les campagnes militaires

Les bénéficiaires de campagne constituent une **bonification d'ancienneté** prévue à l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que par certains régimes spéciaux de retraite qui renvoient à ce code. Ce sont des **avantages particuliers** accordés aux **fonctionnaires civils et militaires** ou aux **assurés assimilés** des régimes spéciaux¹. Ces bonifications s'ajoutent, au moment de la liquidation de la pension de retraite, à l'ensemble des trimestres d'assurance validés au titre des périodes de service militaires ou assimilées.

¹ Ces assurés relèvent des régimes de la SNCF, des industries électriques et gazières (IEG), des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers gérés par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), de la RATP, de l'Opéra national de Paris et de la Comédie Française.

La « **campagne double** » signifie pour l'assuré que chaque jour de service militaire effectué au combat est décompté pour trois jours dans le calcul de sa pension de retraite.

2. Le bénéfice de la campagne double au titre de la guerre d'Algérie et des combats en Tunisie et au Maroc

La loi du 18 octobre 1999¹ qualifie de guerre les conflits armés en Algérie et de combats ceux menés au Maroc et en Tunisie, ce qui a permis d'ouvrir, aux personnes y ayant pris part, le bénéfice du dispositif de la campagne double. Cette extension est intervenue avec le décret du 29 juillet 2010² qui s'est appliqué, à la fois aux fonctionnaires civils et militaires, mais également aux assurés des régimes spéciaux³.

Depuis 2010, le bénéfice de la campagne double peut donc être intégré dans le calcul des pensions ou, le cas échéant, entraîner la révision de la pension, pour tous les militaires ayant liquidé leur pension après le 19 octobre 1999. Pour les pensions liquidées avant cette date, la loi du 18 octobre 1999 ne peut avoir de portée rétroactive en matière de droits sociaux constitués⁴.

Or, comme le précise l'étude d'impact, « *la grande majorité des appelés et la quasi-totalité des militaires ayant combattu en Afrique du Nord ont liquidé leur pension avant cette date. Dès lors, cette mesure n'a, en pratique, bénéficié qu'à un nombre limité d'assurés* ».

Cette situation a conduit le Gouvernement à étendre le dispositif aux pensions liquidées avant le 19 octobre 1999 par voie législative. L'article 132 de la loi de finances pour 2016⁵ autorise la révision des pensions de retraite des fonctionnaires civils et militaires, à la demande des intéressés formulée à compter du 1^{er} janvier 2016. Visant les pensions liquidées en application du code des pensions civiles et militaires de retraite, cet article n'a toutefois pas permis d'étendre la mesure aux autres régimes spéciaux, dont les pensions sont liquidées en application de décrets spécifiques les régissant.

¹ Loi n° 99-882 du 18 octobre 1999 relative à la substitution à l'expression « aux opérations en Afrique du Nord », de l'expression « à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc ».

² Décret n° 2010-890 du 29 juillet 2010 portant attribution du bénéfice de la campagne double.

³ En effet, comme l'indique l'étude d'impact (p 261), « les règles de la plupart des régimes spéciaux, en matière de prise en compte des bénéfices de campagne pour la constitution du droit à pension, renvoient aux dispositions applicables à la fonction publique » en l'espèce le c) de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Une exception toutefois : le régime des marins, voir *infra*.

⁴ L'absence de portée rétroactive de la loi du 18 octobre 1999 a été confirmée par le Conseil d'État, dans une décision du 13 juin 2013, ce qui interdisait au pouvoir réglementaire de prévoir une révision des pensions liquidées avant l'entrée en vigueur de la loi.

⁵ Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016.

La loi de finances pour 2016 crée donc une situation d'iniquité entre les fonctionnaires civils et militaires, d'une part, et les assurés relevant des régimes spéciaux, d'autre part, que cet article entend réparer.

B. Le présent article duplique pour les régimes spéciaux la mesure prise en loi de finances pour 2016

1. Au sein des régimes spéciaux

Le I de cet article, sur le modèle du dispositif prévu par la loi de finances pour 2016, élargit le droit à révision des pensions liquidées au sein des régimes spéciaux avant le 19 octobre 1999 pour y intégrer, à la demande des assurés, le bénéfice de la campagne double, prévu au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc.

Cette adaptation législative permet donc de **rétablir l'équité entre les fonctionnaires civils et militaires et les ressortissants des régimes spéciaux.**

D'après l'étude d'impact, le gain pour les assurés s'élèverait en moyenne entre 12 et 13 euros par mois soit une progression de 0,8 % de leur pension. Le coût pour les régimes spéciaux serait de 500 000 euros en moyenne par an.

2. Au sein du régime spécial des marins

Les bonifications pour campagne double sont prévues, pour le régime des marins, à l'article L. 5552-17 du code des transports. À la suite d'une injonction du Conseil d'État¹, le Gouvernement a été contraint d'étendre le dispositif de la campagne double à tous les marins ayant pris part aux conflits d'Afrique du Nord. Le **décret du 6 novembre 2013**², à l'instar du décret du 29 juillet 2010 pour les fonctionnaires civils et militaires et les autres régimes spéciaux, limite l'attribution de la **bonification de la campagne double** aux assurés ayant pris part aux combats et fait liquider leur pension **avant le 19 octobre 1999**.

Sur le modèle de l'article 132 de la loi de finances pour 2016, **l'article 48 de la loi du 20 juin 2016**³ permet la révision des pensions pour les assurés en faisant la demande **après l'entrée en vigueur de cette loi**, soit pour les demandes déposées postérieurement **au 21 juin 2016**.

Le II de l'article 34 propose de modifier cet article, par cohérence, de façon à ce que la rétroactivité de la mesure pour l'ensemble des assurés puisse entrer en vigueur à la même date, **soit à partir du 1^{er} janvier 2016**.

¹ Conseil d'État, 16 mai 2012.

² Décret n° 2013-992 du 6 novembre 2013 portant modification de l'article R. 6 du code des pensions de retraite des marins.

³ Loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel déposé par la rapporteure de la branche vieillesse.

III - La position de la commission

Si cet article **répare une iniquité** entre les fonctionnaires civils et militaires, d'une part, et les assurés relevant des régimes spéciaux de retraite, d'autre part, **il maintient toutefois les assurés des régimes du secteur privé** qui ont également pris part à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie ou au Maroc en dehors de cet avantage vieillesse particulier.

Cette disposition technique souligne encore les différences qui demeurent entre les régimes de retraite du secteur public et ceux du privé.

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

Article 34 bis (nouveau)

(art. L. 341-17 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Bénéfice pour les salariés sans activité professionnelle
d'une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de la retraite**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à autoriser les assurés du régime général titulaires d'une pension d'invalidité, et qui sont momentanément sans activité professionnelle à l'âge légal de départ à la retraite, de continuer à bénéficier de leur pension d'invalidité pendant un délai supplémentaire afin de leur permettre la poursuite de démarches de retour à l'emploi.

I - Le dispositif proposé

Depuis 2010, les assurés du régime général, titulaires d'une pension d'invalidité qui souhaitent poursuivre leur activité professionnelle au-delà de l'âge légal de départ à la retraite, peuvent retarder la liquidation de leur pension de retraite et continuer de bénéficier de leur pension d'invalidité¹.

Cette règle, fixée à l'article L. 341-16 du code de la sécurité sociale, déroge avec le principe de l'article L. 341-15 selon lequel la pension d'invalidité cesse d'être versée dès que son titulaire atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite.

¹ Voir le commentaire de l'article 33 bis qui étend le bénéfice de cette dérogation aux assurés du régime social des indépendants.

Concernant les **assurés en activité** au moment d'atteindre l'âge légal, elle ne peut donc **pas s'appliquer à l'assuré qui connaîtrait**, à cette date, une **situation temporaire de chômage** mais qui **souhaiterait poursuivre ses activités de recherche d'emploi**.

Les personnes en situation d'invalidité ayant souvent eu des carrières accidentées, peuvent trouver un intérêt à poursuivre leur activité après l'âge légal de départ à la retraite de façon à continuer, d'une part, à cumuler leurs revenus professionnels avec leur pension d'invalidité et, d'autre part, à constituer des droits supplémentaires d'assurance vieillesse.

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale à la suite de l'adoption d'un amendement du Gouvernement, **prévoit une mesure adaptée** permettant aux **assurés**, en situation de chômage depuis une courte durée, lorsqu'ils atteignent l'âge minimum légal de départ à la retraite, de **continuer à bénéficier de leur pension d'invalidité au-delà de cet âge pendant un délai supplémentaire pour qu'ils puissent poursuivre leur recherche d'emploi**.

Il crée ainsi **un nouvel article L. 341-17 dans le code de la sécurité sociale** qui permet à un assuré percevant à la fois une pension d'invalidité et des indemnités chômage, à la date à laquelle il atteint l'âge minimum de départ à la retraite, **de bénéficier de la dérogation prévue à l'article L. 341-16**.

Cet article précise qu'un décret devra être pris pour fixer :

- **l'âge minimum** auquel l'assuré devra **encore avoir été en activité** pour pouvoir bénéficier du délai supplémentaire de perception de sa pension d'invalidité au moment où il atteindra l'âge minimum légal de départ à la retraite ;

- **l'âge maximum** (borne supérieure du délai supplémentaire) avant lequel **l'assuré devra avoir retrouvé un travail** pour pouvoir continuer à percevoir sa pension d'invalidité sans qu'elle soit substituée automatiquement à une pension de vieillesse.

Si l'assuré retrouve un travail entre l'âge minimum légal de départ à la retraite et cette borne d'âge, il pourra alors continuer à bénéficier du mécanisme dérogatoire prévu à l'article L. 341-16.

II - La position de la commission

S'inscrivant dans la logique de l'article 33 *bis* du présent projet de loi, cet article favorise le maintien dans l'emploi des personnes seniors invalides. Ces dernières, en raison de leur invalidité, ont pu connaître des carrières accidentées qui nécessitent de pouvoir travailler au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite pour constituer des droits supplémentaires d'assurance vieillesse.

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

Article 34 ter (nouveau)
(art. 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014
garantissant l'avenir et la justice du système de retraites)
Report de l'entrée en vigueur
de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à reporter l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2017.

I - Le dispositif proposé

La liquidation unique des régimes alignés (LURA) allège la demande de liquidation des assurés relevant de plusieurs de ces régimes¹. **Elle permet en effet le calcul de la pension, comme si ce dernier relevait d'un seul régime.**

L'article L. 173-2-1, créé par l'article 43 de la loi du 20 janvier 2014, instaure ainsi le principe que lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement, alternativement ou simultanément, de l'un des trois régimes alignés et demande à liquider l'un de ses droits à pension de vieillesse auprès d'un des régimes concernés, il est réputé avoir demandé à liquider l'ensemble de ses pensions de droit direct auprès desdits régimes.

Le II de l'article 43 de ladite loi prévoit **une entrée en vigueur de ce dispositif au plus tard au 1^{er} janvier 2017.**

La mise en œuvre de la LURA nécessite de franchir un certain nombre d'obstacles techniques qui ont conduit les régimes à convenir qu'ils ne seraient pas prêts pour le 1^{er} janvier 2017.

Le présent article reporte donc cette **entrée en vigueur de six mois en la fixant au 1^{er} juillet 2017.**

II - La position de la commission

Votre rapporteur est pleinement convaincu de l'apport majeur que constitue la LURA dans la simplification du service à l'assuré et vers une plus grande justice du système des retraites.

¹ Soit le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales. L'article 33 du présent projet fusionne juridiquement les régimes des artisans et commerçants au sein d'un régime unique de retraite des travailleurs indépendants.

Pour qu'il puisse pleinement satisfaire les assurés, ce dispositif doit entrer en vigueur uniquement au moment où il sera parfaitement opérationnel. Lors de ses auditions, votre rapporteur a pu entendre les difficultés soulevées par la mise en œuvre de la LURA qui nécessite des adaptations lourdes pour les régimes.

La date du 1^{er} juillet semble encore, pour certains régimes, trop ambitieuse.

Afin de **conserver la pleine autorité de la loi** et sans pour autant que cela n'implique **un moindre empressement à tout mettre en œuvre pour que la LURA soit le plus rapidement possible opérationnelle**, votre commission a adopté un **amendement n° 88** visant à reporter au 1^{er} octobre la date d'entrée en vigueur de ce dispositif.

Sur le fond, **ce nouveau décalage ne change rien puisque la date effective de l'entrée en vigueur de la LURA devra être fixée par décret.** Si les régimes sont prêts avant la date du 1^{er} octobre, une date antérieure pourra être définie.

L'essentiel, aux yeux de votre rapporteur, est que la date qui sera fixée dans la loi soit pleinement respectée et que le législateur n'ait pas à rediscuter dans l'urgence d'un nouveau report de l'entrée en vigueur de la LURA. Un dispositif aussi structurant pour l'inter-régime nécessite de prendre le temps nécessaire.

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

Article 34 quater (nouveau)

Dématérialisation des certificats d'existence

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la mise en place d'une procédure dématérialisée, à destination des Français ne résidant pas sur le territoire national, pour l'envoi des certificats de vie aux caisses de retraite à compter du 1^{er} janvier 2018.

I - Le dispositif proposé

Adopté en séance publique à l'Assemblée nationale à l'initiative de plusieurs députés membres du groupe socialiste, écologiste et républicain, cet article prévoit que les Français qui ne résident pas en France peuvent envoyer aux caisses de retraite leurs certificats d'existence par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

Un sous-amendement à l'amendement portant article additionnel a été adopté, à l'initiative du Gouvernement, pour fixer l'entrée en vigueur de cette disposition au 1^{er} janvier 2018, afin de laisser le temps aux régimes de proposer sur leur site interne la possibilité de déposer ces certificats.

II - La position de la commission

Votre commission partage le **souci de simplifier au maximum les démarches administratives des assurés**, y compris pour ceux vivant à l'étranger. Elle avait d'ailleurs donné un avis favorable à un amendement identique sur le fond, déposé par plusieurs sénateurs représentant les Français établis hors de France, lors de la discussion du PLFSS pour 2015.

Elle a adopté un **amendement n° 89** visant à insérer cette mesure dans le code de la sécurité sociale.

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

Article 35

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2017.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les **objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2017**, en conformité avec les tableaux d'équilibre figurant **aux articles 22 et 23**.

Ces dépenses comprennent :

- les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs, âgés de plus de soixante ans ou des bénéficiaires de droits dérivés ;

- les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;

- les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;

- les transferts entre régimes de protection sociale ;

- et les frais financiers et autres dépenses.

Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale sont fixés, pour 2017, à **230,6 milliards d'euros**, soit une **progression de 1,5 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses en 2016 figurant à l'article 4 de ce projet de loi (227,1 milliards d'euros).

En 2017, sur ces 230,6 milliards d'euros de dépenses, le **montant des prestations de retraite**, servies par les régimes de base, devraient s'élever à **226,4 milliards d'euros** contre 222,8 milliards d'euros en 2016, soit une progression de 1,6 %, d'après les chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2016.

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à **125 milliards d'euros**, soit une **progression de 1,7 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses pour 2016 (122,9 milliards d'euros).

Comme en 2016, les dépenses de la branche vieillesse continueront en 2017 de progresser à un rythme peu dynamique.

La **réforme des retraites de 2010** continuera en effet de **jouer à plein en 2017** en ralentissant le nombre de départs à la retraite : d'une part, le relèvement de l'âge légal se traduirait ainsi par un creux des départs entre septembre 2016 et janvier 2017, ce qui réduirait d'autant le nombre de nouveaux mois en paiement en 2017 et, d'autre part, le relèvement de l'âge d'annulation de la décote favoriserait le ralentissement de la population moyenne de bénéficiaires en paiement. **Cette réforme permet encore en 2017 une économie estimée à 5,9 milliards d'euros pour le seul régime général¹, soit un montant équivalent à 2016.**

La maîtrise des dépenses de prestations est également liée à la **faible revalorisation des retraites** qui devrait intervenir en 2017. Cette dernière, indexée sur l'inflation², pourrait s'établir à 0,6 % et n'interviendrait qu'au 1^{er} octobre, ce qui se traduirait par un effet équivalent à seulement 0,075 % sur les masses de pensions versées en 2017 par rapport à 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

¹ Qui ne représente que 55 % des dépenses des régimes de base de retraite.

² Selon un mécanisme réformé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

III - La position de la commission

Votre commission prend acte de la **prévision d'un excédent de 1,6 milliard d'euros des régimes de base en 2017.**

En effet, **le Gouvernement bénéficie actuellement d'un contexte rare**, se caractérisant pas un plus fort dynamisme des recettes que des dépenses, **dont il n'est que très partiellement responsable.**

Les **seules mesures prises pour améliorer l'équilibre financier** des régimes de base **depuis 2012** ont consisté à **augmenter les recettes** principalement par des **hausses successives du taux de cotisation vieillesse sur les salaires.** Ce **dernier atteindra, en 2017, le record de 17,75 %** pour la seule assurance vieillesse.

A l'inverse, alors qu'il bénéficie encore pleinement de la réforme des retraites de 2010, le **Gouvernement n'aura pris que des décisions conduisant à augmenter les dépenses de prestations.** L'**élargissement déraisonnable du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue** prévu par le décret du 2 juillet 2012 gonfle le flux annuel de départs à la retraite (près de 300 000 personnes en bénéficieront en 2017) et représente un coût exponentiel : 2,4 milliards d'euros en 2015, 2,7 milliards d'euros en 2016 et 3,2 milliards d'euros en 2017. A cette mesure, s'ajoutent les **élargissements successifs des trimestres réputés validés**, décidés par la réforme des retraites de 2014.

De plus, **cet excédent ne suffit toujours pas à combler le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui demeurera, en 2017, au niveau très élevé de 3,8 milliards d'euros.** Ce déficit est d'autant moins acceptable que ce projet de loi prévoit le transfert d'un milliard d'euros de charges du FSV vers les régimes de base au titre du financement du minimum contributif.

Comme l'année dernière, votre commission vous demande donc d'adopter un amendement n° 90 de suppression cet article pour s'opposer à l'absence de mesures structurelles prises par le Gouvernement depuis 2012 au niveau des dépenses des régimes de base.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 36

Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata, à la branche maladie du régime général et à la branche retraite du régime général

Objet : Cet article fixe les montants des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP et à la branche retraite du régime général au titre du dispositif de départ en retraite anticipée en cas d'incapacité permanente d'origine professionnelle.

I - Le dispositif proposé

La branche AT-MP du régime général prend à sa charge **quatre dépenses de transfert** dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit, d'une part, des participations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), d'autre part, du versement à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP et à la branche retraite du régime général au titre des départs anticipés en cas d'incapacité permanente d'origine professionnelle.

- Les dotations au Fiva et au Fcaata (I et II)

Les paragraphes I et II du présent article fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante :

- le I fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fiva à **400 millions d'euros pour 2017, un montant en baisse de 7,4 % par rapport à 2016 où il s'élevait à 432 millions ;**

- le **II** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au **Fcaata à 626 millions d'euros en 2017, un montant en hausse de 4,3 % par rapport à 2016 où il s'établissait à 600 millions.**

Le total de ces deux dotations représente ainsi un montant de 1,026 milliard, après 1,032 milliard d'euros en 2016.

- Le versement à la branche maladie du régime général (III)

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

En application de l'article L. 176-2 du même code, la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût de la sous-déclaration des AT-MP a rendu son dernier rapport en juin 2014. Elle y propose une **estimation située dans une fourchette comprise entre 695 millions et 1,3 milliard d'euros**. Sur ce fondement, le montant arrêté par le Gouvernement pour 2015 comme pour 2016 a été fixé à 1 milliard d'euros, soit une **hausse de près de 26,6 %** par rapport aux trois exercices antérieurs.

Entre 2012 et 2014, le versement s'est en effet élevé à 790 millions d'euros, un niveau arrêté sur la base d'une évaluation de la sous-déclaration comprise dans une fourchette allant de 587 millions à 1,1 milliard d'euros (estimation de la commission instituée par l'article L. 176-2 du CSS dans son rapport de juin 2011).

Le **paragraphe III** du présent article maintient à **1 milliard d'euros** le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général pour 2017.

- Le versement à la branche retraite du régime général (IV)

Depuis le 1^{er} juillet 2011, les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « *ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle* » peuvent bénéficier d'un départ en retraite anticipée à 60 ans en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹.

¹ Article 79 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ; article L. 351-1-4 du code de la santé publique.

L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche AT-MP finance chaque année les dépenses supplémentaires générées par ce dispositif. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, aucune contribution n'a été versée pour les exercices 2013 à 2016 en raison de ressources jugées suffisantes de la Cnav et de départs anticipés moins nombreux que prévus. Pour 2016, le nombre de départs en retraite anticipée est estimé 3 000 bénéficiaires et un besoin de financement de 44,7 millions d'euros est finalement apparu. L'étude d'impact indique qu'une dotation rectificative de 44,7 millions d'euros est ainsi nécessaire pour l'année en cours. Ce besoin de financement se prolongerait en 2017, avec un coût total du dispositif évalué à 59,8 millions d'euros.

Le paragraphe IV prévoit donc un versement de **59,8 millions d'euros** de la branche AT-MP à la branche retraite du régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Le montant total des dépenses de transfert de la branche AT-MP du régime général s'élèvera l'année prochaine à plus 2,09 milliards d'euros, un niveau considérable, qui représente près d'un cinquième de l'ensemble des dépenses prévisionnelles pour 2017.

Depuis plusieurs années, votre commission s'interroge en particulier sur l'avenir du versement de la branche au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Cette participation, entièrement supportée par la part mutualisée des cotisations employeurs, atteint depuis 2015 un niveau sans précédent, tandis que la commission chargée d'évaluer l'ampleur de la sous-déclaration se réunira à nouveau l'année prochaine avant le 1^{er} juillet pour actualiser ses travaux. Or les limites méthodologiques rencontrées dans cet exercice suscitent des interrogations légitimes sur l'adéquation de la contribution fixée en loi de financement de la sécurité sociale avec l'ampleur du phénomène. Sans nier la réalité de celui-ci, votre commission s'interroge par ailleurs sur les réels efforts engagés pour limiter son développement.

En ce qui concerne le Fiva, votre commission tient à souligner les efforts considérables mis en œuvre au cours des derniers exercices pour être en capacité d'indemniser les victimes de l'amiante dans des conditions à la fois rapides et fiables. Les perspectives financières du fonds ne remettent pas en cause cet objectif. Cependant, votre commission ne peut que regretter à nouveau le désengagement dont continue de faire preuve l'État dans le financement du Fiva. Entre sa création et 2016, celui-ci a été doté d'environ 5,2 milliards d'euros, dont plus de 4,7 milliards en provenance de la branche AT-MP.

Pour 2017, le projet de loi de finances prévoit une dotation de l'État de 7,4 millions d'euros, en baisse d'environ 40 % par rapport à 2016. Ce montant ne correspond qu'à environ un sixième du montant des participations assurées par l'État avant 2013 (47 millions d'euros en 2012). Ainsi que votre commission l'a déjà souligné à plusieurs reprises, la mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir une participation de l'État à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, au regard tant des missions régaliennes de l'État que de son rôle assumé en tant qu'employeur.

La situation du Fcaata n'appelle, quant à elle, pas de remarques particulières. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, une dotation de la branche AT-MP de 626 millions d'euros en 2017 permettrait de maintenir à l'équilibre le solde net cumulé. L'amélioration tendancielle de la situation du fonds au cours des derniers exercices a été rendue possible par la baisse tendancielle des dépenses du Fcaata liée à la réduction constante des effectifs d'allocataires.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 37

Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2017 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP à :

- **13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 0,7 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2016** (fixé à 13,4 milliards d'euros à l'article 4 du projet de loi) et en hausse de 1,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2015 (fixées à 13,3 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi) ;

- **12,1 milliards d'euros pour le seul régime général, en progression de 0,8 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2016** (fixé à 12 milliards d'euros par à l'article 4 du projet de loi) et en hausse de 1,7 % par rapport aux dépenses constatées en 2014 (fixées à 11,9 milliards d'euros à l'article 1^{er} du projet de loi).

Compte tenu des prévisions de recettes inscrites aux articles 22 et 23 du projet de loi, l'excédent de la branche AT-MP atteindrait l'année prochaine 0,7 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et un niveau semblable pour le régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les mesures d'économies intégrées à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2017 devraient diminuer le montant des dépenses de la branche AT-MP de 51 millions d'euros. Des économies de gestion sont par ailleurs prévues à hauteur de 20 millions d'euros, ce qui conduirait à un gain total de 71 millions d'euros en dépenses. Les mesures sur les produits (lutte contre la fraude, plafonnement des niches, compensation des exonérations, suppression des droits tabacs du Fcaata) conduiraient quant à elles à une perte en produits de 13 millions d'euros.

De plus, un nouveau transfert de cotisations de 0,05 point de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général, prévu à l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, amputera pour la deuxième année consécutive l'excédent de la branche AT-MP de 250 millions d'euros en 2017. La mise en place de ce nouveau transfert était justifiée, à la même annexe, par l'objectif « *d'accélérer l'amélioration du solde de la branche maladie* », par « *l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficience du système de soins, essentiellement financé par la branche maladie* ». Comme elle l'avait souligné l'année dernière, au regard de la vocation assurantielle de la branche AT-MP, votre commission ne peut se satisfaire d'une telle opération comptable, ni des raisons avancées pour en justifier la mise en place. La hausse continue de la part mutualisée des dépenses, en particulier des dépenses de transfert, financées dans leur quasi-intégralité par les cotisations employeurs, est de nature à contrarier les efforts réalisés pour renforcer la logique de prévention. Celle-ci doit demeurer au centre des objectifs poursuivis par la branche, comme cela est réaffirmé dans le troisième plan santé au travail qui couvrira la période 2015-2019.

Compte tenu de ces considérations, votre commission a adopté, à l'initiative du rapporteur pour la branche AT-MP, un **amendement n° 91** de suppression du présent article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

**Consolider les droits sociaux,
promouvoir la santé publique**

Article 38

(articles L. 169-2-1 [nouveau], L. 169-3 à L. 169-5, L. 169-8, L. 169-10 et L. 169-11 du code de la sécurité sociale ; art. L. 3131-9-1 [nouveau] du code de la santé publique ; art. 21-6, 21-7, 21-9 et 21-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales)

Prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme

Objet : Cet article propose plusieurs modifications du régime de prise en charge dérogatoire des soins pour les victimes d'actes de terrorisme, dans le but d'améliorer le périmètre et la durée de leur couverture par l'assurance maladie, d'assurer la mise en cohérence avec les autres dispositifs d'indemnisation, et d'instituer un système de recueil de données permettant le suivi du parcours de soins des personnes concernées.

I - Le dispositif proposé

L'objectif de la mesure : améliorer le mécanisme de prise en charge des victimes tel que défini par la LFSS pour 2016

- Le présent article s'inscrit dans la **continuité des mesures prises dans le cadre de l'article 63 de la LFSS pour 2016¹**, qui avait pour objet de réformer le mode de prise en charge des victimes d'actes terroristes dans le cadre des régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

À partir du constat que les prises en charge reposant sur le fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI), d'une part, et sur les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), d'autre part, étaient très peu lisibles et trop peu favorables pour les bénéficiaires, la mesure prise l'an passé consistait à créer **un régime exceptionnel unique, aisément accessible, et garantissant une prise en charge à 100 % des frais de santé engagés par les victimes et les familles des victimes d'actes de terrorisme.**

En application des articles L. 169-1 et suivants du code de la sécurité sociale, cette prise en charge dérogatoire permet d'assurer une prise en charge à 100 % et en tiers payant de l'ensemble des actes et prestations rendus nécessaires par un acte de terrorisme, pour une durée d'un an à compter de la survenance de cet événement. Afin de simplifier les démarches des victimes, un rôle de coordination des régimes obligatoires a par ailleurs été confié, pour la prise en charge des personnes concernées, à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), qui doit ainsi jouer le rôle de guichet unique.

Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, **cette première réforme a cependant montré ses limites à la suite des nouveaux attentats survenus depuis le 13 novembre 2015, et plusieurs aménagements apparaissent nécessaires.** Des problèmes ont ainsi été relevés s'agissant de la prise en charge des dépassements d'honoraires ainsi que des dispositifs médicaux ou appareillages dont le coût excède les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie. Il est par ailleurs apparu que la durée de la prise en charge intégrale et exceptionnelle, limitée à douze mois, pouvait se révéler insuffisante dans le cas de certaines blessures d'une particulière gravité. Enfin, la coordination de ce régime de prise en charge avec les possibilités d'indemnisation ouvertes dans le cadre du FGTI ainsi que la concession éventuelle d'une pension d'invalidité doit être précisée.

• Il est dès lors proposé, au travers du présent texte, d'apporter **quatre séries d'améliorations au dispositif existant :**

- une extension du périmètre de prise en charge des frais de santé, afin de couvrir l'ensemble des soins, actes et dispositifs nécessaires aux victimes ;

- une modulation de la durée de cette prise en charge dérogatoire dans le cadre plus général d'une mise en cohérence entre la couverture intégrale et dérogatoire par l'assurance maladie, la prise en charge assurée dans le cadre du FGTI, et l'ouverture d'une éventuelle pension d'invalidité ;

- une clarification des modalités de financement de la prise en charge intégrale des frais de santé entre les différents acteurs impliqués ;

- la mise en place d'un système de recueil d'informations fiable et sécurisé sur les victimes d'actes de terrorisme, qui doit permettre de mieux les suivre tout au long de leur parcours de soins et d'indemnisation.

Une extension du périmètre financier de prise en charge des soins par l'assurance maladie et du champ d'application du tiers payant

Plusieurs dispositions viennent en premier lieu compléter celles introduites l'an dernier au chapitre IX du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, afin d'assurer **une prise en charge immédiate et intégrale de l'ensemble des frais de santé résultant directement de l'acte de terrorisme**. Il s'agit ainsi de garantir un accès effectif aux soins pour les victimes, y compris dans les cas où le coût des soins considérés excède le montant du remboursement par la sécurité sociale.

- Le **1^o du paragraphe I** crée ainsi un nouvel article L. 169-2-1 du code de la sécurité sociale prévoyant la **prise en charge des dépassements d'honoraires pour l'ensemble des soins relevant de la liste des actes et prestations (LAP)** prévue par l'article L. 162-1-7 du même code, avec pour condition que ces soins doivent résulter directement de l'acte de terrorisme.

Le **4^o** instaure également une prise en charge des dépassements d'honoraires par la sécurité sociale s'agissant des **consultations de suivi psychiatrique** prévues par l'article L. 169-5.

Le **2^o** modifie la rédaction de l'article L. 169-3 dans le but de permettre la **prise en charge des dispositifs médicaux** inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) mentionnée à l'article L. 165-1 à la hauteur des frais réellement exposés par les victimes, **c'est-à-dire y compris dans les cas où leur coût excéderait les tarifs de responsabilité fixés par l'assurance maladie**.

Le **A du paragraphe VI** prévoit que ces nouvelles modalités de prise en charge des soins relevant de la LAP ou de la LPPR s'appliquent non seulement pour l'avenir, mais également **de manière rétroactive** pour les soins intervenus postérieurement au 14 juillet 2016 - c'est-à-dire postérieurement aux attentats de Nice.

- Les modifications introduites par le **5^o** étendent le mécanisme du **tiers payant** prévu par l'article L. 169-8 aux dépassements d'honoraires dans le cadre de la LAP ainsi qu'aux coûts excédentaires aux tarifs de responsabilité prévus pour la LPPR.

En application du **B du paragraphe VI**, l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions est prévue pour le 1^{er} juillet 2017. Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, cette mise en application différée s'explique par les délais nécessaires à la mise en œuvre des développements informatiques corollaires.

La mise en place d'une articulation dans le temps entre la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie, l'indemnisation par le FGTI et la concession éventuelle d'une pension d'invalidité

Dans sa rédaction résultant de la LFSS pour 2016, l'article L. 169-4 du code de la sécurité sociale prévoit la limitation de la durée de prise en charge des soins pour les victimes des actes de terrorisme à un délai de douze mois à compter de ces événements.

Le 3° du paragraphe I propose **une nouvelle rédaction globale de cet article** visant à mieux articuler la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie avec l'acceptation d'une indemnisation du FGTI ou l'obtention d'une pension militaire d'invalidité.

- La mention d'un délai maximal de douze mois est ainsi supprimée, au profit d'une référence à **deux modalités distinctes de cessation de la prise en charge dérogatoire des frais de santé** par l'assurance maladie.

Dans le cas où une demande d'indemnisation a été formée auprès du FGTI, dans le cadre et les conditions prévus par les articles L. 422-1 et L. 422-2 du code des assurances, cette prise en charge dérogatoire prendra fin à l'issue d'un délai de deux mois suivant la notification de la décision de ce fonds. Selon l'étude d'impact, la majorité des victimes devraient se trouver dans ce cas de figure.

Dans les cas, qui devraient être exceptionnels, où aucune procédure d'indemnisation n'a été engagée devant le FGTI, la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie s'interrompra au terme d'une durée de trois ans.

- Cette nouvelle rédaction envisage également le **cas de figure dans lequel une victime aurait formé une demande de pension d'invalidité telle que prévue par l'article L.111-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, qui serait toujours susceptible de lui être attribuée à la date où lui est présentée l'offre d'indemnisation par le FGTI.**

Dans ce cas particulier, l'armature majeure du régime dérogatoire de prise en charge par l'assurance maladie continue d'être applicable jusqu'à la date de notification de la décision relative à la concession de cette pension. Dans le cas où la victime obtiendrait le bénéfice d'une pension d'invalidité, elle sera alors rattachée au dispositif de gratuité des soins géré par la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

- Afin d'assurer la bonne application dans le temps de ces divers dispositifs de couverture successive des victimes, la nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 169-4 prévoit enfin **une série d'obligations de notifications à la Cnam incombant au FGTI et au ministère de la défense.**

Une clarification du rôle respectif et des obligations incombant aux différents financeurs de la prise en charge dérogatoire des soins

• Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale prévoit que **le financement de l'ensemble des dépenses engendrées par la prise en charge intégrale des frais de santé engagés par les victimes d'actes de terrorisme est assurée par l'Etat.**

Si ce principe est conservé pour la prise en charge des frais de santé hors dépassements d'honoraires ou des tarifs de responsabilité, le **6° du paragraphe I** ajoute deux paragraphes II et III à cet article pour **régler la question du financement dans les cas où les dépenses excéderaient les plafonds habituels de prise en charge par l'assurance maladie.**

- Après un *a)* procédant à une coordination, le *b)* règle tout d'abord la situation des victimes auxquelles a été présentée une offre d'indemnisation par le FGTI.

Il est en premier lieu prévu que le financement des dépassements d'honoraires sur la LAP visés par le nouvel article L. 169-2-1 relève dans ce cas du FGTI.

S'agissant des dispositifs relevant de la LPPR pour lesquels, en application de l'article L. 169-3, la prise en charge est opérée au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, plusieurs cas de figure sont distingués. Dans le cas le plus courant, c'est cet organisme qui prend en charge la différence entre la dépense effectivement exposée et le tarif de responsabilité, jusqu'à la date de présentation de l'offre d'indemnisation. Lorsque la personne concernée est susceptible d'obtenir une pension militaire d'invalidité, la prise en charge est en revanche assurée par l'État, en préfiguration du bénéfice du régime de la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Dans les cas où le financement est assuré par le FGTI, le **paragraphe II** prévoit que les frais engagés sont remboursés à l'assurance maladie par ce fonds, par une modification de coordination effectuée à l'article L. 422-2 du code des assurances.

- S'agissant ensuite des victimes pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du FGTI à l'issue d'un délai de trois ans après l'acte de terrorisme ou auxquelles le bénéfice d'une telle indemnisation a été refusé, le financement des soins est également assuré par l'Etat.

En application du **C du paragraphe VI** du présent article, ces différentes clarifications seront applicables à compter du 1^{er} juillet 2017.

- **L'ensemble de ces modes de financement s'entendent déduction faite des sommes qui peuvent être versées dans le cadre d'autres dispositifs de prise en charge**, et notamment par la couverture maladie complémentaire. Ainsi que l'indique l'étude d'impact, la prise en charge de ces dépassements est en effet **subsidaire**. Le présent article prévoit l'intervention d'un décret pour la fixation des conditions dans lesquelles les sommes correspondantes pourront être récupérées par l'assurance maladie.

- Le 7° du paragraphe I **étend le rôle de coordination de la Cnam** entre les différents régimes d'assurance maladie pour la prise en charge dérogatoire des frais de santé aux différents cas de figure visés par cette nouvelle rédaction de l'article L. 169-10.

La mise en place d'un dispositif de recueil d'informations à caractère personnel sur les victimes d'actes de terrorisme

Selon les éléments figurant dans l'étude d'impact, la mise en œuvre efficace des dispositions prévues par le présent article nécessite une identification précise des personnes pouvant bénéficier de cette prise en charge dérogatoire. À cette fin, **un nouvel article L. 3131-9-1 est inséré dans le code de la santé publique** en vue de **créer un mécanisme de recueil des informations personnelles des victimes et de prévoir les modalités de leur transmission aux différentes autorités compétentes pour leur accompagnement**.

- La rédaction proposée précise tout d'abord le **champ d'application** de cette mesure.

Elle circonscrit, en premier lieu, le périmètre d'application d'un tel recueil de données à caractère personnel aux **situations sanitaires exceptionnelles** telles que définies par le déclenchement du dispositif « Orsan », mentionné par l'article L. 3131-11 du code de la santé publique.

Le dispositif est en outre borné aux seules « *données de santé à caractère personnel relatives aux victimes* ».

Enfin, la rédaction soumise à l'examen de notre commission, relativement floue, semble indiquer que **la transmission des données aux administrations centrales ne peut avoir pour objet que « la gestion de la crise et le suivi des victimes, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé »**.

- Des précisions sont ensuite apportées sur la **nature des organismes publics habilités à recueillir et à manier ces données sensibles**.

Il s'agit tout d'abord des **agences régionales de santé (ARS)**, qui reçoivent ici l'autorisation de demander ces éléments auprès des établissements de santé et des cellules d'urgence médico-psychologiques assurant la prise en charge et l'accueil des victimes.

Les données ainsi récoltées peuvent ensuite être transmises aux « *agents désignés au sein des ministères compétents* ». Selon les éléments figurant dans l'étude d'impact, il s'agit en particulier des agents composant la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV).

- Il est enfin prévu que **cette procédure de recueil et de transmission des données est encadrée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil)** – comme il est usuel dès lors que des données à caractère personnel sont en jeu.

Ce texte réglementaire doit en particulier régler deux aspects : d'une part, la nature des informations qui peuvent être transmises par les ARS aux administrations centrales ; d'autre part, les modalités de cette transmission, qui doit être opérée de manière à garantir le respect des règles de confidentialité.

L'application du dispositif à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon

Si, ainsi que le précise l'étude d'impact, les dispositions du présent article sont directement applicables en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, **des mesures spécifiques, portées par les paragraphes IV et V, sont en revanche nécessaires pour leur mise en œuvre à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.**

Il s'agit principalement de **mesures de coordination** avec les dispositions 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.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements** à cet article.

Les deux premiers, présentés par la rapporteure pour l'assurance maladie, procèdent à des modifications d'ordre rédactionnel.

Le troisième, adopté à l'initiative du Gouvernement, apporte des précisions techniques sur l'application du texte à Mayotte.

III - La position de la commission

Comme l'an passé, et dans le contexte renouvelé des événements tragiques auxquels notre pays a très récemment eu à faire face, votre commission approuve la poursuite de l'effort de mise en place d'un régime simplifié et renforcé de prise en charge des soins rendus nécessaires par les conséquences d'un acte terroriste.

Elle se félicite notamment des dispositions relatives à l'extension des dispositifs de couverture financière au-delà du délai d'un an initialement prévu, dont elle avait souligné, dans le cadre de l'examen de la LFSS pour 2016, qu'il apparaissait relativement court, et rendait nécessaire le déploiement de tous les moyens possibles pour assurer une prise en charge immédiate des personnes.

S'inquiétant toutefois du caractère imprécis des dispositions encadrant le recueil et la transmission des données de santé à caractère personnel relatives aux victimes, elle a adopté, à l'initiative de son rapporteur général, l'**amendement n° 130** visant, d'une part, à améliorer la rédaction globale du nouvel article L. 3131-9-1 du code de la santé publique, et, d'autre part, à mieux définir les objectifs et les modalités de la collecte et de la gestion de ces données.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 38 bis (nouveau)

(art. L. 861-2 du code de la sécurité sociale)

**Modalités de prise en compte du patrimoine
des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à renvoyer au pouvoir réglementaire les conditions d'appréciation du patrimoine et des revenus qui en sont tirés pour déterminer l'éligibilité à la protection complémentaire santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale. Il tend à compléter l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions d'éligibilité à la protection sociale complémentaire (couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)).

Son alinéa unique tend à prévoir que le décret en Conseil d'Etat, déjà prévu pour déterminer notamment les conditions d'appréciation des revenus non salariés des demandeurs, déterminera également les conditions d'appréciation de leur patrimoine et des revenus tirés de celui-ci.

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est « une meilleure description de ces modalités » pour « permettre de réduire la complexité de la demande et le nombre de pièces justificatives à fournir par le demandeur ». Ceci devrait faciliter les demandes de protection sociale complémentaire.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui devrait contribuer à faciliter les demandes de protection sociale complémentaire et, ainsi, limiter le non-recours aux dispositifs de CMU-C et d'ACS. Le dernier rapport du fonds CMU¹ décrit en effet la situation en ces termes : « *Plus des deux tiers des bénéficiaires potentiels de l'ACS et un tiers de ceux de la CMU-C n'y recourent pas. Au total, ce sont plus de 3 millions de personnes qui n'auraient pas fait valoir leurs droits au dispositif.* »

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39

(art. L. 160-17, L. 160-18 [nouveau], L. 161-15-2, L. 172-1 A, L. 172-1, L. 172-2 et L. 172-3 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle

Objet : *Cet article tend à permettre aux assurés en contrat court de demeurer dans leur organisme d'origine.*

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à faciliter la prise en charge des salariés en contrat court qui relèvent soit du régime général soit du régime des salariés agricoles.

Il tend à donner une base légale à la pratique actuelle des caisses consistant à conserver la gestion du dossier d'un assuré social même lorsqu'un changement d'activité professionnelle devrait entraîner un changement d'affiliation.

L'article se compose de deux parties.

Le I propose de modifier le livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Il se compose de quatre points.

Le 1^o introduit une dérogation au principe posé par l'article L. 160-17 de prise en charge des frais de santé par les caisses auxquelles les personnes sont affiliées. Cette dérogation est prévue à l'article L. 160-18 du code que le 2^o propose d'introduire.

¹ Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Rapport d'activité 2015.

Le 2° reprend le principe énoncé à l'article L. 161-15-2 actuel selon lequel la prise en charge des frais de santé d'une personne est assurée par sa caisse d'origine jusqu'à ce qu'un organisme nouvellement compétent se soit substitué à elle.

Il définit les conditions de cette substitution :

- soit à la demande du bénéficiaire ;

- soit, dans des conditions fixées par décret, si la durée de son contrat de travail dépasse une certaine durée (douze mois selon la fiche d'évaluation préalable), en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en cas d'affiliation à un régime spécial ou au régime étudiant ou de fin d'affiliation à un de ceux-ci ; enfin, dans le cas où la personne devient à titre exclusif non salariée agricole ou travailleur indépendant.

Si le rattachement entraîne une prise en charge des frais complémentaires d'une personne alors qu'elle devrait être affiliée à un autre régime, elle ne peut être appelée à rembourser que les forfaits et franchises.

Le 3° propose une nouvelle rédaction de l'article L. 161-15-2. Il pose le principe selon lequel l'organisme qui assure les prestations en espèces ne peut les interrompre jusqu'à ce qu'un organisme nouvellement compétent se soit substitué à lui.

Le 4° crée une nouvelle sous-section relative aux relations entre régimes en matière de maladie et maternité. Il procède à des coordinations et crée un nouvel article L. 172-1. Ce nouvel article prévoit que les assurés en contrat court voient leurs indemnités journalières versées par le régime auquel ils sont rattachés même si ce dernier n'est pas leur régime d'affiliation.

Le II prévoit l'entrée en vigueur du dispositif le 1^{er} janvier 2017, à l'exception des règles relatives aux relations entre régimes qui entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à l'initiative de la rapporteure un amendement de coordination à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui doit faciliter la prise en charge des nombreux salariés en contrats courts qui relèvent alternativement du régime général et du régime agricole.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 39 bis (nouveau)***Extension au régime agricole de diverses mesures
en matière d'assurance maladie et d'AT-MP
et généralisation du dispositif de majoration de pension
pour les non-salariés agricoles**

(art. L. 732-4, L. 732-54-1, L. 751-1, L. 752-5-1 et L. 752-5-2 [nouveaux]
du code rural et de la pêche maritime)

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend au régime agricole des dispositions applicables aux salariés du régime général ou aux indépendants en matière d'assurance maladie (accès au temps partiel thérapeutique) et de couverture du risque professionnel (accès à la formation professionnelle avec maintien des indemnités journalières ; couverture AT-MP pour les salariés agricoles bénéficiaires d'une mise en situation dans un établissement et service d'aide par le travail). Il généralise en outre le dispositif de majoration de pension pour les non-salariés agricoles.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement. Il prévoit l'extension au régime agricole de diverses dispositions applicables au régime général ou au régime social des indépendants (RSI) en matière d'assurance maladie et d'accidents du travail (AT-MP) :

- l'accès au temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles ;

- l'accès à la formation professionnelle assorti du maintien des indemnités journalières maladie et accidents du travail pour les non-salariés agricoles ;

- l'extension de la couverture AT-MP prévue pour les salariés agricoles aux bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Il étend également le dispositif de majoration de pension des retraites de base pour les non-salariés agricoles.

Pour ce faire, le **paragraphe I** du présent article modifie le livre VII du code rural et de la pêche maritime, qui rassemble les « *dispositions sociales* » de ce dernier. Le **paragraphe II** fixe les dates d'entrée en vigueur des dispositifs prévus au I.

• **L'extension aux non-salariés agricoles de l'accès au temps partiel thérapeutique (2° et 5° du I)**

Prévu à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale pour les salariés du régime général et du régime agricole, le temps partiel thérapeutique permet à un salarié, qui était en arrêt maladie, de reprendre son activité professionnelle de façon progressive si le médecin le juge utile ou nécessaire. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹, un salarié peut également bénéficier d'un temps partiel thérapeutique consécutivement à un accident du travail, une maladie professionnelle ou une affection de longue durée, même s'il n'a pas bénéficié d'un arrêt de travail au préalable. Le salarié bénéficie d'**indemnités journalières (IJ) pour le temps non travaillé**.

La LFSS pour 2016² a étendu ce dispositif aux travailleurs relevant du RSI. Ceux-ci y seront éligibles à compter du 1^{er} janvier 2017 (article L. 613-20 du code de la sécurité sociale).

Le 2° du I du présent article poursuit cet alignement en **instaurant, par renvoi à l'article L. 323-3 précité, un dispositif similaire de temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles**. Ceux-ci auront désormais la possibilité de reprendre leur activité à temps partiel pour motif thérapeutique tout en percevant des IJ au titre soit de la maladie, soit des AT-MP. Il est précisé que les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie (Cpam).

Pour mémoire, les non-salariés agricoles peuvent se voir servir des IJ maladie depuis 2014. Le financement de ce dispositif repose sur leurs seules cotisations forfaitaires³.

Le 5° du I crée un **article L. 752-5-1 nouveau** du code rural et de la pêche maritime afin de préciser le régime des IJ servies en cas de temps partiel thérapeutique. Cet article dispose notamment que l'IJ « est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin conseil de la caisse de mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ». Pendant la durée de la reprise, aucune majoration de l'IJ n'est possible. La définition de la durée de versement de l'IJ et de son montant est renvoyée à un décret.

¹ Article 45 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

² Article 66 de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³ L'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit la mise en place d'un dispositif d'indemnisation pour les non-salariés agricoles en cas d'interruption de leur activité pour maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée donnant lieu à la prescription médicale d'un arrêt de travail. Il est financé par une nouvelle cotisation forfaitaire "IJ AMEXA" à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. Son montant a été fixé par arrêté ministériel à 200 euros pour les années 2014 à 2016.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement au cours des débats à l'Assemblée nationale, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) évalue le coût de l'instauration du temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles, selon une hypothèse haute, à **2,7 millions d'euros pour les IJ au titre de la maladie** et à **1,4 million d'euros pour les IJ au titre des AT-MP** en 2018.

Le montant des IJ ainsi que les règles relatives à la leur durée de versement seront définis par voie réglementaire.

• La création d'un accès à la formation professionnelle assorti du maintien des indemnités journalières pour les non-salariés agricoles (1° et 6° du I)

Les articles L. 323-3-1 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale permettent aux salariés du régime général et du régime agricole d'accéder à des actions de formation professionnelle continue ou à des « actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe » lorsqu'ils sont en situation d'arrêt de travail tout en continuant à percevoir des indemnités journalières (IJ) au titre de la maladie ou des AT-MP. Cette possibilité est conditionnée à l'avis du médecin-conseil sur la compatibilité entre la durée de ces actions et celle prévisionnelle de l'arrêt de travail.

Le **1° du I** du présent article étend cette possibilité aux non-salariés agricoles par renvoi à l'article L. 323-3-3 précité. En cas d'arrêt de travail, ceux-ci auront ainsi la possibilité de suivre des actions de formation dans l'objectif de préparer un retour à l'emploi ou une reconversion professionnelle tout en gardant le bénéfice de leurs IJ au titre de la maladie et de l'invalidité (IJ « Amexa ») ou au titre de l'assurance obligatoire contre les AT-MP (IJ « Atexa »).

Le **6° du I** crée un **article L. 752-5-2 nouveau** du code rural et de la pêche maritime qui précise les règles applicables. Cet article dispose que le service de l'IJ « *ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue* » prévues par le code du travail ou à des actions « *d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré* ».

• L'extension de la couverture AT-MP du régime salarié agricole aux bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) agricoles (4° du I)

En vertu de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et certains organismes conventionnés avec celles-ci ont la possibilité de prévoir, pour les personnes en situation de handicap, des mises en situation professionnelle dans des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Si ces personnes ne bénéficient alors pas du statut de travailleur protégé de l'ESAT, elles sont couvertes en matière d'AT-MP selon les règles prévues au régime général pour l'ensemble des personnes bénéficiant d'une mise en situation.

Dans la mesure où les ESAT agricoles versent leurs cotisations au régime agricole, l'affiliation au régime général des personnes mises en situation est source d'incohérence et de complexité. Ces personnes ont vocation à occuper par la suite un emploi protégé au sein du même établissement agricole et donc à être affilié au régime agricole.

Le 5° du I du présent article permet aux personnes bénéficiant d'une mise en situation dans un ESAT agricole d'être affiliées au régime agricole en matière d'AT-MP tel qu'il est prévu à l'article 751-1 du code rural et de la pêche maritime.

• Majoration de pension des retraites de base des non-salariés agricoles (3° du I)

Les articles L. 732-54-1 à L. 732-54-4 du code rural et de la pêche maritime prévoient un dispositif de majoration des retraites de base servies par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées agricoles. Ce dispositif leur permet de bénéficier d'un montant minimum de pension, à la condition notamment de justifier d'une pension de retraite calculée au taux plein.

Depuis la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites², les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égale à 50 % bénéficient d'un dispositif de départ en retraite à taux plein dès l'âge légal.

Le 3° du I du présent article simplifie la rédaction du 3° de l'article L. 732-54-1 en supprimant les références aux articles L. 732-18-3, L. 732-23 et L. 732-25 qui fixent les conditions, notamment d'invalidité, permettant de liquider une pension de retraite à taux plein dans le régime des non salariés agricoles afin de pouvoir bénéficier de la majoration de pension prévue au même article L. 732-54-1. La nouvelle rédaction proposée prévoit uniquement la condition de justifier d'une pension à taux plein.

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

² Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Le paragraphe II du présent article prévoit que l'extension aux non-salariés agricoles du **dispositif de temps partiel thérapeutique (2° et 5° du I)** **entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.**

II - La position de la commission

Soucieuse de garantir un principe d'équité entre assurés sociaux, votre commission est favorable aux extensions proposées au présent article.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39 ter (nouveau)

(art. L. 111-2, L. 115-6, L. 134-4, L. 160-1, L. 160-5, L. 160-10, L. 161-15-4, L. 161-16-1, L. 161-36-5 [nouveau], L. 325-1, L. 376-1 et L. 381-8 du code de la sécurité sociale)

Protection universelle maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir des ajustements rédactionnels pour la mise en place de la PUMA.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale.

Il se compose de deux parties.

Le I modifie le code de la sécurité sociale. Il se divise en douze points.

Le 1° complète le deuxième article (L. 111-2) du code de la sécurité sociale pour préciser le champ d'application territorial du code.

Le 2° opère une coordination à l'article L. 115-6 relatif à l'affiliation des personnes de nationalité étrangère.

Le 3° opère une coordination à l'article L. 134-4 relatif aux relations financières entre régimes.

Le 4° complète l'article L. 160-1 qui fixe les conditions de prise en charge des frais de santé pour renvoyer à un décret en Conseil d'Etat les conditions de maintien des droits pour les personnes ne remplissant plus les conditions de stabilité de la résidence ou de régularité du séjour.

Le 5° supprime la nécessité d'une transmission d'information pour établir la résidence des personnes sans domicile stable.

Le 6° supprime à l'article L. 160-10 la possibilité pour un organisme de percevoir les remboursements par délégation de l'assuré.

Le 7° prévoit une simplification de procédure pour les affiliés à la caisse des Français de l'étranger.

Le 8° procède à une coordination.

Le 9° introduit un nouvel article L. 161-36-5 pour étendre à la caisse des Français de l'étranger les dispositions de la section du code relative aux systèmes d'information de l'assurance maladie et au tiers payant.

Le 10° procède à des modifications à l'article L. 325-1 relatif au régime local d'Alsace-Moselle pour prévoir que les bénéficiaires des avantages vieillesse peuvent être résidents dans un autre Etat de l'Union européenne.

Le 11° procède à des coordinations au sein de l'article L. 376-1 relatif aux recours des caisses contre les tiers.

Le 12° précise les conditions dans lesquelles les étudiants sont redevables ou exonérés de la cotisation forfaitaire.

Le II prévoit une entrée en vigueur rétroactive, à la rentrée universitaire 2016, d'une des conditions d'exonération des étudiants prévue au 12°

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article moyennant un **amendement n° 92** tendant à compléter les ajustements rédactionnels contenus à cet article.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 39 quater (nouveau)
(art. L. 161-8 du code de la sécurité sociale)
Pension d'invalidité des indépendants

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à étendre aux artisans et commerçants le bénéfice de l'extension de la couverture d'invalidité dont disposent les salariés.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement de la rapporteure pour l'assurance maladie co-signé par plusieurs députés. La ministre des affaires sociales et de la santé lui ayant apporté son soutien lors de son audition par la commission, il n'a pas été déclaré contraire à l'article 40 de la Constitution.

Il tend à compléter l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale relatif au maintien des droits de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès par les personnes ayant cessé de remplir les conditions d'affiliation à un régime.

Serait ainsi ouverte, dans les mêmes conditions que pour les salariés, la possibilité du maintien du droit à une pension d'invalidité ou de décès aux personnes ayant cessé de remplir les conditions d'affiliation au RSI depuis moins d'un an.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette mesure qui contribue à accorder les mêmes droits aux artisans et commerçants qu'aux salariés dans une optique d'alignement des régimes.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39 quinquies (nouveau)

Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional, de la vaccination antigrippale par les pharmaciens

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise l'Etat à expérimenter le financement, par le fonds d'intervention régional (Fir), de la vaccination des adultes par les pharmaciens contre la grippe saisonnière.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative de la commission des affaires sociales.

Dans l'objectif d'améliorer la couverture vaccinale, il ouvre la possibilité pour l'Etat d'expérimenter le financement, par le fonds d'intervention régional (Fir), de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière.

Prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le fonds d'intervention régional (Fir), dont la gestion est assurée par les agences régionales de santé (ARS), vise à financer des « actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant » notamment à « la promotion de la santé et la prévention des maladies ». Il est doté d'environ 3,3 milliards d'euros pour l'exercice 2016. Le montant total des crédits délégués à chaque (ARS) au titre du Fir est fixé chaque année par un arrêté.

L'expérimentation est limitée aux patients adultes. Elle a une durée maximale de trois ans.

La définition des conditions d'application de l'expérimentation est renvoyée à un décret. D'après les informations communiquées par le Gouvernement au cours des débats à l'Assemblée nationale, l'expérimentation sera possible « *dès lors que la première vaccination a été prescrite par un médecin* », c'est-à-dire pour une primo-vaccination, y compris sur présentation d'un bon de vaccination qui vaut prescription.

II - La position de la commission

Dans un contexte de défiance croissante envers les vaccins et le principe de la vaccination elle-même et compte tenu de la résurgence de certaines maladies infectieuses, votre commission est convaincue qu'il convient de faire évoluer la politique vaccinale pour mieux prendre en compte les besoins et les attentes de la population.

Après avoir progressé jusqu'en 2008-2009, la vaccination contre la grippe saisonnière n'a cessé de baisser et elle reste aujourd'hui très insuffisante, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2015, seule la moitié de cette population était vaccinée contre la grippe.

La possibilité pour les pharmaciens d'administrer directement eux-mêmes le vaccin, dans une logique de complémentarité avec les autres professionnels de santé habilités, est de nature à renforcer la sensibilisation des populations-cibles aux enjeux de la vaccination et à améliorer la couverture vaccinale de nos concitoyens.

A l'initiative du rapporteur général, votre commission a adopté **l'amendement n° 93** qui apporte plusieurs précisions et modifications rédactionnelles. Conformément à l'objectif poursuivi par l'expérimentation, qui est d'améliorer la couverture vaccinale des personnes adultes prioritaires dans le calendrier vaccinal, l'amendement précise en particulier la population ciblée, essentiellement les personnes adultes de 65 ans ou plus et celles qui souffrent de certaines pathologies particulièrement graves. De plus, cet amendement prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'expérimentation. Comme pour tout dispositif expérimental, votre commission juge en effet nécessaire de prévoir les conditions dans lesquelles une évaluation de l'expérimentation sera réalisée, afin d'envisager, si elle s'avère concluante, sa généralisation.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article 39 sexies (nouveau)***Expérimentation de la détention de vaccins contre la grippe saisonnière par les médecins généralistes**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité d'expérimenter la détention par le médecin généraliste de vaccins contre la grippe saisonnière pour les personnes identifiées à risque.*

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement avec un avis de sagesse de la commission qui n'avait pas été en mesure de l'examiner préalablement à sa discussion en séance publique en raison du délai tardif de son dépôt.

Il comporte trois paragraphes.

Le paragraphe I prévoit la possibilité, pour le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), d'autoriser l'expérimentation de la détention du vaccin contre la grippe saisonnière par le médecin généraliste afin que celui-ci puisse administrer directement ce vaccin aux « *personnes ciblées par les recommandations identifiées dans le calendrier vaccinal* ».

Il s'agit, pour l'essentiel, des personnes âgées de 65 ans ou plus, des recommandations particulières s'appliquant par ailleurs aux femmes enceintes, aux personnes atteintes de certaines pathologies, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, aux personnes obèses ainsi qu'à l'entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave (notamment les prématurés).

La durée de l'expérimentation est de trois ans.

Le paragraphe II précise que la mise en œuvre de l'expérimentation pourra déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale, relatives à la facturation, la tarification et le remboursement « *en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie* ».

Selon les explications fournies par le Gouvernement au cours des débats à l'Assemblée nationale, le dispositif permettra au médecin de « *déroger à la nomenclature pour facturer le vaccin qu'il aura préalablement acheté chez le pharmacien. Il ne s'agit donc pas d'instaurer un circuit parallèle d'achat des vaccins qui bénéficierait au médecin, en dehors du circuit pharmaceutique habituel* ».

Le paragraphe III renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'application de l'expérimentation. Celui-ci devra préciser, en particulier, les modalités selon lesquelles les professionnels des régions retenues pour participer à ce dispositif seront désignés ainsi que les règles relatives à la détention du vaccin et à sa traçabilité.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement devant l'Assemblée nationale, le contrôle des conditions de stockage sera possible « à tout moment » par « un pharmacien inspecteur des ARS ».

Le décret en Conseil d'Etat prévoira enfin les modalités d'évaluation et de financement du dispositif.

II - La position de la commission

Soucieuse d'améliorer la couverture vaccinale de la population, votre commission est favorable au dispositif proposé au présent article, sous réserve que les conditions de stockage des vaccins chez les professionnels de santé concernés puissent effectivement faire l'objet d'un suivi particulier par les ARS.

Elle s'interroge néanmoins sur les modalités de financement de l'expérimentation, dont la définition est renvoyée au pouvoir réglementaire, et regrette le peu d'informations portées à sa connaissance par le Gouvernement sur les modalités concrètes de mise en œuvre du dispositif proposé.

A l'initiative de votre rapporteur général, la commission a adopté **l'amendement n° 94** apportant des modifications d'ordre rédactionnel et de précision. Il convient en particulier de prévoir que le Gouvernement évaluera l'expérimentation dans le cadre d'un rapport transmis au Parlement.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 40

Expérimentation d'une prise en charge de consultations pour des jeunes en souffrance psychique âgés de 11 à 21 ans

Objet : *Cet article prévoit d'expérimenter la prise en charge par le fonds d'intervention régional (Fir) de consultations pour les jeunes âgés de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique.*

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet d'expérimenter le financement par l'assurance maladie de consultations permettant la prise en charge de jeunes chez lesquels des signes précoces de souffrance psychique ont été repérés.

Il comporte trois paragraphes.

Le **paragraphe I** prévoit la possibilité de mener des expérimentations dont l'objectif est « *d'améliorer la prise en charge et le suivi* » de jeunes en souffrance psychique âgés de 11 à 21 ans. Cette souffrance doit avoir été « *évaluée* » **par un médecin, quel qu'il soit** (médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre notamment), chargé ensuite d'orienter « *vers des consultations de psychothérapeutes, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille* ». Il est précisé que **la réalisation de ces consultations est réservée aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes** mentionné à l'article 52 de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique¹.

Le dispositif proposé prévoit que les psychothérapeutes perçoivent une rémunération forfaitaire pour la réalisation de ces consultations. Son financement sera assuré par les crédits du fonds d'intervention régional (Fir).

Les règles relatives à l'usage du titre de psychothérapeute

Les psychothérapeutes ne figurent pas, en tant que tels, parmi les professionnels de santé reconnus par le code de la santé publique. Leur statut est néanmoins encadré par l'article 52 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Cette disposition soumet l'usage du titre de psychothérapeute à l'inscription au registre national des psychothérapeutes tenu à jour par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et mis à la disposition du public.

Elle renvoie à un décret en Conseil d'État² le soin de définir les conditions de **formation théorique et pratique en psychopathologie clinique** que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre. Cette formation ne peut être dispensée que par des **établissements agréés** par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Son accès est réservé « *aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse* ».

Ce même décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue et les psychanalystes peuvent bénéficier d'une **dispense totale ou partielle** pour la formation en psychopathologie clinique.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé³ prévoit que toute pratique d'un professionnel usant ou non du titre de psychothérapeute peut faire l'objet d'une réclamation ou d'un signalement transmis au directeur général de l'ARS, qui peut lui-même alerter le procureur de la République s'il considère qu'une infraction pénale a pu être commise.

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute.

³ Article 125 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les expérimentations prévues au présent article sont possibles à compter du 1^{er} janvier 2017 pour une **durée maximale de quatre ans**. Elles se dérouleront sur des **territoires dont la liste est arrêtée par les ministres** chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** du présent article renvoie à un décret la définition des « *modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations* ».

Le **paragraphe III** prévoit la réalisation d'un rapport d'évaluation au terme de l'expérimentation. Ce rapport est transmis au Parlement par le Gouvernement.

L'étude d'impact annexée au projet de loi apporte plusieurs séries de précisions sur les modalités de mise en œuvre envisagées pour les expérimentations :

- Celles-ci seront menées dans **trois territoires** et pilotées par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les inspections académiques et **coordonnées par les maisons des adolescents**. Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les expérimentations se dérouleront, de préférence au niveau départemental dans les régions des Pays de la Loire, du Grand Est et de l'Ile-de-France.

- L'étude d'impact indique en outre que la mise en œuvre du dispositif proposé comprendra trois étapes successives :

▪ l'identification du jeune en souffrance par un membre de son environnement (famille, professionnels de l'éducation nationale ou de l'enseignement supérieur, éducateurs, travailleurs sociaux etc.) et son orientation vers un médecin ;

▪ l'évaluation de la situation du jeune par le médecin qui comprendra à la fois une « *évaluation psychosociale et un examen somatique* » et, si cela est jugé nécessaire, son orientation vers un psychologue clinicien ;

▪ la réalisation de consultations par le psychologue clinicien, dans la limite de 10 séances maximum pour le jeune et de 2 séances de soutien à la parentalité pour les titulaires de l'autorité parentale.

- Enfin, les expérimentations concerneraient 500 jeunes par territoire, soit **1 500 jeunes au total**.

Dans l'étude d'impact, le coût du dispositif est calculé non pas sur quatre ans, durée prévue par le projet de loi, mais sur trois ans. Il est estimé à **1,4 million d'euros**, dont 0,4 million pour la première année et 0,5 million pour chacune des deux années suivantes. Le financement sera assuré par les ARS au titre du Fir alimenté par une dotation annuelle de l'assurance maladie constituant le 5^e sous-objectif de l'Ondam. Selon les informations communiquées par le Gouvernement, le dispositif serait néanmoins bien **mis en œuvre sur une période de trois ans, son évaluation intervenant au cours de la quatrième année**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté **trois modifications** à l'article 40 du présent projet de loi.

- Elle a adopté trois amendements identiques présentés respectivement par notre collègue rapporteure Michèle Delaunay au nom de la commission des affaires sociales, par notre collègue député Bernard Accoyer et par notre collègue député Francis Vercamer et plusieurs de ses collègues du groupe Union des démocrates et indépendants (UDI) afin **d'étendre le périmètre de l'expérimentation aux jeunes dès 6 ans**. Cet élargissement permet ainsi d'inclure l'ensemble des enfants à partir de l'âge de la scolarisation obligatoire. Selon les indications fournies par le Gouvernement, cette modification a pour conséquence de **porter de 1 500 à 2 000 le nombre de jeunes concernés** par l'expérimentation.

- A l'initiative de la rapporteure Michèle Delaunay au nom de la commission, l'Assemblée nationale a en outre prévu que les consultations vers lesquelles les jeunes pourront être orientés seront menées **non par des psychothérapeutes mais vers des « psychologues libéraux »** tels qu'ils figurent *« sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social »*. Il s'agit des **psychologues ayant une activité clinique en ville dont le droit en vigueur ne permet pas aujourd'hui de rembourser les actes**.

- A l'initiative de notre collègue députée Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a enfin apporté des modifications d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission

De nombreux freins rendent particulièrement difficile le recours aux soins de santé mentale de première intention pour les jeunes en souffrance. Les dispositifs existants (en particulier les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques) s'avèrent fréquemment saturés, des obstacles financiers existent pour les prises en charge dans le secteur libéral et la coordination entre les différents acteurs (éducation nationale, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, maisons des adolescents, médecine de ville et hôpital) apparaît souvent insuffisante. Or, il importe d'identifier le plus en amont possible l'apparition d'un mal-être susceptible de causer des difficultés d'inclusion sociale, voire de déboucher sur une maladie somatique.

C'est la raison pour laquelle votre commission est favorable au dispositif expérimental prévu au présent article. Sa mise en œuvre permettra de disposer d'éléments d'appréciation nouveaux sur l'utilité d'un financement par l'assurance maladie des actes effectués par les psychologues cliniciens dans le cadre d'un parcours plus fluide permettant une prise en charge précoce. A cet égard, votre commission accueille favorablement les modifications apportées à l'Assemblée nationale en ce qui concerne tant l'élargissement de la tranche d'âge concernée que la précision relative aux professionnels qui réaliseront les consultations. L'usage du titre de psychothérapeute englobe en effet à la fois les psychiatres et les psychologues. Or, les actes des premiers sont déjà remboursés par l'assurance maladie et le dispositif n'a pas vocation à s'appliquer directement aux patients présentant des situations cliniques complexes ou sévères qui devront continuer à être orientés vers des consultations en psychiatrie.

Votre commission a adopté un **amendement rédactionnel n°95** présenté par le rapporteur général.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 41

(art. L. 3411-9 du code de la santé publique)

**Délivrance par les CAARUD de produits de santé
correspondant à leurs missions**

Objet : Cet article autorise, par dérogation, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) à délivrer directement aux usagers qu'ils accueillent des médicaments nécessaires à la mise en œuvre de leur mission de réduction des risques, en particulier les traitements de l'urgence respiratoire en cas de surdose d'opiacés.

I - Le dispositif proposé

Créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹ qui consacre la politique de réduction des risques, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médicaux-sociaux dont les dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie depuis 2006.

L'article L. 3411-9 du code de la santé publique prévoit que les usagers accueillis dans les CAARUD bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

¹ Article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique.

Les missions des CAARUD

En vertu de l'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique¹, les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- et le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Le nombre de CAARUD s'élève aujourd'hui à 145. Ils sont gérés soit par des structures associatives, soit par des établissements de santé dès lors que ceux-ci assurent également la gestion d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), les CAARUD « *reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins, spécialisé ou non en addictologie, connaissent en général des usages plus problématiques et moins "maîtrisés" que l'ensemble des consommateurs, et vivent souvent dans des situations sociales plus précaires* ». Plus d'un quart d'entre eux vivent sans abri ou en squat².

Les usagers accueillis dans les CAARUD pour usage de substances psychoactives se caractérisent par un risque de mortalité plus élevé que la population en général alors même que la file active des usagers tend à s'accroître. Selon l'exposé des motifs du présent article, en 2014, les CAARUD ont accueilli 75 000 personnes, soit 25 % de plus qu'en 2010. **Environ 70 % d'entre elles sont des consommateurs d'opiacés, qui courent un risque particulier de mort par surdose.** Malgré la généralisation des traitements de substitution aux opiacés depuis 1995, le nombre annuel de décès par surdose est toujours estimé à près 300.

¹ Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

² OFDT, « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 », Tendances n° 98, janvier 2015.

A son article 41, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹ précise que la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de substances psychoactives vise notamment à « *prévenir la mortalité par surdose liée à la consommation* » de ces substances et qu'elle comprend les actions visant à « *distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques* ». **Or en l'état du droit actuel, les CAARUD ne sont pas autorisés à délivrer les médicaments qui permettraient de mettre pleinement en œuvre cette mission de réduction des risques et des dommages.** Ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, si un traitement médicamenteux existe en cas d'intoxications par surdose d'opiacés avec dépression respiratoire, il ne peut être administré que sur prescription médicale en milieu hospitalier.

L'article L. 4211-1 du code de la santé publique réserve en effet aux pharmaciens d'officine la dispensation au détail de médicaments pour les patients non hospitalisés, sauf exception devant être prévue par la loi. En vertu de l'article L. 3411-5 du même code, les CSAPA sont ainsi déjà autorisés à délivrer des médicaments correspondant strictement à leurs missions, dans des conditions fixées par décret. De nombreuses autres exceptions existent dans la loi².

Le présent article **complète l'article L. 3411-9 du code de la santé publique en prévoyant une dérogation à l'article L. 4211-1 précité afin de permettre aux CAARUD de délivrer directement des médicaments « correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages ».** La liste des médicaments concernés serait définie par un arrêté du ministre chargé de la santé. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le dispositif vise principalement la naloxone. Un décret devra préciser les conditions dans lesquelles ces médicaments seront délivrés, leurs conditions de stockage au sein des CAARUD et de traçabilité ainsi que les modalités de formation des personnels des centres.

L'impact financier du dispositif est évalué à 250 000 euros en 2017 et 500 000 euros les années suivantes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Par exemple pour les services d'incendie et de secours (article L. 5126-13 du code de la santé publique).

III - La position de la commission

Votre commission est favorable au présent article dans la mesure où il vise des usagers qui demeurent éloignés du parcours de santé habituel et dès lors qu'il permettra de répondre aux situations d'urgence vitale en cas de surdose d'opiacés. Elle sera néanmoins attentive à l'encadrement par le pouvoir réglementaire des modalités de délivrance des médicaments, qui doivent pouvoir garantir un haut niveau de sécurité et de santé publiques.

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

Article 42

(art. L. 1114-5 et L. 1114-6 du code de la santé publique, art. L. 131-8, L. 221-1 et L. 221-1-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Création d'un fonds national pour la démocratie en santé

Objet : Cet article prévoit la mise en place d'un fonds de financement des actions de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (Unaass).

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I propose de modifier le code de la santé publique.

Le 1° supprime l'article L. 1114-5 relatif au financement des actions agréées d'usagers.

Le 2° propose de modifier l'article L. 1114-6 relatif à la création de l'Union nationale des associations agréées d'usagers (**Unaass**). Il propose d'inscrire à cet article que l'Union est réputée disposer de l'agrément dont disposent les associations d'usagers qui la composent.

À la mission de proposer au ministre l'agrément de nouvelles associations, il substitue celle de dispenser des formations aux usagers du système de santé.

Le II propose de modifier le code de la sécurité sociale.

Le 1° propose d'affecter 0,11 % des droits sur les tabacs affectés à la Cnamts au fonds créé par le nouvel article L. 221-1-3.

Le 2° procède à une coordination avec la suppression des missions prévues à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique.

Le 3° insère un nouvel article L. 221-1-3 créant au sein de la Cnamts un fonds national pour la démocratie sanitaire financé par la fraction des droits tabacs prévue à l'article L. 221-1-3. Les missions du fonds sont le financement des activités de l'Unaass, de la formation de base des représentants des usagers, d'actions des associations agréées liées au thème de la démocratie sanitaire (sous la forme de participations).

Les montants et les bénéficiaires des sommes allouées par le fonds font l'objet chaque année d'un arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

Les modalités d'application de l'article seront prévues par décret.

Le III prévoit un montant transitoire de la dotation au fonds pour 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements à cet article. Deux, déposés par la rapporteure, sont de nature rédactionnelle. Un autre de la rapporteure tend à subordonner la perception de sommes allouées par le fonds à la déclaration à la Cnamts de l'ensemble des autres financements perçus par l'association bénéficiaire. Un dernier amendement, du Gouvernement, tend à prévoir la possibilité pour les représentants des associations agréées au niveau régional de siéger au sein des délégations régionales de l'Unaass.

III - La position de la commission

Votre commission constate que la mise en place de l'Unaass n'est pas sans susciter de difficultés.

Elle considère néanmoins qu'une telle organisation peut contribuer à la meilleure prise en compte des usagers au sein du système de santé et, en conséquence, qu'il est logique de lui donner les moyens de développer son activité.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE II

Promouvoir les parcours de santé

Article 43

(art. L. 625 du code de la sécurité sociale ;

art. L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique)

Création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au CAS

Objet : Cet article ouvre la possibilité de prévoir, dans le cadre de la convention passée entre les médecins et l'assurance maladie, le versement d'une aide financière aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité, pour les seuls médecins exerçant en secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins.

I - Le dispositif proposé

Cet article tend à autoriser les partenaires conventionnels à négocier la mise en place d'un avantage financier au bénéfice des médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité.

- Le paragraphe I modifie en ce sens l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui détermine le périmètre des sujets ouverts à la négociation conventionnelle, en y ajoutant celui du « *versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité* ».

Selon l'exposé des motifs et l'étude d'impact, cet avantage financier, qui sera accordé sans condition d'implantation géographique, ne concernera cependant que les médecins exerçant à tarif opposable ou modérant leur pratique tarifaire. En d'autres termes, il ne sera ouvert qu'aux professionnels conventionnés en secteur I ou adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS), créé par l'avenant 8 à la convention médicale de 2011.

Selon l'étude d'impact, l'avantage financier versé durant le congé maternité prendra la forme d'**une rémunération forfaitaire d'un montant mensuel de 3 105 euros, pour une durée maximale de trois mois**. L'aide forfaitaire versée durant le congé paternité, en raison de la durée plus réduite de celui-ci, sera calculée au prorata de l'avantage versé aux mères, soit un montant de 1 117 euros correspondant à 11 jours de congé. Ces avantages financiers **s'ajoutent aux prestations maternité prévues par le décret n° 2006-644 du 1^{er} juin 2006** relatif aux prestations maternité des professionnels de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

- Dans la mesure où cette mesure constitue une extension d'un dispositif déjà mis en œuvre dans le cadre des contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) et de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), le présent article prévoit par ailleurs **un principe de non cumul entre l'avantage financier qui résulterait de la convention médicale et celui perçu au titre du contrat de PTMG et de PTMA.**

Les **1° et 2° b) de son paragraphe II** modifient en conséquence les articles L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique, relatifs respectivement au contrat de PTMG et de PTMA.

- Afin de préserver l'attractivité du dispositif PTMA, compte tenu de l'extension aux professionnels de secteur 1 ou adhérents du CAS de son principal avantage financier, le **2° a) du paragraphe II** prévoit par ailleurs que **les PTMA bénéficieront également de la rémunération complémentaire octroyée en cas d'interruption d'activité pour cause de maladie.**

Cette rémunération complémentaire, qui existe déjà pour les PTMG, est un forfait mensuel versé à compter du huitième jour d'interruption d'activité, dans la limite de trois mois.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de sa rapporteure pour l'assurance maladie, notre collègue députée Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Votre rapporteur général observe **une certaine confusion dans les objectifs affichés par le Gouvernement pour la mise en place de cette mesure.** L'exposé des motifs de l'article fait en effet référence à la fois à un « *[rapprochement des] droits des femmes médecins de ceux des femmes salariées du régime général* » et à « *un objectif ciblé de renforcement de l'attractivité libérale des médecins dans le respect des tarifs conventionnels* ».

La ministre a par ailleurs précisé, lors de l'examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale, que « *le Gouvernement [a] pour objectif non pas d'étendre la protection maternité à telle ou telle catégorie, mais de reconnaître, de soutenir et d'accompagner des femmes médecins qui s'engagent à s'installer dans certains types de territoires ou à ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires. Pour saluer leur engagement, et non pas pour leur donner un droit nouveau en soi, le Gouvernement leur permet d'accéder à la protection maternité* ».

Votre rapporteur général ne peut bien entendu que souscrire à la volonté affichée de renforcer l'attractivité de l'exercice libéral à tarifs opposables. Il reconnaît par ailleurs que les dispositifs d'incitation financière constituent des éléments centraux des politiques de renforcement de l'attractivité des zones sous-denses pour les professionnels libéraux.

Il relève toutefois que **le versement d'une aide financière au titre du congé maternité ou paternité, qui constitue un élément fondamental de la protection sociale des travailleurs, ne saurait être considéré comme un avantage financier comme un autre, qui pourrait être attribué à certains professionnels en fonction de leur zone ou de leur secteur d'exercice** – d'autant que, comme le souligne l'exposé des motifs, « *l'amélioration de la protection maternité des femmes médecins constitue une revendication constante de la profession* ».

C'est pourquoi la commission a adopté, à son initiative, **un amendement n° 131 prévoyant que l'avantage considéré ne saurait être restreint à une catégorie de professionnels en fonction de leur mode ou de leur zone d'exercice.**

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 43 bis (nouveau)

(art. L. 1435-4-5 [nouveau] du code de la santé publique)

Contrat de praticien territorial médical de remplacement

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre aux ARS la possibilité de conclure avec les professionnels médicaux des contrats de praticien territorial médical de remplacement.*

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement. Aux termes de l'objet de l'amendement, il s'agit « *d'inciter les jeunes remplaçants à découvrir l'exercice libéral en zones sous-denses, afin d'améliorer la période de transition entre la fin des études médicales et l'installation* ».

Dans cet objectif, cet article propose **l'introduction dans le code de la santé publique d'un nouvel article L. 1435-4-5 prévoyant la mise en place d'un contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR).**

- Le premier paragraphe de cet article donne **compétence aux agences régionales de santé (ARS)** pour la mise en place d'une organisation destinée à faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par les ARS dans le cadre du projet régional de santé (PRS) - c'est-à-dire dans les zones sous-denses en termes de répartition des professionnels médicaux.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement gouvernemental, cette compétence prendra la forme d'une action de coordination des périodes de remplacement effectuées dans ces zones. Celle-ci pourra soit être directement exercée par les ARS, soit être confiée à un organisme extérieur, comme par exemple à une association.

- Le second paragraphe ouvre la possibilité pour les ARS de conclure dans ce cadre des contrats de PTMG avec **trois catégories de professionnels médicaux** : les médecins généralistes ; les étudiants en médecine autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçants, en application de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique ; les assistants spécialistes exerçant à temps partiel au sein d'un établissement public de santé.

- Le troisième paragraphe définit **les obligations du PTMR ainsi que les contreparties associées**.

Le praticien devra ainsi s'engager à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux situés en zones sous-denses, pour une durée contractuellement fixée. Selon l'exposé des motifs, le contrat devra notamment prévoir « *un niveau minimal d'activité dans les zones sous-denses* ».

Il bénéficiera en échange de deux types de contreparties :

- en premier lieu, l'appui du service de coordination mis en place par l'ARS lui sera ouvert pour la gestion de ses remplacements. Selon l'exposé des motifs, ce service pourra prendre la forme « *d'une fonction de gestion administrative des contrats de remplacement* » ;

- il bénéficiera également de la garantie d'un niveau minimal de rémunération, y compris pendant les périodes d'interruption de son activité, au moyen de rémunérations complémentaires ou forfaitaires. Selon l'exposé des motifs, cette garantie pourra couvrir des interruptions pour cause de maladie, de maternité ou de paternité, ainsi que des phases de transition entre deux contrats de remplacement.

- Le quatrième paragraphe précise que **la mesure sera financée dans le cadre du fonds d'intervention régional (Fir)**.

- Le dernier paragraphe prévoit enfin l'intervention d'un **décret en Conseil d'État** pour la détermination des conditions d'application de cette mesure. Il est précisé que ce texte devra fixer les conditions d'installation des professionnels concernés en zones sous-denses à l'issue de leur période de remplacement.

II - La position de la commission

Votre commission estime que cette mesure va dans le bon sens, dans la mesure où elle offre un cadre permettant à la fois aux jeunes médecins de découvrir l'exercice libéral en zones sous-denses, ce qui peut constituer un premier pas vers une installation dans ces zones, et aux médecins qui sont déjà installés de bénéficier d'une sécurisation de leur remplacement pour les périodes où ils seraient amenés à s'absenter.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 43 ter (nouveau)
(art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)
Évolution des critères de la ROSP

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité d'une révision par l'Uncam des dispositions relatives à la ROSP pendant la période conventionnelle.

I - Le dispositif proposé

Adopté par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, le présent article vise à assouplir la procédure de révision des dispositions relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) figurant dans la convention médicale, et prévue par le 22° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif aux relations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie.

- Généralisée par la convention médicale de 2011, la ROSP témoigne de l'évolution de la rémunération des médecins vers un système mixte reposant, à côté du paiement à l'acte et du versement de forfaits, sur une rémunération à la performance individuelle. La ROSP vise en effet, ainsi que l'a rappelé la Cour des comptes dans son rapport de 2014 sur la sécurité sociale, à favoriser l'amélioration de la qualité des pratiques, appréciées au moyen d'indicateurs appliqués à l'ensemble de la patientèle. La rémunération associée est ensuite calculée, pour chacun des professionnels concernés, sur la base d'objectifs et de barèmes définis pour chaque indicateur.

Ce mode de rémunération, qui prend progressivement de l'importance, a un impact financier non négligeable. Selon la Cour, les médecins généralistes ont ainsi bénéficié en 2013 d'une rémunération moyenne liée à la ROSP de près de 5 500 euros, en augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente. Ce surcroît de rémunération représentait un total de dépenses de 341 millions d'euros pour l'assurance maladie.

- Selon l'objet de l'amendement gouvernemental, les récentes négociations de la dernière convention médicale ont fait apparaître la **nécessité de pouvoir faire évoluer rapidement les indicateurs définis dans le cadre de la ROSP** ; il peut s'agir, par exemple, de permettre leur adaptation aux nouvelles données de la science, ou à l'évolution d'une recommandation émanant de la HAS ou de l'ANSM. Selon le Gouvernement, ce constat est conjointement partagé par les partenaires conventionnels.

Après une modification rédactionnelle opérée par le 1^o, le 2^o du présent article prévoit en conséquence la **possibilité de faire évoluer les engagements et la contrepartie définis dans le cadre de la ROSP durant la période conventionnelle**. Il est précisé que **ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Uncam**.

II - La position de la commission

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

*Article 43 quater (nouveau)
(art. L. 2123-6 [nouveau] du code de la santé publique)*

Procédure arbitrale applicable en cas d'échec des négociations conventionnelles avec les dentistes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, définit une procédure de règlement arbitral subsidiaire en cas d'échec de la négociation visant à l'adoption d'un avenant à la convention des chirurgiens-dentistes.

I - Le dispositif proposé

- La convention passée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie a été reconduite en juin 2016. **Des négociations conventionnelles sont actuellement en cours, visant à l'adoption d'un avenant portant sur le rééquilibrage des soins conservateurs et des soins prothétiques dans la rémunération des professionnels.**

Dans son rapport de 2016 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes insistait en effet sur l'impérative nécessité de maîtriser « *la dérive des coûts des soins prothétiques* », et plus généralement de refonder la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Les orientations arrêtées par l'Uncam le 12 juillet dernier comme les lignes directrices adressées par la ministre en charge de la santé le 7 juillet s'appuient ainsi sur cet objectif de rééquilibrage. Selon l'amendement gouvernemental dont est issu le présent article, ce rééquilibrage devra être opéré dans deux directions : d'une part, la revalorisation des soins conservateurs ; d'autre part, la définition d'un dispositif de régulation du tarif des actes de soins prothétiques et orthodontiques.

- Anticipant un possible échec des négociations en cours, le présent article vise à définir **une procédure subsidiaire permettant de mettre en œuvre cette réforme dans le cas où la procédure conventionnelle n'aboutirait pas avant le 1^{er} février 2017.**

Son **paragraphe I** prévoit, dans ce cas de figure, **l'intervention d'un arbitre** habilité à arrêter un projet de texte dans un délai d'un mois à compter de sa désignation, après audition de l'Uncam, de l'Unocam et des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé.

Cet arbitre devra être conjointement désigné par l'Uncam et au moins une organisation syndicale représentative. Si aucun accord n'était trouvé avant le 1^{er} février 2017, il reviendra au président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de procéder à cette nomination, dans un délai de huit jours et sur proposition du directeur général de l'Uncam.

Il est précisé que les conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral seront celles prévues par l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, qui définit la procédure arbitrale applicable en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention.

Ces dispositions procédurales se concluent par la non applicabilité du délai prévu par l'article L. 162-14-3 s'agissant, en cas d'opposition de l'Unocam, de la transmission pour approbation aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale d'une convention pour laquelle la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire.

Le projet de convention arrêté par cet arbitre, transmis aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, devra **déterminer les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, ainsi que le niveau des dépassements éventuellement autorisés.** Il est précisé que ce projet devra être compatible avec le cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

- Cet article prévoit par ailleurs, en son **paragraphe II**, **l'inscription dans le code de la santé publique d'un nouvel article L. 2123-6 relatif à la mise en œuvre d'un dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des enfants et des jeunes de 9, 15 et 18 ans.** Selon les informations figurant dans l'objet de l'amendement gouvernemental, il s'agit ainsi de transposer dans la loi le dispositif « MT'dents », mis en œuvre semble-t-il avec succès, puisqu'il se serait traduit par une « *diminution significative* » de l'indice carieux dans toutes les classes d'âge. Cette inscription viendrait compléter les dispositions prévoyant un examen de prévention obligatoire pour les enfants de 6 et 12 ans.

Il est ainsi prévu que les jeunes assurés bénéficieront périodiquement d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue. Cet examen, qui interviendra aux âges de 9, 15, 18, 21 et 24 ans, sera gratuit pour les assurés, de même que les éventuels soins consécutifs.

La nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen devront être définis par la voie conventionnelle, ou, à défaut, par arrêté interministériel.

II - La position de la commission

Si votre rapporteur général n'est pas opposé à la mise en œuvre d'une procédure arbitrale, telle que prévue par l'article L. 162-14-2, en cas de blocage des négociations conventionnelles, il relève que celle-ci est prévue pour être applicable à l'élaboration d'une nouvelle convention, et non à la mise en œuvre d'un avenant ponctuel.

Tout en reconnaissant l'évidente nécessité d'un meilleur équilibre entre les soins conservateurs et les actes prothétiques dans la rémunération des chirurgiens-dentistes, il n'estime pas opportun de modifier les règles conventionnelles en cours de négociation, ce qui risquerait de déstabiliser l'équilibre conventionnel global pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

Votre commission a adopté un **amendement n°132** de suppression de cet article.

La commission vous demande en conséquence de supprimer cet article.

*Article 43 quinquies (nouveau)
(art. L. 162-14-2 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale)*

Aménagements de la procédure conventionnelle applicable aux pharmaciens d'officine

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit l'extension à la convention passée entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine de la procédure arbitrale applicable en cas d'échec des négociations, ainsi que de la possibilité pour une organisation syndicale majoritaire de s'opposer à la mise en œuvre du texte conventionnel.

I - Le dispositif proposé

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative conjointe de sa rapporteure pour l'assurance maladie, notre collègue députée Michèle Delaunay, et de la présidente de sa commission des affaires sociales, notre collègue députée Catherine Lemorton, vise à aménager la procédure conventionnelle applicable aux pharmaciens, visée par l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

- Il s'agit, en premier lieu, de rendre applicable à la convention signée entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine la procédure arbitrale prévue par l'article L.162-14-2 en cas d'échec des négociations conventionnelles, ou d'opposition formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives (1°).

Cette procédure est aujourd'hui applicable aux négociations avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires de biologie médicale et les entreprises de transport sanitaire.

- Il s'agit, en second lieu (2°), d'étendre à la négociation conventionnelle avec les pharmaciens d'officine la possibilité pour une organisation syndicale majoritaire de s'opposer à la convention, ainsi qu'à ses annexes et à ses avenants. Deux modifications sont portées en ce sens à l'article L. 162-15.

Le *a)* inclut la convention des pharmaciens d'officine aux textes qui doivent être transmis par l'Uncam, lors de leur conclusion ou de leur tacite reconduction, aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Il ajoute par ailleurs le conseil de l'ordre des pharmaciens aux instances ordinales devant être consultées par l'Uncam sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie des professions correspondantes.

Le *b)* prévoit que l'opposition formée à l'encontre de la convention passée entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, et majoritaires lors des élections aux URPS, fait obstacle à sa mise en œuvre.

En l'état actuel du droit, ce droit d'opposition est notamment ouvert aux organisations syndicales des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

II - La position de la commission

Votre commission estime bienvenues ces mesures, qui relèvent d'une convergence des formes entre les procédures applicables aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les différentes professions de santé.

Elle estime en particulier indispensable de prévoir la mise en œuvre d'un règlement arbitral permettant de surmonter un éventuel échec des négociations conventionnelles, dans la mesure où, depuis l'adoption de l'avenant n° 5 à la convention nationale pharmaceutique, une part non négligeable de la rémunération des pharmaciens d'officine, reposant honoraire de dispensation des médicaments, est déterminée dans le cadre conventionnel.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 43 sexies (nouveau)
**Inclusion des mécanismes de modération tarifaire
dans les contrats responsables**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit l'intégration de l'ensemble des mécanismes de modération tarifaire dans les contrats responsables

I - Le dispositif proposé

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, vise à inclure dans le contenu des contrats responsables les options conventionnelles relatives à la maîtrise des dépassements d'honoraires nouvellement créées par la dernière convention médicale.

L'article précise le contenu des contrats responsables et inclut notamment la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins pratiqués par les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins. Afin d'intégrer également la prise en charge des dépassements d'honoraires qui seront pratiqués par les médecins adhérant à la nouvelle option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), le présent amendement modifie l'article L. 871-1 de sorte à inclure les deux dispositifs conventionnels de pratique tarifaire maîtrisée qui pourront coexister pendant quelques mois.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui permet de faire évoluer le dispositif des contrats responsables.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 43 septies (nouveau)***Rapport sur l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'amélioration de la protection maternité et paternité des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, issu d'un amendement adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Bérengère Poletti et de plusieurs de ses collègues, s'inscrit dans la continuité de l'article 43 du présent texte, qui prévoit la création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

L'amendement initialement présenté consistait en une demande de rapport sur l'extension à l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux de la mesure d'amélioration de la couverture maternité des médecins prévue par l'article 43.

Il a cependant fait l'objet d'un sous-amendement présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie, qui a étendu le champ de ce rapport à la question plus générale de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble de ces professionnels.

Il s'agit donc, au total, d'une **demande de rapport du Gouvernement au Parlement sur les conséquences et le coût d'une telle amélioration**. La remise de ce rapport devra intervenir dans les douze mois suivant la promulgation du présent projet de loi.

II - La position de la commission

Conformément à sa jurisprudence en la matière, votre commission n'estime pas utile de prévoir un rapport sur ce point.

Votre commission a adopté un **amendement n°133** de suppression de cet article.

Elle a en conséquence adopté, à l'initiative de son rapporteur général, un **amendement de suppression de cet article**.

Article 44

(art. 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 ; art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 133-4, L. 162-22-6-1 [nouveau], L. 162-22-7, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3 [nouveau], L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-15, L. 162-25, L. 162-27, L. 162-30-4 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6312-1 du code de la santé publique ; art. L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales

**Adaptation du financement des établissements de santé
au développement de certaines activités**

Objet : Cet article prolonge de trois ans les expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents, modifie le régime de reversement de l'indu portant sur les hospitalisations à domicile, crée un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations longues, pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles, précise le régime de la dispensation de médicaments à l'hôpital, assouplit le régime juridique du transport du corps des enfants inopinément décédés, étend le financement partiellement dérogatoire à la T2A aux établissements en situation d'insularité et met en place de nouvelles modalités de financement des unités de soins critiques.

I - Le dispositif proposé

Cet article tend à modifier plusieurs séries de dispositions relatives au mode de financement des établissements de santé.

A. Prolongation des expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents

• L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait autorisé la mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) d'expérimentations portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente (SAMU).

Il s'agissait notamment de déroger aux règles d'organisation de la garde départementale des transporteurs sanitaires et d'adapter la rémunération des transporteurs sanitaires privés.

Ces expérimentations étaient autorisées pour une durée maximale de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2012, ce qui fixe leur terme au plus tard au 1^{er} janvier 2017.

• Selon les informations figurant dans l'étude d'impact, la mise en œuvre de ces expérimentations a cependant rencontré de fortes difficultés, qui ont entraîné un retard important :

- les textes nécessaires à son application sont tout d'abord parus tardivement, à la fin de l'année 2014 (décret en Conseil d'État n° 2014-1584 et arrêté du 23 décembre 2014 portant cahier des charges de l'expérimentation), et au début de l'année 2015 (instruction du 29 janvier 2015, qui précise le cadre du dispositif ainsi que les modalités de dépôt des candidatures). Selon l'étude d'impact, ce retard est dû aux « délais nécessaires de concertation avec les acteurs concernés » ;

- les délais de transmission des candidatures ont été repoussés à deux reprises, pour une date finale prévue pour le 20 juillet 2015. Selon l'étude d'impact, ce délai résulte de « difficultés techniques » ;

- en raison de la durée de la phase d'analyse des candidatures et de détermination des modalités financières opérationnelles de mise en œuvre de l'expérimentation, la première expérimentation a débuté au 1^{er} juillet 2016.

• Au total, une seule expérimentation a débuté, dans les Bouches-du-Rhône, depuis moins de six mois. Une seconde devrait être mise en place dans l'Isère à la fin de l'année 2016. Deux autres expérimentations ont par ailleurs été sélectionnées, dans l'Aude et dans la Haute-Garonne.

L'étude d'impact signale par ailleurs qu'un nouvel appel à candidatures expérimentales a été ouvert par instruction du 28 juillet 2016.

C'est pourquoi, afin de permettre à ces expérimentations de se déployer dans une durée qui permettra d'en tirer des enseignements, le **paragraphe I** du présent article propose de **porter à huit ans la durée maximale de ces dispositifs**.

B. Dispositions relatives à l'hospitalisation à domicile

Le 1^o du **paragraphe II** vise à **assurer une égalité de traitement entre les différents établissements de santé face aux contrôles relatifs à la mise en œuvre de la T2A**, dans les cas où ces contrôles concluent à l'inobservation des règles de facturation ou de tarification et à la notification d'indus.

Pour une structure d'hospitalisation à domicile (HAD), un séjour réalisé peut ainsi être considéré comme indûment facturé car relevant d'une prise en charge en ville.

Dans cette situation, **les établissements de HAD se trouvent défavorisés par rapport aux établissements de santé**, dans la mesure où ils ne disposent pas de la faculté juridique de facturer une activité externe : ils ne peuvent en effet diminuer la somme à reverser à l'assurance maladie au titre de l'indu du montant des actes et consultations qui auraient dû être facturés en externe. Ainsi que le souligne l'étude d'impact, l'établissement de HAD doit alors reverser « *la totalité de la facture émise, quand bien même des frais ont bien été engagés pour couvrir la prise en charge* ».

C'est pourquoi il est proposé par le présent article d'introduire, à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, **une précision spécifique aux séjours réalisés en HAD quant au mode de calcul des indus recouverts par l'assurance maladie dans le cadre d'un contrôle T2A.**

Il est ainsi précisé que le montant des indus notifiés aux structures de HAD sera minoré de la somme équivalent au montant des actes de la liste des actes et prestations (LAP) *« qui auraient dû être facturés à raison de l'activité réalisée »*.

C. Création d'un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations longues, pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles

Cette mesure constitue la **traduction législative de l'une des propositions figurant dans le rapport d'étape remis à la ministre de la santé, le 25 mai dernier, par notre collègue député Olivier Véran**, dans le cadre des travaux de la mission sur l'évolution du financement des établissements de santé.

Ce rapport d'étape relève en effet que, dans un contexte d'augmentation forte de l'ambulatoire au sein des établissements de santé, *« les actes et consultations externes (ACE) sont sous-financés à l'hôpital par rapport à leur coût. Cela contribue à mettre certains établissements en difficulté financière, alors même qu'ils sont efficaces »*. Soulignant qu'il existe un risque que les professionnels soient dès lors incités à proposer des prestations de soins supplémentaires pour pouvoir coder les prises en charge en hospitalisation de jour (HDJ), mieux rémunérée, ce dont résulterait bien entendu une prise en charge coûteuse et inutile par l'assurance maladie, le rapport conclut à la nécessité de *« développer un mode de prise en charge intermédiaire entre la consultation externe simple et l'hôpital de jour, qui permettrait de prendre en compte des consultations complexes, pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des établissements de santé »*.

Le **2° du deuxième paragraphe II** modifie en ce sens le code de la sécurité sociale, en y insérant un nouvel article L. 162-22-6-1 ouvrant pour les établissements de santé la **possibilité de facturer une prestation d'hospitalisation donnant lieu à prise en charge par la sécurité sociale pour « la prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale »**.

Il renvoie par ailleurs à un **décret en Conseil d'Etat** pour la définition des modalités de mise en œuvre de cette mesure, s'agissant notamment de la fixation des critères permettant la prise en charge par la sécurité sociale des prestations réalisées dans ce cadre.

Le **a) 11° du paragraphe II** effectue une coordination à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale, relatif au financement des activités de soins des établissements relevant du service de santé des armées (SSA) ainsi que de l'institution nationale des invalides (INI).

D. Mesures relatives à la dispensation de médicaments à l'hôpital

- **Autorisation de la tarification en sus des GHS pour les médicaments administrés à des patients non hospitalisés**

En application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus est actuellement réservée aux seuls patients faisant l'objet d'une hospitalisation.

Selon l'étude d'impact, l'administration de certains de ces médicaments ne nécessite pas toujours une hospitalisation complète. Or, en raison des contraintes résultant de la rédaction actuelle de l'article L. 162-22-7, il arriverait que des établissements de santé facturent à l'assurance maladie des séjours d'hospitalisation dont le seul but est en réalité d'administrer ces produits, pour un tarif dès lors largement supérieur au coût réel de la prise en charge.

Le 3^o du paragraphe II prévoit dès lors de supprimer le terme « hospitalisés » dans cet article, afin **d'ouvrir la possibilité d'une administration des produits de la liste en sus sans hospitalisation associée.**

- **Abrogation du dispositif de facturation en sus des médicaments dits « à prescription hospitalière »**

L'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale permet la facturation en sus de séjours non suivis d'hospitalisation de certains produits appartenant à la catégorie des médicaments dits « à prescription hospitalière ». L'étude d'impact relève toutefois que, pour des raisons techniques, il n'a jamais pu être appliqué, et est dès lors devenu obsolète. Le 10^o du paragraphe II propose en conséquence son abrogation.

E. Extension du financement dérogatoire partiel à la T2A aux établissements en situation d'insularité

- L'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 41 de la loi de financement pour 2014¹, autorise **un financement dérogatoire, sous la forme d'un forfait complémentaire aux recettes liées à l'activité, pour les activités des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique**, à la double condition que les prestations dispensées par l'établissement considéré ainsi que sa situation financière le justifient.

Le dispositif est complété par l'article R. 162-47-1 du même code, qui définit les critères d'éligibilité au financement complémentaire, ainsi que par un arrêté du 4 mai 2015, qui fixe la liste des établissements concernés par la mesure.

¹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Selon l'étude d'impact, ce dispositif ne permet cependant qu'imparfaitement de prendre en compte la situation des établissements en situation d'insularité en raison de **l'application stricte du critère de faible densité, qui conduit à en exclure certains établissements pourtant géographiquement isolés.**

• Le 4° du **paragraphe II** propose dès lors de modifier l'article L. 162-22-8-1 pour :

- supprimer la référence au critère de faible densité de la population dans la définition générale du dispositif, tout en le conservant dans le champ du renvoi au décret en Conseil d'État ;

- préciser que ce critère ne s'applique pas lorsqu'est en cause un territoire insulaire.

F. Mise en place de nouvelles modalités de financement des unités de soins critiques

• Les 5° à 9° du **paragraphe II** constituent la traduction législative de certaines des préconisations formulées, dans le cadre du rapport d'étape précité de la mission conduite par Olivier Véran, sur le financement des soins critiques.

La filière des soins critiques recouvre les prises en charge réalisées dans les unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue. Ces unités peuvent être destinées à l'accueil de patients adultes ou être spécialisées dans les prises en charge pédiatriques ou néonatales.

Le financement de ces unités de soins est actuellement réalisé selon une double modalité : au tarif associé au GHS s'ajoute un supplément forfaitaire journalier, qui varie selon l'unité considérée, destiné à couvrir les surcoûts résultant du passage dans ces unités.

Le rapport Véran adresse **plusieurs critiques** à ce système, soulignant notamment que, compte tenu de l'activité fluctuante de ces services de prise en charge, ce modèle de financement ne permet pas de couvrir « *les coûts fixes importants qui résultent des normes de fonctionnement* ».

A partir de ce constat, il **préconise l'instauration d'un financement par dotation modulée à l'activité**, comprenant une part socle, sous forme de forfait annuel garanti en fonction des caractéristiques de l'unité considéré, et un financement lié à l'activité de l'année en cours *via* les GHS.

Dans la continuité de cette préconisation, le présent article propose une évolution du mode de financement de la filière de soins critiques à travers la création d'une enveloppe de crédits spécifiques.

• Le 5° insère ainsi, dans le code de sécurité sociale, un nouvel article L. 162-22-8-3 prévoyant **un financement mixte dérogatoire des activités de soins critiques.**

Le champ des établissements concernés est tout d'abord précisé : il s'agit des établissements publics, des établissements privés non lucratifs ainsi que des établissements privés ayant contractualisé avec les ARS. Le périmètre des activités de soins critiques prises en compte sera quant à lui déterminé par voie d'arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Le financement accordé aux unités éligibles sera « *mixte* », composé d'une part calculée sur la base des GHS, et donc liée à l'activité, et d'une part forfaitaire, qui sera accordée sous la forme d'une dotation complémentaire, dont le montant sera calculé en fonction des charges de structure de ces unités et du profil de la patientèle accueillie.

- Le 6° modifie en conséquence l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le mécanisme de mise en réserve des crédits de l'Ondam par application aux tarifs de la T2A d'un coefficient prudentiel – le dégel des montants ainsi mis en réserve pouvant être décidé si l'exécution de l'Ondam ne fait pas apparaître de risque de dépassement.

Son *b)* prévoit ainsi **un mécanisme prudentiel spécifiquement applicable à la dotation complémentaire couvrant les activités de soins critiques**. Son *a)* effectue en conséquence une modification de coordination législative.

Le *c)* prévoit quant à lui les modalités de reversement de tout ou partie des crédits gelés, au regard notamment des conclusions de l'avis du comité d'alerte, émis au plus tard le 15 octobre de chaque année.

- Les 7°, 8° et 9° procèdent à diverses coordinations dans le code de la sécurité sociale.

Le *b)* du 11° effectue une coordination à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale, relatif au financement des activités de soins des établissements relevant du service de santé des armées (SSA) ainsi que de l'institution nationale des invalides (INI).

G. Encadrement juridique du transport du corps des enfants inopinément décédés

Le paragraphe III vise à modifier le cadre juridique du transport du corps des enfants victimes de la mort inattendue du nourrisson (MIN).

- **Le sujet avait déjà été soulevé, à l'initiative du Sénat, lors de l'examen du projet de loi de financement pour l'année 2016.**

La Haute Assemblée avait en effet adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Daudigny et des membres du groupe socialiste et républicain, un amendement prévoyant la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexplicquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson en vue de rechercher la cause du décès.

L'Assemblée nationale avait ensuite supprimé cette demande de rapport pour lui substituer un dispositif législatif visant à encadrer la prise en charge des victimes ainsi que celle de leurs parents. Celui-ci avait cependant été censuré par le Conseil constitutionnel¹, en application de la règle de l'entonnoir.

• **Le cadre juridique encadrant actuellement cette question particulièrement sensible pose plusieurs difficultés.**

Selon les recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2007, tout enfant décédé inopinément doit systématiquement être transporté en urgence au centre de référence pour la MIN, afin qu'y soit réalisée une autopsie visant à déterminer la cause de sa mort.

Or, alors que le décès est le plus souvent constaté lors d'une prise en charge par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ces structures ne sont pas autorisées à procéder au transport du corps, qui doit être effectué par des véhicules de transport funéraire spécifiquement identifiés.

• La mesure proposée vise en conséquence à la fois à rendre applicables les recommandations de la HAS et, selon les termes de l'étude d'impact, à « *se conformer à la réalité des pratiques* », puisqu'il apparaît que la majorité des SMUR transportent effectivement le corps des enfants qu'ils ont pris en charge.

Le **A** modifie l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, relatif au cadre juridique du transport sanitaire, pour **définir le transport médicalisé de l'enfant décédé de cause médicalement inexplicée vers le centre de référence pour les MIN comme un transport sanitaire**, ce qui permettra de déclencher le transport du corps dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Le **B** prévoit, à l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales, une exception à l'habilitation funéraire des établissements de santé pour les établissements « *qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé d'accueil* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de sa rapporteure pour l'assurance maladie, notre collègue députée Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a adopté **onze amendements** à cet article.

Neuf d'entre eux effectuent des modifications rédactionnelles ou de coordination.

¹ Décision n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015.

Le dixième introduit un nouveau **9° bis au paragraphe II**, qui modifie l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, relatif au délai de prescription de l'action des établissements pour le paiement des prestations d'hospitalisation, pour préciser que les factures établies dans le cas de la HAD seront prescrites dans le délai d'un an à compter la facture émise à la fin de chaque séquence de soins.

Le dernier, qui crée un nouveau paragraphe IV dans cet article, tend à prévoir que le produit des sanctions prononcées par le directeur général de l'ARS dans le cadre du contrat d'amélioration de la pertinence des soins et de la participation des établissements de santé aux études nationales de coût est versé à l'assurance maladie et non à l'Etat.

III - La position de la commission

La plupart des dispositions de cet article sont des mesures d'ordre technique, qui n'appellent pas de remarque. Plusieurs observations peuvent cependant être formulées sur certains points particuliers.

Votre commission ne marque pas d'opposition, en premier lieu, à la prolongation des expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents, qui ne manquera pas d'apporter des enseignements aussi éclairants que nécessaires pour la réforme de ce secteur. Elle émet toutefois des interrogations sur la manière dont ces expérimentations ont été conduites, et qui a abouti à ce que, cinq ans après la promulgation du texte qui les a autorisées, une seule ait effectivement et tout récemment pu être mise en place.

Elle salue la mise en place d'une tarification spécifique aux consultations intermédiaires réalisées dans le cadre hospitalier, dans le contexte du développement rapide des activités ambulatoires des établissements de santé, ainsi que la réforme du financement des unités de soins critiques, qui comportera désormais une part forfaitaire permettant de compenser les rigidités de la tarification à l'activité.

S'agissant des critères permettant de déterminer le bénéfice d'un financement partiellement dérogatoire à la tarification à l'activité pour les établissements isolés, elle marque une certaine perplexité devant la notion d'« insularité » qui doit venir les préciser, dans l'attente des compléments qui seront apportés par voie réglementaire.

Elle salue enfin la mise en place d'un cadre juridique adapté au transport des enfants décédés de cause médicalement inexplicquée vers les centres de référence, qui permettra de clarifier et de simplifier des situations extrêmement pénibles pour les familles.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 44 bis (nouveau)
(art. L. 162-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Financement des transports inter-établissements

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les transports inter-établissements soient pris en charge par l'établissement prescripteur.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement de Bernadette Laclais et de Gérard Bapt, adopté par l'Assemblée nationale, tend à introduire un nouvel article L. 162-21-1 dans le code de la sécurité sociale afin de prévoir que les transports inter-établissements sont, comme le sont déjà les transports intra-établissement, pris en charge par l'établissement prescripteur. Il prévoit en conséquence que les sommes correspondantes sont intégrées dans les tarifs hospitaliers ou, selon le cas, à la dotation annuelle.

La date d'entrée en vigueur de la mesure est fixée au 1^{er} mars 2018.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette mesure qui contribue à clarifier les responsabilités en matière de transport sanitaire.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 44 ter (nouveau)
(art. L. 162-30-5 nouveau du code de la sécurité sociale)

Cadre juridique et financier des greffes innovantes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise le régime juridique et financier applicable aux greffes exceptionnelles d'organes ou de tissus ou de greffes composites exceptionnelles de tissus vascularisés.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement. Il a pour objet de prévoir le cadre juridique et financier des greffes innovantes, c'est-à-dire des greffes exceptionnelles d'organes ou de tissus ou de greffes composites exceptionnelles de tissus vascularisés. Il s'agit, par exemple, de greffes d'avant-bras ou de face, qui sont particulièrement complexes et coûteuses.

A cette fin, le présent article insère un article L. 162-30-5 nouveau au sein de diverses dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux établissements de santé (sous-section 4 de la section 5 du chapitre 2 du titre 6 du livre I^{er}).

Cet article nouveau comporte deux paragraphes.

Le paragraphe I prévoit la possibilité, pour l'agence régionale de santé (ARS), d'autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe innovante. Cette autorisation est soumise à l'avis conforme d'un « *comité national constitué à cet effet* ». Elle est donnée pour une durée maximale de cinq ans. Dans la mesure où le droit actuel des autorisations, fixé aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, ne permet pas de délivrer des autorisations de greffe exceptionnelle dans le cadre du schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS), ce même paragraphe prévoit une dérogation aux principes généraux posés à ces articles.

Il est précisé qu' « *en cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes* », les dispositions de l'article L. 6122-13 du même code s'appliquent. Celles-ci prévoient que le directeur général de l'ARS notifie ce manquement à l'établissement concerné et « *lui demande de faire connaître, dans les huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées* ». En l'absence de réponse ou en cas de réponse insuffisante, il peut enjoindre l'établissement « *de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé* ». En cas d'urgence, il peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation.

Le paragraphe II prévoit que la prise en charge des actes réalisés dans le cadre d'une greffe exceptionnelle est assurée par un forfait dans un cadre qui déroge aux règles habituelles de prise en charge des actes par l'assurance maladie.

Le forfait comprend « *notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés* ». Il est précisé que les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés « *par l'intermédiaire de l'établissement de santé* ».

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définissent « *le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées, ainsi que les modalités d'allocation du forfait* ».

Le forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.

II - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement le dispositif proposé au présent article. La mise en place d'un cadre juridique et financier mieux établi pour les greffes innovantes permettra de soutenir des activités qui relèvent à ce stade encore plutôt de la recherche que du soin et pour lesquelles notre pays est doté d'une expertise de qualité.

A l'initiative du rapporteur général, votre commission a adopté **l'amendement n°96** qui précise une référence.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 45

(art. L. 162-22-8-2, L. 162-23-4, L. 162-23-15 [nouveau], L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6111-3-1 du code de la santé publique ; art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016)

Financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Objet : Cet article prévoit plusieurs ajustements pour la mise en œuvre de la réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation (SSR) adoptée dans la loi de financement pour 2016.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I modifie le code de la sécurité sociale.

Le 1° supprime l'article L. 162-22-8-2 relatif au financement des activités de médecine dans les hôpitaux de proximité.

Le 2° modifie l'article L. 162-23-4 relatif à la rémunération des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il précise que les tarifs peuvent notamment être modulés en fonction des conditions d'emploi du personnel médical.

Il prévoit que les tarifs de responsabilité des établissements privés à but lucratif n'ayant pas signé de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS sont fixés par l'Etat.

Le 3° crée un nouvel article L. 162-23-15 pour prévoir un financement mixte comprenant une dotation pour les activités de SSR des hôpitaux de proximité.

Le 4° complète l'article L. 174-1-1 pour prévoir, dans l'objectif annuel des dépenses d'assurance maladie concernant la prise en charge des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements, ceux des maisons d'enfants à caractère sanitaire.

Le **II** modifie l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique qui définit les hôpitaux de proximité pour y inclure l'activité de SSR.

Le **III** modifie l'article 78 de la loi de financement pour 2016 qui a prévu la mise en place d'une réforme de la tarification des SSR. Il prévoit un coefficient de majoration pour les établissements spécialisés jusqu'en 2022 et la mise en place d'une année de transition jusqu'au 1^{er} mars 2018 combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme.

Il prévoit également une disposition transitoire pour la prise en charge de l'activité de soins dispensée par les maisons d'enfants à caractère sanitaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté sept amendements de la rapporteure pour l'assurance maladie à cet article, dont six de nature rédactionnelle ou de précision. Le septième tend à apporter une précision sur les modalités de calcul de la part financée en dotation modulée à l'activité afin de permettre la prise en compte de la proportion des professionnels exerçant selon des modalités libérales ou salariées au sein de chaque établissement.

III - La position de la commission

Votre commission estime nécessaire les évolutions prévues par cet article qui font droit aux demandes légitimes des acteurs du secteur. Elle estime néanmoins que certaines garanties complémentaires doivent être apportées pour assurer la transition la plus aisée possible vers le nouveau système de tarification.

A cette fin elle a adopté un **amendement n° 97** du rapporteur général tenant à prévoir une évaluation de la mise en œuvre du dispositif avant l'adoption de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 45 bis (nouveau)

Rapport sur le financement des soins à domicile

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement sur la réforme des modalités de financement de l'hospitalisation à domicile.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement de Mme Laclais, adopté par l'Assemblée nationale, tend à ce que le Gouvernement remette au Parlement avant le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'hospitalisation à domicile avec un calendrier de réforme.

II - La position de la commission

Votre commission n'est, en règle générale, pas favorable aux rapports. En l'occurrence, la demande tend à ce que la réforme engagée de longue date du financement de l'hospitalisation à domicile soit enfin mise en œuvre selon un calendrier précis.

Il ne faudrait pas, comme cela est parfois le cas, que le Gouvernement utilise cette demande de rapport pour repousser encore la réforme attendue par le secteur. Elle a donc adopté l'**amendement de suppression n°98**

Elle vous demande de supprimer cet article.

Article 45 ter (nouveau)
(art. L. 162-1-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Rémunération des médecins thermaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour les établissements thermaux de facturer à l'assurance maladie les actes des médecins salariés qu'ils emploient.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement déposé par Catherine Lemorton et plusieurs de ses collègues, adopté par l'Assemblée nationale, introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-1-7-3 tendant à permettre aux établissements thermaux de facturer à l'assurance maladie les actes réalisés par les médecins salariés de leurs établissements.

A l'heure actuelle l'article L. 162-1-7-2 qui prévoit les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des actes ou prestations réalisées par les salariés des établissements thermaux n'ouvre pas la possibilité de facturation aux établissements.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui permet l'évolution des pratiques de la médecine thermale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 45 quater (nouveau)
(art. 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004
relative à la politique de santé publique)

**Possibilité de dérogation à la limite d'âge
des médecins et infirmiers hospitaliers**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité de déroger à la limite d'âge de 72 ans pour certains médecins et infirmiers.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel issu d'un amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale, tend à permettre de déroger à la limite d'âge de soixante-douze ans pour les médecins et infirmiers hospitaliers qui sont visés par l'article 138 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Comme le prévoit cette mesure ce dispositif est transitoire et ne pourra s'appliquer que jusqu'en 2022.

Plusieurs conditions sont posées pour permettre cette dérogation :

- la nécessité de conserver temporairement au sein de l'établissement des compétences et de l'expertise scientifique de haut niveau ;
- l'aptitude physique et mentale des praticiens ;
- le recueil des avis du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle et du chef de service concernés ;
- un exercice limité à deux demi-journées hebdomadaires ;
- un contrat annuel renouvelable.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui doit permettre de répondre à des circonstances ponctuelles et encadrées.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 45 quinquies (nouveau)
Rapport sur le « packing »

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur la pratique et les effets de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire.*

I - Le dispositif proposé

L'article 45 *quinquies*, issu d'un amendement de notre collègue député Philip Cordery adopté par l'Assemblée nationale, propose que soit remis au Parlement avant le 1^{er} juillet 2017 un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire, pratique dite du « *packing* ».

Cette méthode controversée¹, répandue dans certains établissements sanitaires notamment en traitement des troubles du spectre autistique (TSA) et de certains troubles envahissants du développement (TED), consiste à envelopper transitoirement le patient (généralement en bas âge) de linges froids et humides dans le but de lui faire progressivement prendre conscience des limites physiques de son enveloppe corporelle. Elle s'inscrit dans la poursuite de travaux d'inspiration psychanalytique, selon lesquels l'autisme se traduirait entre autres par une difficulté d'appréhension du « moi-peau ».

Le « *packing* » a déjà fait l'objet d'une appréciation détaillée dans les recommandations de bonnes pratiques publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (Ansem) en 2012². Il y est avant tout rappelé que, suite à une saisine par des associations de lutte contre la maltraitance à l'hôpital, le ministère des affaires sociales et de la santé a sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), pour lequel « *le packing ne présente pas de risques qui justifieraient son interdiction [malgré] l'existence de risques psychiques*³ ».

¹ Qualifiée notamment de « maltraitance » par le comité des droits de l'enfant de l'Organisation des nations unies.

² HAS et Anesm, *Recommandation de bonne pratique, « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent »*, Argumentaire scientifique, mars 2012.

³ Haut Conseil de la santé publique, « *Avis relatif aux risques associés à la pratique du packing pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement sévères* », février 2010.

La HAS et l'Anesm ont souhaité, en dépit des avis divergents qu'ont exprimés les participants au groupe de pilotage chargé de l'évaluation des interventions ciblant la gestion des comportements problématiques, réaffirmer leur « *opposition formelle à l'utilisation de cette pratique, et ont ainsi restreint son utilisation au domaine de la recherche clinique et dans le strict respect de la totalité des conditions définies par le Haut Conseil de la santé publique*¹ ».

Le Gouvernement a, quant à lui, dans une circulaire récente², réitéré l'interdiction de la pratique du « *packing* » dans les établissements médico-sociaux et limité son occurrence aux établissements sanitaires dans les limites strictes évoquées ci-dessus.

II - La position de la commission

Votre commission est en parfait accord avec les appréciations et les dispositions prises ces dernières années relatives à la pratique du « *packing* ». Elle s'interroge néanmoins sur la substance du rapport défini par l'article 45 *quinquies*, qui paraît redondante avec les recommandations de bonnes pratiques déjà formulées par la HAS, qui suffisent à son sens à la connaissance et à l'appréhension du phénomène.

De plus, si une étude des effets thérapeutiques du « *packing* » relève de la compétence d'autres institutions que le Gouvernement, on peut s'interroger sur la demande d'une évaluation de son impact financier pour la sécurité sociale. Cette mention semble surtout destinée à justifier l'inclusion dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une disposition qui n'y a pas nécessairement sa place.

Votre commission a en conséquence adopté un amendement n° 99 de suppression cet article.

¹ HAS et Anesm, *Recommandation de bonne pratique*, op. cit., p. 234.

² Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées : « *cette pratique doit être considérée comme une mise en danger de la santé, de la sécurité et du bien-être moral et physique des personnes accompagnées par ces établissements* ».

*Article 45 sexies (nouveau)***Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, issu d'un amendement de notre collègue Philip Cordery, adopté par l'Assemblée nationale, propose de porter à la connaissance du Parlement un rapport du Gouvernement relatif aux conditions de prise en charge des personnes handicapées dans le secteur sanitaire. La nature de cette prise en charge soulève en effet plusieurs problèmes sur lesquels **il paraît nécessaire d'attirer l'attention des pouvoirs publics.**

En premier lieu, l'accueil d'une personne handicapée en structure sanitaire peut soit résulter d'une nécessité relative à la lourdeur de son handicap, soit résulter d'une rupture de parcours ou d'une sortie non souhaitée d'un établissement médico-social. Il convient de distinguer nettement les deux cas, dont le second appelle en priorité des autorités une réponse rapide sur l'adaptation de l'offre médico-sociale. En effet, les situations d'accueil de personnes handicapées en centre hospitalier spécialisé (CHS) à défaut d'un accueil en structure médico-sociale sont fréquentes et constituent une réponse peu adéquate aux besoins de la personne.

Pour les cas d'hospitalisations nécessaires, les différences culturelles persistantes qui existent entre le milieu sanitaire et le milieu médico-social ne paraissent *a priori* pas de nature à correctement habilitier le premier à l'accueil de personnes handicapées. Le secteur sanitaire, bâti autour d'une logique de **l'acte somatique**, s'accommode mal d'une prise en charge souvent inscrite dans la durée et devant intégrer des facteurs mentaux ou psychiques. Ainsi, le secteur sanitaire ayant fait l'objet d'une **réforme tarifaire visant à doter les établissements en fonction des actes réalisés**, ce mode de tarification prend très imparfaitement en compte la prise en charge de personnes handicapées, qui se quantifie moins en actes qu'en processus.

Par conséquent, doit être posée la question des prises en charge nécessitant l'intervention de personnels tant sanitaires que médico-sociaux. Plusieurs aménagements pourront ainsi être discutés, notamment **l'agrément d'établissements médico-sociaux à certains actes de nature médicale** (par exemple, pourrait être envisagée une habilitation de ces derniers aux soins de suite et de réadaptation) ou encore une **modulation tarifaire déconnectée de la tarification à l'acte** pour les prises en charge ponctuelles au sein d'établissements sanitaires.

II - La position de la commission

Votre commission salue l'initiative portée par notre collègue député Philip Cordery, visant à signaler l'urgence des problèmes liés à la place des personnes handicapées dans les structures sanitaires.

Elle estime néanmoins qu'en raison des nombreux enjeux financiers, locaux et sociétaux ainsi que des incidences législatives que le sujet est susceptible de porter, un tel rapport trouverait davantage sa place au programme des **missions d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss)** des deux assemblées.

Votre commission a donc adopté un amendement n° 100 de suppression de cet article.

Article 46

(art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-1, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 315-12 et L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles, art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)

Précisions relatives à la généralisation des Cpom dans le secteur médico-social

Objet : Cet article prévoit plusieurs dispositions consécutives à la réforme de la contractualisation dans le secteur médico-social et apporte plusieurs précisions à la réforme budgétaire des Ehpad.

I - Le dispositif proposé

A. Deux modifications importantes du dialogue de gestion dans le secteur médico-social

Le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale du quinquennat entend finaliser plusieurs réformes initiées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement¹ (ASV) et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016².

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

1. La consécration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom)

a) *Une généralisation des Cpom aux impacts différents selon le public pris en charge*

Le présent article consacre l'évolution entamée par ces deux précédentes lois vers la généralisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social. Son article 46 contient des dispositions tant relatives au secteur des personnes âgées qu'au secteur des personnes handicapées, rompant ainsi avec l'habitude jusqu'ici prise de traiter des deux secteurs dans des véhicules législatifs différents. Par ce moyen, le Gouvernement entend affirmer que la « Cpomisation » du secteur médico-social, réforme paramétrique et organisationnelle, peut être menée dans les deux secteurs selon des modalités similaires.

La réforme entamée en décembre 2015 vise à profondément modifier les rapports budgétaires entre les établissements médico-sociaux financés en totalité ou en partie par l'État et l'autorité tarifaire chargée de leur financement, à savoir l'agence régionale de santé (ARS) et/ou le conseil départemental. La tarification de ces établissements se faisait jusqu'ici par campagne budgétaire annuelle, avec une définition de la dotation construite à partir d'un budget prévisionnel établi par l'établissement. En premier lieu, le procédé présentait deux inconvénients majeurs : sa stricte annualité ne permettait pas aux établissements de développer un projet véritablement stratégique, et ces derniers se trouvaient toujours tributaires de négociations où l'autorité tarifaire conservait le dernier mot (les délibérations des conseils d'administration des établissements étant toujours soumises à l'autorité tarifaire). Le Cpom, négocié tous les cinq ans, donne *a priori* à l'établissement signataire une souplesse de gestion dans le temps et décroïsonne partiellement les règles d'affectation de dépenses et de résultats (cf. *infra*). En second lieu, la présentation par l'établissement d'un budget prévisionnel à partir duquel sa dotation était chiffrée organisait le financement du secteur médico-social autour d'un « pilotage par la dépense », sans que soit véritablement questionnée la pertinence de ces dépenses. Or, en contractualisant les « objectifs » et les « moyens », le Cpom a précisément vocation à mieux articuler les seconds aux premiers. La généralisation du Cpom sert donc le double but de donner plus de liberté aux gestionnaires d'établissements et d'améliorer l'allocation des deniers publics au secteur médico-social.

Malgré l'objectif commun aux deux secteurs, les spécificités de chacun d'entre eux obligent le Gouvernement à généraliser le Cpom selon des rythmes notablement différents.

Pour le secteur des personnes âgées, la loi ASV avait établi, dans le consensus des acteurs concernés, les modalités d'une nouvelle équation tarifaire selon laquelle l'ARS doterait les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)¹. Une fois ce nouveau régime de tarification adopté, les dispositions relatives au cadre du dialogue de gestion (3° du I de l'article 46) peuvent s'appliquer beaucoup plus aisément puisque leur objet est circonscrit par la loi. **Pour le secteur des personnes handicapées**, malgré l'impression d'une symétrie entretenue par l'article 46 (4° du I), la démarche est inverse et pose ainsi de plus grandes difficultés. Le Cpom est généralisé et son application poursuivie alors même que la réforme tarifaire du secteur, pourtant annoncée par le Gouvernement, est encore en gestation. Il paraît dès lors incongru de vouloir mener de front une réforme touchant les deux secteurs du médico-social alors que les préalables nécessaires en matière de tarification ne sont traités que dans l'un d'entre eux. Il en résulte, pour le secteur des personnes handicapées, des dispositions prématurées, voire hasardeuses, sur les « objectifs d'activité définis dans le contrat » (cf. *infra*).

b) Le contrôle renforcé de l'autorité tarifaire

La généralisation des Cpom dans le secteur médico-social, si elle sert l'objectif d'une plus grande souplesse de gestion pour les établissements, ne se fait néanmoins pas sans un accroissement de certains moyens de contrôle de l'autorité tarifaire. Ainsi, tant pour le secteur des personnes âgées (alinéa 9) que pour celui des personnes handicapées (alinéa 13), l'article 46 du PLFSS intègre dans le contrat une clause relative au « **plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige** ». Cette disposition vient s'ajouter à celle déjà prévue par l'alinéa 2 de l'article L. 313-14-1 du Casf, selon lequel un avenant à la convention reliant l'établissement à ses financeurs pouvait définir les modalités de retour à l'équilibre. En systématisant le recours à la clause du plan d'équilibre, le législateur permet ainsi que la pluriannualité des nouveaux contrats n'empêche pas l'autorité tarifaire de réagir en cas de budget dégradé.

Outre la référence à cette clause, l'article 46 apporte une précision à l'article L. 313-14-2 du Casf, qui organise le régime du reversement à l'autorité tarifaire lorsque celle-ci constate des dépenses sans rapport avec l'objet social défini dans le Cpom ou des recettes non comptabilisées. Le « reversement » se voit renommer en « récupération » et il est désormais possible à l'autorité tarifaire de **déduire cette récupération de l'exercice courant ou de l'exercice à suivre** (alinéa 17). Cette nouvelle disposition apporte donc un autre tempérament à la liberté de gestion ouverte aux établissements par le Cpom.

¹ Dont les détails figurent à l'article 58 de ladite loi.

2. Un nouveau régime de la caducité de l'autorisation

L'autre grande modification apportée par cet article au secteur médico-social touche au **régime de l'autorisation** accordée par l'autorité de tarification et de contrôle aux gestionnaires d'établissements.

Le droit actuel (article L. 313-1 du Casf) prévoit que « toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un **commencement d'exécution** dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification ». Le décret mentionné¹ ajoute un article D. 313-7-2 au Casf qui porte ce délai à **trois ans** et qui définit le « commencement d'exécution » comme « tout élément de réalisation tendant à rendre l'autorisation effective ». Malgré cette esquisse de définition, la jurisprudence s'est toujours refusée à donner du commencement d'exécution une définition *in abstracto* et s'astreint à en définir les contours en fonction de l'espèce².

En l'état de cette jurisprudence, la réalisation de travaux « symboliques » n'est sans doute pas suffisante pour interrompre le délai de caducité de l'autorisation, mais l'hétérogénéité des décisions juridictionnelles pouvant entraîner des prorogations de délais et des retards de réalisation, le présent article propose de **durcir le critère** en disposant que « toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret » (alinéa 3). Ce délai devrait être de **quatre ans**. Il y ajoute un tempérament immédiat en prévoyant que ce même décret définit les conditions dans lesquelles ce délai peut être prolongé.

À première vue, ce dispositif, probablement en réaction aux retards pris dans la livraison des places prévue par les grands plans nationaux, tend à rendre l'ouverture de places d'établissements médico-sociaux plus effective en l'enfermant dans des délais plus définis et plus contraints.

B. Des précisions apportées à la réforme budgétaire des Ehpad

Les alinéas 5 à 7 ainsi que 19 à 24 de l'article 46 contiennent des dispositions spécifiques aux Ehpad qui tentent d'articuler au mieux les nouveautés issues de la réforme tarifaire de la loi ASV et le nouveau cadre du Cpom.

¹ Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Cour administrative d'appel de Lyon, 3^e Chambre, 14 juin 1999, Département de l'Isère, n° 96LY01915 : aux yeux de la Cour, ne constitue pas le commencement d'exécution prévu par la loi la réalisation de quelques travaux (clôture du terrain, traçage des voies, construction d'un local technique indépendant) sans rapport avec l'importance réelle du projet autorisé (un établissement pour personnes âgées de 78 places).

1. L'état prévisionnel de recettes et de dépenses

La réforme tarifaire applicable aux Ehpad doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017, indépendamment de la signature d'un Cpom par l'établissement. Cette réforme s'accompagne de la généralisation d'un nouveau document comptable, **l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD)**. La mise en place de cet outil découle de la réforme de la tarification de certains types d'établissements médico-sociaux, parfois dénommée « tarification à la ressource » et initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹. Jusqu'à présent, l'article L. 314-7-1 du Casf limitait l'application de l'EPRD aux seuls établissements « *dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales* ». La loi ASV généralise l'EPRD à l'ensemble du secteur des personnes âgées, **selon des modalités et des délais qui ne manquent pas de poser question.**

Avec l'EPRD, « *les charges s'adaptent aux ressources attribuées à l'établissement, alors que la procédure antérieure repose sur un mécanisme d'approbation des dépenses*² ». Il s'agit donc d'un renversement de la logique du budget prévisionnel, selon laquelle le niveau de dépenses prévu commande l'allocation par l'autorité tarifaire. Dans le système de l'ERP, les ressources de l'établissement ne sont plus garanties *ex ante*, mais sont **fonction de l'activité réalisée.**

Même si le législateur a choisi de ne pas corrélérer dans le temps la mise en place des EPRD et la généralisation des Cpom, ces deux mesures sont néanmoins étroitement liées. L'avènement de la tarification à la ressource, renforcé par le caractère pluriannuel de la convention de financement, doit donner à terme au gestionnaire d'établissement **une plus grande liberté dans l'affectation de ses résultats.** À noter cependant que cette liberté d'affectation ne concernera que les établissements de droit privé à but non lucratif ; les établissements publics continueront de relever de la procédure administrative d'affectation des résultats³ pour la clôture de leurs comptes.

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, article 63.

² Jean-Pierre HARDY, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris, Dunod, 3^e éd., 2010, p. 223.

³ Instruction du 8 juillet 2014, BOFIP-GCP-14-0012 du 01/08/2014, Modifications apportées au plan comptable M22 au 1^{er} janvier 2014, Annexe 6.

2. Le statut particulier des financements complémentaires

Les alinéas 6 et 24 de l'article 46 **singularisent le traitement des financements complémentaires** que l'autorité tarifaire, en plus de la dotation globale, peut affecter à l'Ehpad. Ces financements complémentaires, destinés à soutenir les établissements médico-sociaux dans des actions d'hébergement ou de prise en charge spécifiques notamment liées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer (accueil de jour, hébergement temporaire, pôles d'activités et de soins adaptés, unités d'hébergement renforcées...), relèvent d'un circuit financier à part.

De par leur nature, les financements complémentaires semblent donc mal s'agencer avec la logique pluriannuelle de l'EPRD et du Cpom. C'est pourquoi l'article 46 précise à son alinéa 6 leur nature « prévisionnelle », **les faisant ainsi toujours relever de l'ancienne procédure du budget prévisionnel**.

De plus, la loi ASV définit les modalités de fixation des financements complémentaires en prévoyant le maintien pour l'année N du niveau accordé pour l'année N-1 avec revalorisation par un taux fixé par arrêté. L'alinéa 24 de l'article 46 réécrit complètement cette disposition en **supprimant l'obligation de maintien au niveau de l'année antérieure** et en chargeant désormais le directeur général de l'ARS du chiffrage des financements complémentaires.

3. Une vigilance accrue de l'autorité tarifaire dans la phase pré-Cpom

La déconnexion des calendriers d'application des deux réformes (application prévue au 1^{er} janvier 2017 pour la réforme tarifaire et application échelonnée sur sept ans pour la signature de Cpom) oblige le Gouvernement à prévoir une disposition transitoire pour les établissements soumis à l'EPRD mais encore régis par une convention annuelle. Cette disposition figure à l'alinéa 7 et prévoit que « dans l'attente de la signature du contrat », l'autorité tarifaire peut « réviser les propositions d'affectation des résultats » sur la base de l'EPRD. Cette faculté de l'autorité tarifaire, jusqu'ici limitée aux établissements médico-sociaux publics, serait donc **étendue aux établissements de statut privé à but non lucratif dans la période qui précéderait la signature d'un Cpom**. Il y a donc limitation provisoire, dans la phase pré-Cpom, de l'autonomie budgétaire du gestionnaire d'établissement.

4. Des modalités révisées d'évaluation de l'autonomie des résidents

Enfin, les alinéas 20 et 21 apportent une modification non directement reliée à la réforme budgétaire des Ehpad mais concernant les modalités d'évaluation de l'autonomie des résidents. Le droit actuel prévoit que l'évaluation du niveau de dépendance des patients (fonction de la grille nationale Aggir) doit être faite par deux médecins, dont l'un appartient aux équipes médico-sociales départementales et l'autre aux équipes de l'ARS, et que l'évaluation des besoins de soins (fonction de l'outil Pathos) doit être faite par un médecin de l'ARS. Cette division de l'évaluation correspond à la dualité des financeurs de l'Ehpad.

Outre la difficulté que peut présenter cette double évaluation (produite par trois médecins) pour le résident, elle peut aussi se voir ralentie par les ressources limitées, voire insuffisantes de certains départements ou de certaines ARS. C'est pourquoi le présent article propose de donner la possibilité aux deux autorités de désigner les médecins à l'extérieur de ces équipes sans toutefois préciser les modalités de cette désignation ni les impacts pour le résident.

C. L'amorce discutable d'une réforme tarifaire des établissements du secteur handicap

Le présent article comporte davantage de dispositions relatives au secteur des personnes âgées qu'à celui des personnes handicapées. Cela s'explique en grande partie par une généralisation des Cpom dans le secteur alors même que la réforme tarifaire n'est pas finalisée. En effet, le répertoire opérationnel de ressources qui servira à la « tarification à la ressource » spécifique au secteur est en cours d'élaboration sous l'égide conjointe de la DGCS et de la CNSA (projet Serafin-PH).

On assiste donc, dans le secteur du handicap, à une réforme « à rebours » où le Gouvernement redéfinit le cadre du dialogue de gestion avant même d'en avoir précisé le nouveau contenu. Il en résulte à l'alinéa 11 une disposition selon laquelle le Cpom « peut prévoir **une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité** définis dans le contrat, selon des modalités fixées en Conseil d'État ». Est ainsi reconnu à l'autorité tarifaire, lors de la négociation du Cpom avec l'établissement, un pouvoir de modulation de la dotation selon des critères qui, en raison de la non-finalisation de la réforme tarifaire, sont encore largement inconnus.

Cela étant, la mention d'un tarif modulable dans le secteur du handicap a paru nécessaire au Gouvernement en raison d'une réforme de la dotation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Les établissements accueillant des personnes handicapées se sont vus contraints de passer d'une dotation fixée en prix de journée (et donc fonction du nombre de personnes prises en charge) à une dotation globale conforme à la logique de l'EPRD.

Cette première réforme, en supprimant le paramètre du nombre de personnes accueillies, présentait donc le risque de moins inciter les établissements à l'ouverture de places. C'est pourquoi le Gouvernement a jugé bon, malgré une anticipation peut-être précipitée de la réforme tarifaire à venir, d'introduire la possibilité pour l'autorité de tarification de moduler la dotation en fonction notamment du taux d'occupation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté quatre modifications importantes à cet article.

Elle a adopté un amendement du Gouvernement qui précise les contours des futurs Cpom des Ehpad. Subsistait en effet une difficulté concernant la signature de contrats englobant des structures présentant des statuts juridiques différents. Les autorités tarifaires ne pouvaient pas avaliser la signature de Cpom rapprochant par exemple des gestionnaires associatifs publics et des gestionnaires de statut privé à but non lucratif. Le Gouvernement désamorce ce verrou en désignant la notion de « **contrôle exclusif** » telle que définie à l'article L. 233-16 du code de commerce comme seul critère nécessaire de réunion d'établissements au sein d'un même Cpom.

Deux amendements présentés par nos collègues Philip Cordery et Joëlle Huillier ont **supprimé la nature prévisionnelle des financements complémentaires des Ehpad**, l'intégrant ainsi dans la même logique budgétaire que la dotation globale.

Un amendement de notre collègue Philip Cordery redéfinit le périmètre des Cpom du secteur des personnes handicapées en ajoutant aux établissements d'hébergement, aux établissements et services d'aide par le travail (Esat) et aux services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) **les services chargés du diagnostic précoce du handicap**.

Un amendement de notre collègue Philip Cordery intègre les **frais de siège social** des établissements régis par le Cpom à la dotation globale défini par le contrat.

III - La position de la commission

A. Quelques précisions sur la réforme tarifaire des Ehpad

Dans la continuité des amendements de l'Assemblée nationale précisant la nature des financements complémentaires, la commission propose un rééquilibrage autour de **leurs modalités d'abondement aux Ehpad**. Le présent article propose de revenir sur la définition du taux d'évolution annuel de revalorisation de ces financements, qui est à présent déterminé par arrêté ministériel et qui ne peut être inférieur à celui de

l'exercice précédent. Il entend donner toute latitude aux ARS qui pourront désormais fixer librement ce taux d'évolution. La commission approuve la délégation du financement aux ARS mais souhaite alerter sur la perte de la référence à l'exercice précédent pour éviter que ces financements complémentaires, essentiels à la prise en charge de cas complexes en Ehpad, ne subissent les contrecoups de la baisse de l'Ondam médico-social.

La commission a également adopté un **amendement n° 108** visant à préciser les conditions dans lesquelles une modulation de tarif en fonction d'objectifs d'activités peut intervenir. Il ne s'agit pas de discuter l'intérêt de la prise en compte du taux d'occupation dans le niveau de la dotation des Ehpad, mais de **reporter cette disposition après l'application pleine et entière de la réforme tarifaire**. Cela permettra d'éviter aux établissements la double peine que constituerait, sur les sept ans à venir, une dotation qui n'atteint pas encore son plafond et une minoration au prétexte de sous-activité.

B. D'importantes précautions autour des Cpom dans le secteur du handicap

La commission a adopté un **amendement n° 105** qui redéfinit les modalités de signature des Cpom dans le secteur des personnes handicapées. Il a en effet paru à la commission que la réforme de la contractualisation dans ce secteur appelait des aménagements particuliers, en raison de l'inconnue importante qui pèse encore sur la réforme tarifaire. Sans revenir sur le principe du Cpom, largement accepté par les acteurs concernés, la commission propose d'insérer une **phase de dialogue préparatoire à la signature**, afin de garantir un **équilibre réel de la négociation** entre le gestionnaire et l'autorité tarifaire.

La commission, par un **amendement n° 107**, a entendu étendre aux établissements accueillant des personnes handicapées régis par un Cpom **la liberté d'affectation de leurs résultats sur la période de cinq ans et entre les établissements régis par le Cpom**. Cette possibilité, déjà ouverte aux Ehpad par la loi ASV, permettra aux gestionnaires de plusieurs établissements d'organiser au mieux des parcours souples au plus près des besoins de la personne.

Concernant la disposition de l'article 46 qui prévoit que la dotation des établissements accueillant des personnes handicapées puisse être modulée en fonction d'objectifs d'activité, la commission y est favorable sur le principe mais en conteste l'opportunité. Elle a donc adopté un **amendement n° 106 de modération de cette disposition**, en la reportant à une date ultérieure à la mise en œuvre de la réforme tarifaire.

Il ne lui paraît en effet pas pertinent de moduler les dotations en fonction de l'activité dans le secteur du handicap alors même que la réforme tarifaire est encore en gestation et que les objectifs d'activité mentionnés sont susceptibles de variations en fonction des contours de cette réforme future. Enfin, conditionner la dotation des établissements pour personnes handicapées au niveau d'activité risque fort de les inciter à la suractivité, ce qui ne manquerait pas de nuire à la qualité de leurs missions.

C. Des clarifications sur les comptes de la CNSA

Alertée par l'épuisement du montant des réserves de la CNSA et par le financement à long terme du secteur médico-social, votre commission a adopté trois amendements clarifiant les délais et les modalités de présentation des comptes de la CNSA.

Un premier **amendement n° 101** tend à **renforcer leur lisibilité**. En premier lieu, il est souhaitable que la loi prévoie la publication par la CNSA de son bilan, et non seulement de ses comptes. Son niveau de fonds propres (communément appelé ses « réserves »), et surtout des flux infra-annuels l'alimentant, doit pouvoir être porté à la connaissance du Parlement. En second lieu, la loi ne prévoit pas que la CNSA communique au Parlement et au Gouvernement, selon les mêmes modalités que son rapport annuel, ses budgets modificatifs. Or, ceux-ci sont d'un intérêt capital pour le bon examen parlementaire des comptes de la CNSA.

Un deuxième **amendement n° 103** entend **sécuriser l'usage qui peut être fait de ces réserves**, qui doit être strictement limité aux missions de la Caisse, à savoir la prévention de la perte d'autonomie. Ces réserves pourront donc être redistribuées entre les sections II et III du budget de la CNSA, qui financent respectivement l'Apa et la PCH.

Un **amendement n° 102** vise plus particulièrement les provisions de 50 millions d'euros constituées par la loi de finances rectificatives pour 2015 sur les réserves de la CNSA à destination des départements en difficulté. Il n'est en effet pas souhaitable que des crédits initialement prévus pour la lutte contre la perte d'autonomie soient **détournés de leur usage** pour tenter de pallier un problème - la soutenabilité des finances départementales face à l'élévation des dépenses sociales - qui appelle des solutions plus structurelles.

Un dernier **amendement n° 104** rectifie une erreur de référence.

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

Article 46 bis (nouveau)

**Rapport sur la mise en place d'un fonds de prévention
des départs non choisis en Belgique**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement concernant la prorogation pluriannuelle du fonds d'amorçage lancé en 2016 pour lutter contre les départs non choisis de personnes handicapées en Belgique.

I - Le dispositif proposé

Issu d'un amendement de notre collègue député Philip Cordery adopté par l'Assemblée nationale, le présent article propose que soit remis au Parlement un rapport qui préparerait la prorogation du fonds d'amorçage annoncé en début d'année 2016 par le Gouvernement pour lutter contre le phénomène des départs non souhaités en Belgique, qui touche actuellement environ 6 500 personnes.

Aux termes de la circulaire du 22 avril 2016¹, ce fonds d'amorçage, **doté de crédits initiaux de 15 millions d'euros**, a été prévu pour financer trois types de solutions de proximité sur le territoire national : des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile, des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux en cas de prise en charge complexe, enfin des créations de places adaptées.

Les conditions de répartition de ce fonds entre les différentes agences régionales de santé (ARS) sont exposées dans une instruction du 22 janvier 2016². Une première tranche de 10 millions d'euros a déjà été ventilée entre ARS en fonction de plusieurs critères, dont le nombre de départs en Belgique identifiés. La seconde tranche de 5 millions sera distribuée en fonction des préconisations d'une mission de suivi, conduite par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le dispositif.

¹ Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

² Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique.

II - La position de la commission

Votre commission émet plusieurs réserves à propos de cet article.

Il ne paraît pas nécessaire de produire un rapport sur les conditions de mise en place d'un fonds pluriannuel dans la mesure où le Gouvernement a toujours affirmé que le fonds d'amorçage lancé en 2016 **verrait systématiquement ses crédits abondés en cas d'épuisement**¹, notamment à l'aide des « économies » réalisées par les dissuasions de départs que le premier fonds aura permises.

De plus, **la notion de « départ non choisi »** n'a pas encore fait l'objet d'une estimation suffisante pour pouvoir être inscrite dans la loi. Avant l'ouverture d'un fonds pluriannuel, votre commission préconiserait plutôt que le Gouvernement travaille sur un outil de détection fiable et rigoureux de ces « départs non choisis », afin de les identifier clairement, avant d'en faire un objet de droit.

Enfin, la commission exprime ses doutes quant à l'efficacité d'un tel fonds dans la lutte contre les départs subis en Belgique, dans la mesure où son efficacité est limitée aux prises en charges pour lesquelles l'assurance maladie est seule à décider du bien-fondé du départ (uniquement les enfants et les adultes admis en maison d'accueil spécialisé). Par ailleurs, la mise en place de ce fonds, dont les modalités d'abondement laissent la commission fort sceptique, ne doit pas détourner l'attention des pouvoirs publics des vrais problèmes qui fondent les départs non souhaités : **le manque de places et le défaut patent d'une prise en charge adaptée pour certains types de handicaps**.

Votre commission ne peut pas laisser croire que la seule activation d'un montant limité de crédits, même pluriannuels, et qui présente un risque élevé de saupoudrage, est de taille à résoudre ces problèmes.

Elle a en conséquence voté un amendement n° 109 de suppression de cet article.

¹ Discours de Mme Ségolène Neuville lors de l'inauguration de quinze places d'institut médico-éducatif (IME) à Chenières le 1^{er} mars 2016 : « S'il faut plus que ces 15 millions, il y aura plus et ce dès 2016 ».

Article 47

(art. 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013)

**Prorogation et élargissement du périmètre de l'expérimentation
relative au financement de la télémédecine**

Objet : Cet article prévoit une prolongation d'un an des modes de financement des actes de télémédecine, étend cette expérimentation à l'ensemble du territoire et prévoit un certain nombre de simplifications et de précisions du dispositif.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de sept points.

Le 1° prolonge d'un an l'expérimentation prévue à l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et l'étend à l'ensemble du territoire.

Le 2° prévoit la possibilité pour les établissements de santé de participer à l'expérimentation pour leurs consultations externes.

Le 3° supprime le mécanisme de conventionnement.

Le 4° prévoit un financement forfaitaire par le FIR pour les établissements recourant à la télémédecine.

Le 5° procède à une coordination.

Le 6° interdit l'inscription sur la liste des produits et prestations remboursés des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de l'expérimentation, sauf à ce que leur fonctionnement soit comparable à des dispositifs déjà inscrits sur cette liste. L'objet de l'article indique que cette expérimentation vise essentiellement à permettre le remboursement des défibrillateurs cardiaques.

Le 7° permet à la Haute Autorité de santé de valider l'évaluation des expérimentations plutôt que de les réaliser elle-même et procède à une coordination.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements à cet article : trois amendements rédactionnels déposés par la rapporteure pour l'assurance maladie et un amendement du Gouvernement tendant à assurer la continuité de prise en charge des dispositifs faisant l'objet d'une expérimentation de télésurveillance, entre la fin de la phase expérimentale et la décision relative à leur prise en charge selon un processus de droit commun et permettant en outre aux industriels de déposer leur demande de remboursement avant la fin des expérimentations.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable au développement de la télémédecine et donc à cet article. Elle souhaite néanmoins que puisse être favorisé le développement de ces pratiques à l'hôpital, ce qui suppose une prise en charge tarifaire adéquate, calquée sur celle des actes en présence physique. L'article 40 de la Constitution s'oppose néanmoins à tout amendement sur ce sujet que votre commission souhaitera donc évoquer avec le Gouvernement à l'occasion du débat en séance publique.

Dans cette attente la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 47 bis (nouveau)

Recueil de données issues d'un dispositif médical

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale ; prévoit la possibilité d'un suivi de l'usage des dispositifs médicaux dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement de Gérard Bapt et de Bernadette Laclais, adopté par l'Assemblée nationale, insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 165-1-3 relatif aux données issues de certains dispositifs médicaux.

Il tend à prévoir que les dispositifs utilisés pour la prise en charge de certaines maladies chroniques peuvent donner lieu à un recueil de données, avec l'accord du patient.

Ces données peuvent être transmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical afin de faire évoluer la prescription et de permettre la mise en place d'actions destinées à favoriser le bon usage.

Elles peuvent également servir à moduler le niveau de prise en charge, la moindre utilisation du dispositif ne pouvant toutefois conduire à augmenter la participation de l'assuré.

Les modalités d'application de cet article sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable aux dispositions permettant d'accompagner les patients pour une meilleure observance des traitements. Elle rappelle que la question de la modulation des remboursements liés à l'usage des dispositifs médicaux a déjà fait l'objet de décisions contentieuses et qu'il convient d'être prudent en la matière.

En effet, deux arrêtés du 9 janvier et du 22 octobre 2013 de la ministre de la santé et du ministre délégué chargé du budget avaient modifié les modalités de prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, du dispositif médical dit à pression positive continue (PPC) utilisé pour le traitement de l'apnée du sommeil.

Ces deux arrêtés subordonnaient notamment la prise en charge du coût du traitement à l'utilisation effective du dispositif médical PPC. Ils fixaient à cette fin une durée minimale d'utilisation de l'appareil, contrôlée par un dispositif de transmission automatique des informations. Les patients qui n'observaient pas suffisamment leur traitement, dans les conditions fixées par l'arrêté, sont susceptibles d'être privés de tout remboursement.

Après avoir suspendu leur application en référé, le Conseil d'Etat, statuant au fond le 28 novembre 2014, a estimé que la loi n'avait pas donné compétence aux ministres pour subordonner, par voie d'arrêté, le remboursement du dispositif PPC à une condition d'utilisation effective par le patient.

Cet article, dont la portée est plus large puisqu'il concerne tous les dispositifs médicaux utilisés pour la prise en charge des maladies chroniques et ne prévoit pas de baisse de remboursement liée à une moindre utilisation du dispositif, confère une base légale à la modulation de la prise en charge en fonction de l'utilisation.

Votre commission estime qu'il est, en l'état, intéressant et susceptible de favoriser l'observance des traitements. Elle a cependant souhaité préciser, par un **amendement n° 110**, que la HAS devra se prononcer sur les modalités d'utilisation des données recueillies.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 48

(art. 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011
de financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 48 de la loi n° 2012-1404
du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013)

Prorogation de l'expérimentation Paerpa

Objet : Cet article prévoit, à des fins de coordination entre la LFSS pour 2012 et la LFSS pour 2013, la prorogation pour une année supplémentaire du dispositif Paerpa.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à étendre la durée d'expérimentation du **parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa)**. Cette disposition s'insère dans un contexte d'intérêt accru des pouvoirs publics pour la question de l'autonomie des personnes âgées, moins d'un an après le vote de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹ et quelques mois après la publication d'un rapport thématique de la Cour des comptes consacré à ce sujet².

A. La genèse de Paerpa

Paerpa s'inscrit dans l'idée que « c'est dorénavant à partir du parcours de santé que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements³ ». En conséquence, l'article 48 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013⁴ prévoit la mise en œuvre « d'expérimentations à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans ».

Initialement limité à neuf territoires pilotes en septembre 2013, le projet Paerpa concerne seize territoires depuis juin 2016⁵ et recouvre un public d'environ 550 000 personnes âgées. Le déploiement de Paerpa sur ces territoires, qui – et c'est là une perspective intéressante – ne collent pas aux frontières départementales, se fait par un **pilotage conjoint de l'ARS et du conseil départemental** – autre avancée dans le décroisement des secteurs sanitaire et médico-social.

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Cour des comptes, Rapport public thématique, « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », juillet 2016.

³ Propos de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, lors de la présentation en Conseil des ministres de la Stratégie nationale de santé en 2013.

⁴ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

⁵ La Mayenne, les Hautes-Pyrénées, l'Indre-et-Loire, le nord parisien, le Grand Nancy, Bordeaux, le sud de la Corrèze, le Valenciennois-Quercitain, le nord de la Bourgogne, auxquels se sont ajoutés le centre parisien, le Doubs, le territoire Roannais, l'est du Var, la Haute-Corse, les Deux-Sèvres, la région rennaise, le territoire de Bessin-Pré-Bocage et la Meurthe-et-Moselle.

L'innovation du dispositif, qui s'efforce de surmonter la logique d'une approche centrée sur les actes et la segmentation, réside dans deux outils principaux :

- le premier est le **projet personnalisé de santé** (PPS) qui résume le diagnostic et l'état de santé du patient et qui se structure selon **un volet « soins », mais aussi un volet « aides »**. Il est élaboré, avec le consentement explicite de l'utilisateur, par le médecin traitant. Ce PPS est mis en œuvre par une coordination clinique de proximité (CCP) qui réunit des professionnels médicaux et paramédicaux du premier recours ;

- le deuxième est la **coordination territoriale d'appui** (CTA), qui permet un appui du médecin traitant par l'ensemble des professionnels sanitaires, mais aussi médico-sociaux. La particularité de la CTA est qu'elle n'est pas une structure supplémentaire à toutes celles existant mais un ensemble de missions et de méthodes endossables par une structure de coordination déjà existante (Clic, Maia, CCAS, réseau gérontologique). Cette CTA a une triple utilité : elle décharge le médecin du travail administratif lié au PPS, elle apporte une expertise gériatrique et elle assure un lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Le financement de Paerpa est assuré dans le cadre du Fonds d'intervention régional (Fir) et s'est élevé en 2015 à 1,87 million d'euros par territoire, soit un total de 16,83 millions d'euros.

B. Un dispositif d'intégration insuffisamment coordonné avec les dispositifs existants

Votre rapporteur souhaite avant toute chose relever une imprécision terminologique, en apparence anodine, mais dont les effets ne sont pas à négliger. Alors que le parcours intégré de la personne âgée doit reposer sur la notion de « **parcours de soins** » (le « soin » englobant tant la dimension strictement sanitaire que la dimension médico-sociale de la prise en charge), l'acronyme de Paerpa a retenu la notion plus restrictive de « **parcours de santé** », qui ne fait qu'entretenir le risque de concentration des efforts de coordination sur le sanitaire.

Le premier constat qu'il convient de faire, en dépit des efforts déployés par Paerpa pour ne pas engendrer de doublons, est que **le dispositif n'est pas parvenu à clarifier le paysage de la prévention de la perte d'autonomie**, en grande partie en raison de la non-identification d'un acteur territorial dédié. Selon qu'il est endossé par un réseau gérontologique sanitaire, un Clic ou une Maia, Paerpa épouse plus ou moins les méthodes de sa structure d'accueil et peine à amorcer un décloisonnement¹. Ce risque est d'autant plus aggravé que Paerpa ne prévoit pas la consultation obligatoire de la CTA par le médecin traitant et peut souvent concentrer l'effort de coordination sur l'unique sphère sanitaire. L'équilibre entre l'intervention du médecin traitant et celle de la CTA est délicat à trouver.

¹ L'Union nationale des professions de santé (UNPS) et le collège de la médecine générale ont souhaité quitter le comité national de pilotage de Paerpa sous prétexte que le dispositif était « hospitalo-centré ».

Par ailleurs, la CTA, censée être le lieu du dialogue entre secteurs, paraît être en partie **un doublon des « plates-formes territoriales d'appui » (PTA)** instaurées par la loi de modernisation de notre système de santé¹ (LMSS) pour la prise en charge de parcours de santé complexes. Là encore, la terminologie peut porter à confusion, car le « **parcours de santé complexe** » est défini par l'article L. 6327-1 du code de la santé publique comme un parcours nécessitant « l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ». La loi désigne spécifiquement les ARS comme les entités coordinatrices de ces PTA et le décret d'application² spécifie bien qu'une « **priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville** » et « qu'à défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'ARS peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de la plate-forme et, le cas échéant, désigne l'opérateur ».

On remarque donc que les dispositifs législatifs les plus récents peinent encore à œuvrer dans le sens du décloisonnement. De plus, alors que les CTA tentent une ouverture sur les structures départementales existantes, les PTA, dont les missions sont identiques, sont strictement régies par les ARS. La Cour des comptes souligne dans son rapport thématique que le développement des PTA se fait dans l'absence totale de référence aux autres entités de coordination. **La coexistence CTA/PTA paraît ainsi fort dommageable à votre rapporteur.**

C. Les retours des territoires pionniers

Les actes d'un colloque organisé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) sur le dispositif Paerpa³ permettent de réunir quelques retours des territoires pionniers et de distinguer ceux qui ont orchestré **une véritable coordination territoriale entre région et départements** et ceux qui ont **concentré le déploiement de Paerpa sur l'ARS.**

C'est dans l'ancienne région du **Nord-Pas-de-Calais** que la coopération des échelons territoriaux dans le déploiement de Paerpa s'est faite de la façon la plus poussée. Cette collaboration est née d'une étape décisive, qui est la convergence des orientations stratégiques du projet régional de santé (PRS) et du schéma départemental « personnes âgées ». Le lancement de Paerpa s'est fait par la signature d'une convention-cadre portant sur une gouvernance partagée et tous les projets font l'objet d'un copilotage et d'un cofinancement.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, article 1^{er}.

³ Anap, Actes du séminaire Pacss Paerpa, 3 juillet 2014.

D'autres territoires ont au contraire fait porter Paerpa essentiellement par l'ARS, avec un risque que les partenariats entre sanitaire et médico-social y soient traités de façon subsidiaire. Ainsi, en **Bourgogne-Franche-Comté**, Paerpa est déployé par un comité stratégique installé par l'ARS dont la présidence a échu à quatre médecins et qui réunit essentiellement des acteurs sanitaires (à l'exception des représentants des conseils départementaux et des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie). Les particularités de la région Bourgogne-Franche-Comté s'expliquent en grande partie par l'absence de Clic sur la région et par une implication moins élevée de l'acteur départemental. D'une autre manière, il arrive que le déploiement reste à la main de l'ARS en raison de consensus insuffisants avec les départements. C'est par exemple le cas en **Bretagne**, où les réticences de certains départements engendrent plusieurs freins dans les découpages territoriaux ou le partage des systèmes d'information.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté une modification de coordination à cet article, afin de faire correspondre les durées d'expérimentation des articles 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

III - La position de la commission

Compte tenu des résultats encourageants de l'expérimentation Paerpa, votre commission se montre favorable à sa prorogation.

Cependant, dans le souci d'accompagner cette démarche de construction d'un parcours globalisé autour de la personne, votre commission propose un amendement qui rationalise la coordination de la prévention de la perte d'autonomie autour du département et qui encourage la mise en œuvre des Maia au niveau local par des Clic de niveau 3. En effet, la généralisation et le déploiement rapide des Maia sous la seule égide des ARS se sont faits sur la base unique d'un décret publié en 2011¹ et en méconnaissance de l'article L. 113-2 du Casf. Il en résulte, dans les départements, un défaut patent de coordination entre les réseaux gérontologiques gérés par les conseils départementaux et les réseaux Maia, ce qui entraîne selon les cas doublons ou couverture lacunaire.

¹ Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Il paraît donc cohérent de mutualiser leurs missions afin d'optimiser les ressources humaines et financières. Les crédits prévus par l'ARS pour les Maia pourraient être ainsi attribués à la personne morale gestionnaire du Clic, avec le cahier des charges correspondant au montage des Maia, dans le cadre de la conférence des financeurs prévue par la loi ASV. Votre commission a donc voté un **amendement n° 111** facilitant cette mutualisation.

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

Article 48 bis (nouveau)

**Expérimentation du financement,
par le fonds d'intervention régional (Fir),
des parcours de soins et de la prise en charge
des personnes souffrant de douleurs chroniques**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise, à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional de la prise en charge des douleurs chroniques dans le cadre de parcours de soins prévus à cet effet.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée Sylviane Bulteau et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain.

Il comporte trois paragraphes.

Le **paragraphe I** autorise l'État à expérimenter le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) « *des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes* ».

Prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le fonds d'intervention régional (FIR), dont la gestion est assurée par les agences régionales de santé (ARS), a pour objet de financer des « *actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant* » notamment à « *l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale* ». Il est doté d'environ 3,3 milliards d'euros pour l'exercice 2016. Le montant total des crédits délégués à chaque (ARS) au titre du FIR est fixé chaque année par un arrêté.

L'expérimentation prévue au présent article a une **durée maximale de trois ans**.

Le **paragraphe II** renvoie à un décret en Conseil d'Etat la définition des modalités de mise en œuvre de ces expérimentations. Ce décret doit notamment préciser les caractéristiques de l'appel à projets national lancé pour la mise en œuvre de l'expérimentation. Il précise par ailleurs les conditions dans lesquelles l'expérimentation sera évaluée avant son éventuelle généralisation.

Il est précisé qu'un référentiel établi par la Haute Autorité de santé (HAS) servira d'appui à la définition du parcours de soin.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

- le cahier des charges définissant le contenu de chaque projet ;
- la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des ARS concernées.

Le **paragraphe III** prévoit l'élaboration par le Gouvernement d'un rapport d'évaluation au terme de l'expérimentation. Ce rapport est transmis au Parlement.

II - La position de la commission

Le dispositif expérimental prévu au présent article s'inscrit dans le prolongement des récents travaux de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fibromyalgie¹, laquelle n'est pas encore reconnue comme maladie à part entière par les autorités sanitaires françaises dans la mesure où elle se traduit par des symptômes douloureux diffus, parfois subjectifs, qui rendent le diagnostic difficile.

Les propositions 13 et 14 du rapport de la commission d'enquête invitent en effet à la mise en place :

- « *d'un parcours de soins et de prise en charge de la douleur, notamment pour les patients atteints de fibromyalgie, sur la base d'un référentiel de bonnes pratiques élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS)* » ;
- et d'« *un forfait de coordination dans le cadre des parcours de soins.* »

Votre commission partage le constat selon lequel les personnes souffrant de fibromyalgie doivent pouvoir bénéficier d'une meilleure reconnaissance et d'une orientation plus adaptée au sein de notre système de santé. La possibilité d'expérimentation ouverte au présent article répond à cet objectif dès lors qu'elle vise à renforcer la coordination entre médecins traitants et médecins spécialistes, notamment en rhumatologie, et entre médecine de ville et médecine hospitalière, y compris les professionnels de santé exerçant dans les centres de lutte contre la douleur.

¹ Rapport n° 4110 fait au nom de la commission d'enquête sur la fibromyalgie, dont la présidente était Mme Sylviane Bulteau et le rapporteur M. Patrice Carvalho, 12 octobre 2016.

A l'initiative du rapporteur général, votre commission a adopté l'**amendement n° 112** dont l'objet est rédactionnel.

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

CHAPITRE III

Garantir la pertinence des prises en charge

Article 49

(art. L. 133-4, L. 162-22-7-3 [nouveau], L. 174-2-1, L. 174-15, L. 221-1, L. 221-1-1, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique

Objet : Cet article prévoit de créer un fonds chargé d'abonder les dépenses en matière de médicament innovants.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I propose de modifier le code de la sécurité sociale.

Il comporte sept points.

Le 1° complète les missions de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés prévues à l'article L. 221-1 pour y inclure l'établissement des états financiers et la gestion des fonds suivants : le fonds pour l'innovation pharmaceutique (créé par l'article 49 du PLFSS), le fonds des actions conventionnelles (créé en 2012), le fonds national pour la démocratie sanitaire (créé par l'article 42 du PLFSS).

Le 2° rétablit un article L. 221-1-1 pour créer le fonds pour l'innovation pharmaceutique.

Il détaille ses recettes :

- une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie destinée à ajuster les ressources pour qu'elles suivent le taux de croissance moyen des dépenses ;

- les remises consenties par les laboratoires sur les médicaments inscrits sur la liste en sus et en rétrocession ;

- les remises consenties par les laboratoires sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation ;

- les contributions et remises dues au titre du taux Lh créé par l'article 18 du PLFSS pour 2017 ;
- les contributions et remises dues au titre des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C ;
- une part proratisée des remises consenties par les laboratoires au titre des médicaments bénéficiant d'un droit d'importation parallèle et inscrits soit sur la liste en sus soit en rétrocession hospitalière.

Les dépenses du fonds sont constituées des frais pharmaceutiques, soit l'ensemble des frais liés à l'achat d'un médicament en pharmacie pour les médicaments remboursés au titre :

- de la liste en sus ;
- de la rétrocession hospitalière ;
- des autorisations temporaires d'utilisation ;
- de la prise en charge dite post-ATU, soit entre la fin de l'ATU et l'inscription au remboursement ;
- de la prise en charge au titre des recommandations temporaires d'utilisation.

Il est prévu un plancher pour les éventuels déficits et un plafond pour les éventuels excédents. Les comptes du fonds sont retracés au sein de ceux de la Cnam qui établit un rapport annuel sur son activité prévoyant notamment un plan pluriannuel d'équilibre à horizon de cinq ans.

Le 3°, le 4° et le 5° procèdent à des coordinations liées au 6°.

Le 6° propose d'insérer un nouvel article L. 162-22-7-3 pour prévoir que les médicaments délivrés dans le cadre d'une ATU nominative sont pris en charge au titre de la liste en sus.

Le **II** procède à une coordination.

Le **III** prévoit la dotation initiale du fonds, 876 millions, et un mécanisme transitoire pour les dotations de l'assurance maladie au titre des années 2017 et 2018.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels et un amendement de coordination déposés par la rapporteure à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est opposée à la mesure de sortie de l'Ondam que constitue la dotation initiale de 876 millions de ce fonds. Elle constate qu'une fois cette dotation utilisée, les sommes abondant le fonds ne sont pas des ressources nouvelles mais des remises consenties par les laboratoires et des ressources fiscales sur le médicament qui sont pour l'heure affectées à la Cnam.

Dès lors, ce fonds n'est, en dehors de la dotation initiale qui vient abonder les ressources de la Cnam, qu'une mesure de trésorerie. La ministre de la santé a affirmé lors de son audition par la commission des affaires sociales qu'il s'agit là d'une mesure de bonne gestion destinée éviter les à-coups liés à l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments. Votre commission est tentée de relever le défi, lancé à cette occasion, de prouver le contraire. En effet, en l'absence de ressource pérenne nouvelle, il n'existe pas d'avantage à faire passer par le fonds des sommes qui devraient venir compléter l'Ondam. Si le Gouvernement est capable d'estimer que le coût liés aux médicaments innovants sera supérieur de 220 millions en 2017 au projet d'Ondam, il serait de bonne gestion d'augmenter l'Ondam à due concurrence.

Cette méthode est d'autant plus préférable que l'essentiel de l'innovation est nécessairement prise en charge par l'Ondam qui comporte 4 milliards d'euros de prise en charge des médicaments sous ATU et un total estimé par la ministre à environ 7 milliards de financement des produits innovants. De plus, l'innovation ne constitue pas un à-coup mais, dans le cas par exemple des anti-cancéreux, une dépense durable puisque les nouveaux médicaments n'ont pas seulement vocation à guérir une maladie, mais aussi à rendre chronique une pathologie mortelle. Laisser budgétairement l'entrée sur le marché d'une nouvelle molécule fait sens mais la méthode à suivre est celle d'un abondement de l'Ondam.

Dès lors, votre commission, ayant refusé le transfert de 876 millions d'euros du FSV à la Cnam afin d'éviter que l'Acoss ne finance l'innovation thérapeutique, s'oppose également à la création d'un fonds qui n'apporte pas de solution nouvelle ou préférable à une gestion adaptée de l'Ondam.

La commission a adopté un **amendement de suppression n° 113**.

Elle vous demande de supprimer cet article.

Article 50

(art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la sécurité sociale)

Substituabilité des biosimilaires

Objet : Cet article prévoit la possibilité de substitution d'un médicament biosimilaire en cours de traitement.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux points qui modifient le code de la santé publique.

Le 1° propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 5125-23-2 relatif à la prescription des médicaments biologiques ou administrés par voie

inhalisée. Il prévoit que le prescripteur porte expressément sur la première ordonnance « en initiation de traitement ».

Le prescripteur peut exclure la substitution lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement en portant sur l'ordonnance la mention « non substituable » sous forme manuscrite.

Le 2° supprime par coordination à l'article L. 5125-23-3 l'obligation pour le pharmacien de fournir le même médicament biologique qu'en initiation de traitement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de la rapporteure à cet article.

Le premier maintient le droit actuel (substitution possible uniquement en initiation de traitement) pour les dispositifs inhalés. La nouvelle possibilité de substitution ne s'appliquera donc que pour le médicament biologiques et leurs biosimilaires.

Le second rappelle aux prescripteurs leurs obligations d'information et de suivi en prévoyant que : « Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. »

III - La position de la commission

Votre commission est favorable au développement des biosimilaires. Elle estime bienvenue l'amendement adopté à l'Assemblée nationale tendant à maintenir le droit existant pour les dispositifs inhalés pour lesquels les conditions de sécurité ne semblent pas faire consensus.

Elle s'interroge cependant sur la formulation du dispositif proposé dont l'objet affirme qu'il place « le changement en cours de traitement (...) sous la responsabilité du prescripteur ». Cette plus forte implication du prescripteur dans le recours au biosimilaire est demandée par les industriels du secteur qui craignent que les médecins adoptent la même attitude de défiance vis-à-vis du biosimilaire que celle qui existe pour les génériques si c'est le même cadre de substitution par les pharmaciens qui est mis en place. Or le dispositif proposé ne prévoit pas la substitution à l'initiative du médecin mais bien, comme pour le générique, la simple faculté pour celui-ci de s'opposer à la substitution par le pharmacien.

Un travail complémentaire particulièrement important doit donc être mené au niveau réglementaire. La commission n'a pas souhaité modifier cet article sur ce point mais demandera, en séance, des précisions au Gouvernement.

Elle estime par ailleurs nécessaire d'accompagnement le développement du biosimilaire. A cette fin, sur le modèle de ce qui existe déjà pour les médicaments génériques, elle a adopté l'**amendement n° 114** tendant à mettre en place un objectif de prescription en biosimilaire à l'hôpital.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 51

(art. L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3 [nouveau], L. 162-18 du code de la sécurité sociale et L. 5121-12 du code de la santé publique)

Évolution du régime des ATU

Objet : *Cet article prévoit de réviser les conditions de prise en charge des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou du régime dit de « post-ATU ».*

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I modifie le chapitre du code de la sécurité sociale relatif aux dispositions générales relatives au soin et plus précisément la section relative, notamment, aux entreprises pharmaceutiques. Il se compose de cinq points.

Le 1° propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 162-16-5-1 relatif aux conditions de fixation du prix des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation ou du mécanisme de prise en charge dit « post-ATU ». Il introduit la notion de « prix net de référence » des spécialités déterminé lors de la première inscription au remboursement. L'écart entre le prix fixé par le laboratoire dans le cadre de l'ATU, « l'indemnité » déclarée au comité économique des produits de santé et le prix net de référence fait l'objet d'une reversion par le laboratoire.

Pour les médicaments déjà inscrits au remboursement pour au moins deux indications et bénéficiant d'une ATU pour au moins une autre, le montant dû par le laboratoire est calculé en faisant la différence des deux prix nets. Ce montant est versé sous forme de remise.

La rédaction proposée pour l'article L. 162-16-5-1 prévoit également la possibilité pour le Ceps de fixer un prix net de référence lorsque la sortie du mécanisme d'ATU ne se traduit pas par une inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

Le 2° propose de modifier l'article L. 162-16-5-2 relatif à la durée de la prise en charge post-ATU.

La nouvelle rédaction met en place une prise en charge pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement. Cela signifie que l'inscription au remboursement du médicament dans une autre indication n'entraîne pas la fin de la prise en charge spécifique de chacune des autres.

La fin de la prise en charge peut cependant découler, outre l'inscription au remboursement, du refus d'inscription ou de l'absence de demande d'inscription dans le mois suivant l'obtention de l'AMM.

Un arrêté des ministres compétents peut également mettre fin à la prise en charge d'un médicament pour une indication donnée si une alternative thérapeutique a été inscrite au remboursement, si aucun accord sur le prix ou tarif de responsabilité n'a été trouvé avec le Ceps, si la durée totale de la prise en charge en ATU et post-ATU a excédé un délai fixé en Conseil d'État ou si les conditions prévues pour l'ATU (présomption forte d'efficacité et signature avec l'ANSM d'un protocole de recueil de données) n'ont pas été respectées.

Il est enfin précisé que les laboratoires disposent d'un délai de deux semaines pour demander l'inscription sur la liste en sus d'un médicament autorisé pour l'achat par les collectivités, sous peine d'une pénalité financière.

Le 3° complète l'article L. 162-16-5-2 par deux alinéas pour renforcer l'obligation de suivi des protocoles mais aussi de recueil et de transmission d'information relatifs au produit pendant toute la durée de la prise en charge post-ATU.

Il renvoie l'application de l'article L. 162-16-5-2 à un décret en Conseil d'Etat.

Le 4° propose d'insérer un nouvel article L. 162-16-5-3 pour prévoir l'obligation pour le prescripteur d'indiquer l'indication pour laquelle le produit pris en charge au titre d'une ATU est prescrit.

Le 5° complète l'article L. 162-18 relatif aux remises consenties par les laboratoires. Il détermine les conditions dans lesquelles le Ceps peut fixer le prix net de référence des produits disposant pour l'une de leurs indications d'une ATU ou d'une prise en charge post-ATU.

Le II propose de modifier l'article L. 5121-12 du code de la santé publique pour prévoir qu'un laboratoire dispose d'une durée maximale d'un an pour déposer une demande d'AMM après avoir obtenu une autorisation temporaire d'utilisation.

Le III prévoit un mécanisme transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires nécessaires à l'application du nouvel article L. 162-16-5-3.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels déposés par la rapporteure à cet article.

Elle a également adopté un amendement particulièrement conséquent déposé par le Gouvernement. Cet amendement reprend l'une des « autres options possibles » présentées par la fiche d'évaluation préalable de l'article (annexe 10 du PLFSS) : « *Une dernière option envisageable serait, tout en préservant le dispositif des ATU fondé sur un prix libre et une autorisation de l'ANSM, de plafonner le coût pour l'assurance maladie par patient traité (par le versement de remises). Ce plafonnement serait provisoire (la négociation conventionnelle permettrait de fixer rétroactivement un prix net cohérent avec celui qui est négocié) et favoriserait une conclusion plus rapide de la négociation, tout en aboutissant à une solution équilibrée pour les parties* ».

Le Gouvernement a donc décidé de mettre en place ce dispositif en complément du mécanisme de régulation des ATU déjà prévu. L'amendement du Gouvernement fixe le plafond de coût par patient à 10 000 euros sur une période de quatre mois. Au-delà de ce plafond des remises sont dues par le laboratoire. En conséquence, il pourra en obtenir restitution si le prix de référence fixé par le Ceps est supérieur au prix net de remises perçu pendant la période d'ATU et de post-ATU.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à une meilleure gestion du régime des ATU à condition que celui-ci ne vienne pas limiter l'accès des patients aux traitements innovants. Elle regrette donc que la mise en place d'un plafond de coût par patient, dont la mise en place était clairement envisagée par le Gouvernement dès l'origine, ne soit arrivée que sous forme d'amendement et tardivement. Pareille modification appelle des ajustements importants dans les pratiques des laboratoires et des autorités de régulation dont l'ampleur doit être précisée. Votre commission souhaite d'abord garantir que cette évolution ne se fera pas au détriment de l'accès des patients aux molécules innovantes. Elle s'inquiète des premières évaluations de flux financiers générés par cette disposition présentés par les industriels du secteur.

Elle souhaite donc que le dialogue entre le Gouvernement, les industriels mais aussi les associations de patient puisse se poursuivre. A cette fin elle a adopté à cet article un amendement n° 115 tendant à supprimer le dispositif de plafond de coût par patient.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 52

Adaptation du droit applicable au CEPS

(art. L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4, L. 162-38, L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 [nouveau], L. 165-4, L. 165-5-1, L. 165-5-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Objet : Cet article prévoit de donner une base législative aux décisions de baisse de prix de médicaments prises par le comité économique des produits de santé (Ceps)

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de onze parties.

Le I modifie l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions de détermination du prix de vente des médicaments remboursés. Il se compose de cinq points.

Le 1° ajoute aux critères principaux de détermination du prix celui des montants prévus ou, pour les médicaments pris en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation, déjà remboursés par l'assurance maladie.

Il supprime l'obligation pour le Ceps de fournir une justification lorsqu'il retient une évaluation du service médical rendu différente de celle de la commission de la transparence de la HAS.

Le 2° énumère six motifs possibles pour la baisse de prix d'un médicament, que ce soit par convention avec l'industriel ou par décision du Ceps :

- le médicament ne bénéficie plus de la protection liée au brevet ou est inscrit depuis longtemps sur la liste des médicaments remboursés au titre d'une AMM nationale ou d'une autorisation d'importation parallèle ou sur celle permettant l'achat par les collectivités publiques ;

- la comparaison avec le prix facial ou tarif des médicaments comparables et avec le montant des remises consenties sur ces médicaments ;

- le prix d'achat net constaté du médicament ou de médicaments comparables par ceux avec lesquels les laboratoires concernés peuvent négocier leurs prix de vente (établissement de santé, distributeurs en gros ou en détail) ;

- la comparaison avec les prix pratiqués dans d'autres pays européens ;

- un niveau de service médical rendu inférieur aux médicaments comparables ou un SMR faible ou modéré lorsqu'il n'y a pas de comparateur. A défaut de comparateur une définition de ce qu'est un médicament « comparable » est donnée.

Le 3° procède à une coordination.

Le 4° propose d'insérer dans l'article la précision selon laquelle les modalités de mises en œuvre des conventions de fixation ou de baisse de prix peuvent être prévues par l'accord-cadre signé entre les Ceps et les représentants des laboratoires.

Le 5° procède à une coordination.

Le II modifie l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale relatif au délai de fixation des prix des médicaments.

Il se compose de quatre points.

Le 1° propose une nouvelle rédaction pour les deux premiers alinéas de l'article. Celle-ci supprime :

- la référence à l'obligation pour le Ceps de publier le prix de vente des médicaments en établissement, cette publication étant prévue par l'accord-cadre entre le Ceps et les industries de santé ;

- la référence aux autres critères de détermination du prix des médicaments, ces références devant être intégrées à l'article L. 162-16-4.

Elle rappelle également la priorité accordée à la détermination du prix par voie conventionnelle sur une décision unilatérale du Ceps.

Le 2° prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments délivrés par une pharmacie à usage interne jusqu'à la publication du prix de cession au public.

Le 3° procède à une coordination en supprimant la référence à un accord qu'il est proposé de viser à l'article L. 162-16-4.

Le 4° procède à une coordination.

Le III modifie l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale relatif au tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques. Il se compose de trois points.

Le 1° supprime la référence aux critères de fixation des prix.

Le 2° renvoie, pour la fixation du tarif de responsabilité, à l'article L. 162-14-2

Le 3° supprime, par coordination, la référence à l'accord cadre pour la détermination des modalités de révision des tarifs et des obligations des entreprises.

Le IV modifie l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions entre le Ceps et les laboratoires. Il supprime la possibilité pour ces accords de déterminer le prix de vente déclaré.

Le **V** modifie l'article 162-38 du code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité de fixation unilatérale du prix des produits remboursés par la sécurité sociale. Il se compose de deux points :

Le **1°** supprime la référence à la convention passée entre le Ceps et les industries de santé et, pour des raisons rédactionnelles, la possibilité pour le Ceps de décider du prix des dispositifs médicaux et des prestations de service.

Le **2°** prévoit la possibilité pour le Ceps de déterminer le prix maximal auquel ces produits et prestations peuvent être cédés au distributeur en détail.

Le **VI** modifie l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale relatif au tarif de responsabilité des dispositifs médicaux autres produits hors médicament et prestations de service. Il se compose de six points.

Le **1°** prévoit une coordination.

Le **2°** renvoi à l'article L. 165-3-3 nouveau que le **VIII** propose de créer la détermination des conditions de détermination des tarifs de responsabilité des produits et prestations génériques.

Le **3°** inscrit parmi les critères principaux de détermination de leur tarif le service attendu et les montants remboursés par l'assurance maladie prévus ou constatés.

Le **4°** prévoit les critères permettant une baisse de prix des dispositifs médicaux et des prestations de santé. Ils sont identiques à ceux prévus pour les médicaments.

Le **5°** procède à une coordination.

Le **6°** prévoit la possibilité pour l'accord-cadre signé entre le Ceps et les représentants du secteur de préciser les modalités de mise en œuvre des conventions prévus à l'article L. 165-2.

Le **VII** modifie l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale relatif à la détermination du prix des dispositifs médicaux, autres produits hors médicament et prestations de service.

Il renvoie aux critères prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3-3 pour la détermination du prix et les critères de baisse de prix.

Le **VIII** propose de créer un nouvel article L. 165-3-3 au sein du code de la sécurité sociale.

Il prévoit les conditions cumulatives dans lesquelles les fabricants ou organisations les regroupant sont habilités à signer des conventions avec le Ceps. Notamment, seuls sont habilités à négocier de telles conventions les fabricants ou organisations représentant au moins 10 % des montants remboursés par la sécurité sociale pour un produit ou une prestation donnée.

Il prévoit également les conditions, identiques, auxquelles les distributeurs peuvent signer de telles conventions.

Les conditions de validité et les pénalités en cas de fausses déclarations des fabricants ou distributeurs sont également prévues.

Les modalités d'application de cet article sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

Le IX supprime à l'article L. 165-4, relatif aux accords sur les volumes de vente des produits et prestations, la possibilité pour les fabricants ou les distributeurs de faire bénéficier la caisse nationale du Régime social des indépendants d'une remise.

Le X procède à une renumérotation et propose d'insérer un nouvel article L. 165-5-1 prévoyant l'obligation, au plus tard le 1^{er} janvier 2019, pour chaque produit ou prestation, de disposer d'un code individuel permettant sa traçabilité.

Le XI précise que les prix actuels des médicaments restent valables jusqu'à ce qu'intervienne une nouvelle convention ou une nouvelle décision du Ceps en la matière.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté neuf amendements à cet article.

Quatre sont des amendements rédactionnels ou de précisions déposés par la rapporteure.

Les cinq autres sont des amendements du Gouvernement tendant à :

- permettre la prise en compte, pour les baisses de prix, des montants remboursés (prévus ou constatés) non seulement du médicament lui-même mais des autres médicaments ayant la même finalité thérapeutique ;

- préciser que la fin de la protection liée au brevet peut notamment entraîner une baisse de prix quand un premier générique ou biosimilaire est commercialisé ;

- recourir aux notions de prix, tarifs et coûts nets pour décrire ces montants, déduction faite des remises, et rappeler que le secret en matière commerciale et industrielle s'applique aux dites remises ;

- renvoyer à une liste fixée par décret les pays que le Ceps est fondé à utiliser comme comparateurs pour le prix des médicaments et prévoir que la taille totale de leur marché doit être comparable ;

- supprimer la définition des produits et prestations comparables.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à la sécurisation des procédures du Ceps dont le rôle est essentiel pour la régulation du prix du médicament. Elle estime nécessaire à cette occasion de rappeler que le comité n'est pas une agence sanitaire ou d'expertise mais qu'il est dépendant de l'expertise fournie par la HAS.

Votre commission réaffirme également que les procédures les plus sûres sont d'abord celles qui sont les plus simples à mettre en œuvre par le Ceps et par les industriels avec lesquels il négocie. Elle a donc adopté un **amendement n° 116** tendant à simplifier les procédures proposées par cet article ainsi qu'un **amendement n° 135** de coordination.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 52

Évaluation de la valeur thérapeutique relative du médicament

Objet : Cet article additionnel prévoit l'élaboration par la Haute Autorité de santé, dans les six mois suivant la publication de la loi, d'une grille permettant de comparer les critères actuels d'évaluation du médicament et le critère unique de valeur thérapeutique relative.

La critique des incohérences du double critère d'évaluation des médicaments pour la détermination de leur prix, l'amélioration du service médical rendu (ASMR), et pour leur remboursement, le service médical rendu (SMR), évaluations menées, toutes deux, par la commission dite de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS), s'est étoffée au cours des dernières années de plusieurs travaux importants.

Le projet d'indice thérapeutique relatif (ITR) porté par Jean-Luc Harousseau, alors président de la HAS, avait été repris par la commission des affaires sociales qui avait souhaité l'inclure dans le PLFSS pour 2015. La ministre des affaires sociales et de la santé avait alors déclaré que l'évolution vers un critère unique d'évaluation du médicament nécessitait un approfondissement des travaux.

A cette fin, une commission présidée par Dominique Polton a remis un rapport sur « La réforme des modalités d'évaluation des médicaments » en novembre 2015. Par ailleurs, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à nos collègues Gilbert Barbier et Yves Daudigny de se pencher à nouveau sur la question de la politique du médicament¹. Parmi leurs préoccupations figure la reprise du critère unique d'évaluation, proposé par le rapport « Polton ».

Afin d'amorcer cette réforme, l'amendement adopté par la commission des affaires sociales tend à ce que la Haute Autorité de santé établisse, dans les six mois, une grille permettant de comparer le critère de VTR et les critères existants sur plusieurs points :

- la quantité d'effet par rapport au comparateur : efficacité, tolérance ;
- la pertinence clinique de ces effets ;
- la qualité de la démonstration (critères de jugement, utilisation d'un comparateur pertinent dans les essais) ;
- les avantages non cliniques (praticabilité), qu'il convient d'explicitier plus précisément ;
- la couverture du besoin.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel (amendement n° 117) dans la rédaction quelle vous soumet.

Article 52 bis (nouveau)
Rémunération des actes de radiologie

Objet : *Cet article additionnel, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir une procédure spécifique de détermination des forfaits techniques de radiologie*

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel, issu d'un amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale se compose de deux parties.

Le **I** modifie le code de la sécurité sociale.

Le **1°** propose d'y insérer deux articles. L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1.

¹ « Le médicament : à quel prix ? », Rapport d'information n° 739 (2015-2016) de MM. Gilbert Barbier et Yves Daudigny, fait au nom de la commission des affaires sociales, 29 juin 2016.

L'article L. 162-1-9 est rétabli dans une rédaction nouvelle. Il tend à mettre en place une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale. Cette commission est placée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et présidée par le directeur général de l'Uncam. Elle est également composée de représentants de l'Uncam. Il faut cependant souligner la présence de représentants des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale d'un part, en médecine nucléaire d'autre part.

Cette commission a pour mission d'émettre un avis motivé sur les propositions présentées par l'Uncam sur la base de l'article L. 162-1-9-1.

Le texte proposé pour l'article L. 162-1-9-1 prévoit la procédure de détermination des forfaits techniques. L'article L. 162-5 relatif au contenu des conventions entre les médecins et l'assurance maladie est complété pour y inclure « les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée ».

Les négociations conventionnelles doivent aboutir dans les soixante jours suivant la transmission à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, des propositions du directeur général de l'Uncam s'agissant de l'évolution pluriannuelle des forfaits techniques et de l'évolution de la classification des équipements.

Ces propositions doivent être adressées à la commission au moins un fois tous les trois ans, avant le 1^{er} mars.

La commission dispose de trente jours pour donner son avis motivé.

Les propositions du directeur général de l'Uncam puis l'avis de la commission sont transmis aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes.

Si à l'issue de la période de soixante jours aucun accord n'a été trouvé sur les forfaits techniques et la classification des équipements, le directeur général peut procéder à leur détermination.

L'article ne fixe pas de délai au directeur général pour prendre ces décisions mais il doit dans les trente jours les transmettre aux ministres compétents.

Les décisions sont réputées approuvées sauf décision motivée des ministres dans un délai de quarante-cinq jours.

Le II prévoit pour 2017 la possibilité d'une modification unilatérale de la classification et des forfaits techniques par le directeur général de l'Uncam.

II - La position de la commission

Votre commission s'interroge sur l'agencement de ce nouveau mode de désignation des forfaits techniques et de la classification des actes et spécialement sur l'articulation entre l'avis de la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale et les négociations conventionnelles. A minima, d'importantes précisions rédactionnelles devraient être apportées pour rendre le dispositif prévu applicable.

Mais surtout, votre commission ne peut admettre que ce dispositif intervienne pour peser sur les négociations conventionnelles entre les syndicats du secteur et l'assurance maladie. La possibilité de détermination unilatérale des forfaits techniques par le directeur général de la Cnam, sans même le recours à un arbitrage, est particulièrement dérogatoire aux pratiques conventionnelles et pour le moins inopportune.

Quand bien même, comme l'a affirmé la Cour des comptes dans le rapport sur l'imagerie médicale demandé par la commission des affaires sociales du Sénat¹, les forfaits techniques seraient fixés à un niveau trop élevé, leur évolution ne peut être simplement soumise aux analyses de l'Uncam et doit faire l'objet d'une négociation au risque de priver la politique conventionnelle de toute crédibilité.

En conséquence votre commission a adopté un **amendement de suppression n° 118** de cet article.

Elle vous demande de supprimer cet article.

¹ *L'imagerie médicale en France, Rapport d'information de M. Daniel Chasseing, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 602 (2015-2016) - 11 mai 2016.*

Article 53

**Dotations 2017 de l'assurance maladie, du FEH, de l'ANFH
et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
à divers fonds et organismes**

Objet : Cet article fixe le montant pour 2017 de la participation des régimes d'assurance maladie, du FEH et de l'ANFH au financement du Fmespp et de l'Oniam. Il fixe également le montant de la contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs.

I - Le dispositif proposé

• Participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp

Créé sous le nom de Fonds de modernisation des établissements de santé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) avait initialement pour mission le financement d'actions visant à améliorer la performance hospitalière et les conditions de travail des personnels, à faciliter l'accompagnement social de la modernisation, ainsi que des opérations d'investissement.

Les missions du Fmespp ont cependant été profondément réaménagées en 2012 puis en 2013 :

- le financement des actions relatives à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et à l'accompagnement social de la modernisation a été transféré au Fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

- l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 lui a confié le financement des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé, et déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santés partagés (Asip-santé)¹.

¹ Cet élargissement du financement de l'Asip par l'intermédiaire du Fmespp visait à accompagner le projet de modernisation des systèmes d'information et de communication des Samu – centres d'appel 15, piloté par l'Asip et qui se voit ainsi financé par l'assurance maladie via le Fmespp. Selon les informations transmises à votre rapporteur, ce financement devrait prendre de l'ampleur dans les années à venir, avec une phase pilote jusqu'en 2018 et un éventuel déploiement entre 2018 et 2022.

L'action du Fmespp a ainsi été recentrée sur le financement de mesures réalisées au plan national, et en particulier sur les investissements. Depuis 2012, le Fmespp finance ainsi essentiellement les dépenses d'investissement des établissements de santé, qu'il s'agisse d'investissements immobiliers dans le cadre du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo), du développement et de la modernisation des systèmes d'information dans le cadre du programme Hôpital numérique, ou encore de l'acquisition d'équipements innovants. Il finance également les missions d'expertise confiées à l'Atih et à l'Asip au bénéfice des établissements de santé.

Ainsi que le relève l'annexe 8 au présent projet de loi, après cette mutation profonde des missions du Fmespp au cours des exercices 2012 à 2014, les années 2015 et 2016 ont été caractérisées par « *une stabilité des missions et du mode de fonctionnement du fonds* ».

Ses ressources, fixées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, proviennent d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, qui a prélevé à ce titre 524 300 euros en 2015.

D'une manière générale, **le caractère erratique du niveau de la dotation des régimes d'assurance maladie au Fmespp ainsi que les variations du niveau de son report à nouveau s'expliquent par la nature même des dépenses financées par le fonds.** Il s'agit en effet de **dépenses d'investissement programmées de manière pluriannuelle** ; l'abondement du Fmespp peut ainsi être anticipé par rapport au calendrier de mise en œuvre effective des opérations, de manière à lisser les charges sur plusieurs exercices et à éviter les pics de décaissements. Il en résulte un faible taux de consommation des crédits sur les années où les opérations ne sont pas effectivement mises en œuvre, et dès lors un niveau important de report de financement d'une année sur l'autre. Selon les informations transmises par la DGOS, **le pic de décaissements devrait intervenir en 2017 et 2018.**

Il est par ailleurs à noter que la procédure de déchéance des crédits mise en place par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a permis de diminuer en partie le niveau de la trésorerie. En application de cette procédure, les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites lorsqu'elles n'ont pas fait l'objet d'une décision d'engagement par les ARS dans un délai d'un an, ou d'une demande de paiement par les établissements dans un délai de trois ans à compter de cette décision. En application de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, « *l'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours* ».

La dotation du Fmespp a ainsi été réduite de 105 millions d'euros en 2010, 58 millions en 2011, 47 millions en 2012, 27 millions en 2013, 34 millions en 2014, 13 millions en 2015, 45 millions en 2016 (article 3 du présent projet de loi).

Le **paragraphe I** du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à **44,4 millions d'euros** pour l'année 2017. Ce montant, en baisse de 262 millions d'euros par rapport à la dotation initiale prévue pour 2016, sera complété par des crédits transférés depuis les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) à hauteur de 220 millions d'euros. Au total, la dotation initiale du fonds sera ainsi de 264,4 millions d'euros, contre 307 millions d'euros l'an passé.

Selon les informations figurant en étude d'impact, ces montants devraient notamment permettre de financer :

- des opérations d'investissement des établissements de santé, à hauteur de 225 millions d'euros ;

- des actions d'accompagnement des établissements de santé dans le cadre de l'amélioration des pratiques, à hauteur de 2 millions d'euros.

- Contributions du FEH et de l'ANFH au financement du Fmespp

- Créé par la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994, le FEH a pour mission d'accompagner les restructurations hospitalières. À ce titre, il participe au financement des surcoûts supportés par les établissements de santé au titre de diverses mesures accordées à leurs personnels, pour lesquelles il permet une mutualisation entre les établissements concernés : cessation progressive d'activité (CPA), temps partiel, certaines formations et aides à la mobilité, compte épargne temps (CET). Géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC), le fonds est financé par une contribution employeur des établissements de santé, fixée par le décret n° 2002-160 du 7 février 2002 à hauteur de 1 % des salaires et traitements qu'ils versent.

Compte tenu du niveau de réserves très important de ce fonds, il est proposé, dans la continuité de la mesure figurant à l'article 3 du présent texte au titre de l'année 2016, d'en affecter une partie au financement du Fmespp. Le **paragraphe II** du présent article prévoit ainsi **un prélèvement de 70 millions d'euros sur les réserves du FEH pour l'année 2017**.

- Créée en 1974, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) constitue, depuis 2007¹, un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière. Financé par diverses contributions à la charge des employeurs hospitaliers, cet organisme a pour mission d'**assurer la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue** par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents.

¹ Arrêté du 29 juin 2007 portant agrément de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier en qualité d'organisme paritaire collecteur.

Du fait de la situation financière structurellement excédentaire de cette association, selon l'étude d'impact, il est proposé d'affecter une fraction de ses réserves au financement du Fmespp pour les années 2016 et 2017. Ainsi, l'article 3 du présent texte comme le **paragraphe III** du présent article prévoient **l'allocation au Fmespp de 150 millions d'euros prélevés sur les réserves de l'ANFH** au titre des exercices 2016 et 2017, soit 300 millions d'euros au total.

Pour ces deux prélèvements, le présent texte précise que les règles applicables en matière de recouvrement, de contentieux et de garanties relèvent du régime prévu par l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale, qui renvoie aux règles et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés.

- Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Les recettes de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) sont essentiellement constituées d'une dotation globale versée par l'assurance maladie et destinée à financer l'indemnisation des accidents médicaux et des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV. Elles résultent également d'une dotation de l'Etat pour le financement des accidents vaccinaux, des dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence et ceux résultant de la prise du benfluorex. L'Oniam dispose par ailleurs du produit des recours subrogatoires.

La dotation de l'établissement français du sang (EFS) dont bénéficiait l'Oniam jusqu'en 2012 pour les dépenses d'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C a été supprimée par l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Depuis 2002, le montant de la dotation globale versée par l'assurance maladie a été erratique car, dès les premières années de son fonctionnement, l'Oniam a constitué un fonds de roulement important. Ce montant a cependant semblé se stabiliser au cours des dernières années, de même que celui de la dotation de l'Etat.

Évolution des dépenses et dotations de l'Oniam

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dotations de l'assurance maladie	117	70	10	55	139	118	83	87,5
Dotations de l'Etat	1,62	3,93	6,56	1,54	4,76	3,98	5,3	5,2
Dépenses	89,2	78	100,4	139,7	152,5	145,1	141	144
Fonds de roulement	120	126	74	44	74	73	nc	nc
Réserves	98	108	53	16,2	42,2	61	54	31

Source : Annexe 8 du PLFSS et informations transmises par l'Oniam

L'année 2017 sera marquée par la mise en œuvre du deuxième contrat d'objectifs et de performance (COP) conclu entre l'Etat et l'Oniam au premier semestre 2016. Celui-ci prévoit notamment une indemnisation plus rapide des victimes (le délai moyen de traitement des dossiers étant de 10 mois en 2015) et la mise en place de nouveaux outils de suivi financier de l'Oniam.

Le **paragraphe IV** du présent article propose de fixer à **107 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2016, soit une augmentation sensible de près de 20 millions d'euros par rapport au montant prévu pour l'année 2016.

Cette dotation a été fixée en tenant compte du montant prévisionnel de dépenses à la charge de l'assurance maladie (144 millions d'euros) et de la nécessité de maintenir une réserve prudentielle minimale. Selon l'annexe 8 du présent projet de loi, le résultat cumulé total s'établirait à 31,2 millions d'euros à la fin de l'exercice 2016. Les dépenses d'indemnisation prévisionnelles pour 2017 s'élèvent à 132 millions d'euros, qui recouvrent une part de dotation aux provisions.

• Contributions de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS)

En application de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L. 1432-6 3° du code de la santé publique), la première section du budget de la CNSA est déléguée aux ARS au titre de leurs actions concernant la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces dotations sont notamment destinées au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia) pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ainsi que des groupes d'entraide mutuelle (Gem).

Cet abondement est **en progression constante depuis 2011**. Après un montant de 52 millions pour 2011, 64,55 millions pour 2012, 83,65 millions en 2013, 91,37 millions en 2014, 103,17 millions pour 2015 et 117,7 millions pour 2016, le **paragraphe V** du présent article propose de le fixer à **129,6 millions pour l'année 2017, soit une progression de 11 % par rapport à 2015 et de 150 % par rapport à 2011**.

Selon l'évaluation préalable annexée au présent article, la majeure partie de cette contribution (94,7 millions d'euros, en progression de 11 % par rapport à 2015) devrait permettre de financer les 338 maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (Maia). Près de 33 millions d'euros de crédits seront par ailleurs alloués au financement des groupements d'entraide mutuelle (GEM), et notamment à la création de 33 nouvelles structures, dans le cadre du plan santé mentale en direction des personnes handicapées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission réitère les observations portées à l'article 3 du présent texte s'agissant du financement erratique et peu lisible du Fmespp et de l'intérêt de conserver un fonds aussi visiblement sur-financé et sous-utilisé que le FEH.

Jugeant par ailleurs inopportun de déstabiliser de manière profonde et inopinée le fonctionnement de l'ANFH - qui repose, selon les éléments transmis sur la fédération hospitalière de France (FHF), sur la construction de plans de formation hospitaliers sur le long terme, nécessitant des provisions importantes destinées à gager les dépenses ainsi prévues sur des durées parfois très longues -, elle a par ailleurs adopté, à l'initiative de son rapporteur général, **l'amendement n° 134 visant à supprimer le prélèvement sur les réserves de l'association au titre de l'année 2017**.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 54

Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2017

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2017 à 207,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 205,9 milliards pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « fixe, par branche, les objectifs de dépense de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs ». Le présent article porte sur la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

Les dépenses réglées par cet article doivent être distinguées de celles entrant dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) :

- tandis que l'Ondam constitue un indicateur de nature économique, les dépenses de la branche maladie fixées par le présent article sont définies en fonction de normes comptables ;

- l'Ondam constitue un objectif interbranches, qui recouvre certaines dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès et de la branche AT-MP sans les prendre toutes en compte. S'agissant de la branche maladie, sont ainsi exclues du champ de l'Ondam la part des prestations médico-sociales financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention. D'une manière générale, l'Ondam ne comprend que 30 % des charges de la branche AT-MP et 80 % des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Le présent article propose de fixer, pour 2017, l'objectif de dépenses de la branche maladie à :

- **207,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;**

- **205,9 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.**

Ces montants correspondent à une augmentation des dépenses de 6 milliards d'euros par rapport aux prévisions de dépenses pour 2016, soit une progression de 3 % (contre 1,6 % en 2016).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission regrette le manque d'ambition de cet objectif de dépenses, dont l'effort de maîtrise apparaît très largement insuffisant. Elle considère que l'effort de réduction du déficit de la branche, qui s'est longtemps traduit par le seul recours à l'impôt et aux prélèvements sociaux, doit maintenant passer par une baisse résolue des dépenses (ainsi qu'il sera précisé à propos de l'article 55 relatif à la fixation de l'Ondam pour l'année 2017).

Elle a en conséquence adopté un amendement de suppression n° 136 de cet article.

Article 55 Ondam 2017

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 190,7 milliards d'euros pour 2016 et répartit cette enveloppe en sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs ».

• Une progression globale de l'Ondam prévue à 2,1 % pour une dépense supplémentaire de 4 milliards d'euros

Il est proposé de fixer l'Ondam à **190,7 milliards d'euros pour 2017**, soit **une progression de 2,1 %** par rapport à la prévision révisée de réalisation pour 2016 (après 1,8 % en 2016 et 2 % en 2015).

À périmètre constant, ce taux représente **une dépense supplémentaire de 4 milliards d'euros** pour le financement du système de soins.

Le taux proposé est supérieur aux orientations du programme de stabilité pour 2015-2018, qui prévoit une progression de l'Ondam au taux de 1,75 % pour l'année 2016 comme pour l'année 2017. Il est légèrement supérieur aux prévisions de la loi de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2014 à 2019, qui prévoyait une progression moyenne de l'Ondam de l'ordre de 2 % par an entre 2015 et 2017.

En application de l'article 12 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, une mise en réserve de dotations devra être opérée à hauteur d'au moins 0,3 % des crédits de l'Ondam (soit 572 millions d'euros). Il est à noter que l'effort supplémentaire de 425 millions d'euros sur l'Ondam prévu par le programme de stabilité pour la période 2015-2018 se traduit notamment par des mises en réserve renforcées.

Ces crédits sont mis en réserve sur des dépenses considérées comme pilotables au sein de certains sous-objectifs de l'Ondam (établissements de santé, médico-social, fonds d'intervention régional...). En fonction des prévisions d'exécution en cours d'année, ces crédits peuvent être rendus disponibles ou être maintenus gelés et non délégués. Les modalités de mise en réserve des crédits ont été sensiblement modifiées par l'article 60 de la loi de financement pour 2013 : alors qu'elle pesait auparavant sur les seules Migac, elle peut désormais porter sur l'ensemble des prestations d'hospitalisation par application d'un coefficient prudentiel aux tarifs du secteur MCO (article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale).

Synthèse de l'Ondam 2017

(en milliards d'euros)

	Sous-objectifs 2017	Évolution 2017/2016	Projection tendancielle ¹
Ondam soins de ville	86,6	2,1 %	4,7 %
Ondam hospitalier	79,2	2,0 %	4,0 %
Ondam médico-social	20,1	2,9 %	4,0 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,1	2,9 %	/
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	11	2,8 %	/
Fonds d'intervention régional	3,2	2,1 %	2,1 %
Autres dépenses *	1,7	4,6 %	4,6 %
Ondam TOTAL	190,7	2,1 %	4,3 %

* Ce sous-objectif comprend principalement les dépenses relatives aux soins à l'étranger.

¹ Selon l'avis du comité d'alerte n°3 du 12 octobre 2016 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

- Mesures d'économie

Afin d'assurer le respect de l'objectif d'évolution de 2,1 % par rapport à une évolution spontanée des dépenses estimée à 4,3 % pour l'année 2017, plusieurs **mesures d'économie** seront prises pour un montant total de **4,05 milliards d'euros**.

Il est à noter que la croissance spontanée des dépenses de soins de ville (+ 4,7 % sur l'ensemble des régimes) est plus importante que pour l'année 2016, sous l'effet des mesures nouvelles résultant de la nouvelle convention médicale (+ 400 millions d'euros), auxquelles s'ajouterait le coût prévisionnel de l'avenant à la convention des chirurgiens-dentistes en cours de négociation.

À + 4 %, la croissance spontanée des dépenses hospitalières est également notablement plus élevée qu'au cours des années précédentes. Cette importante évolution à la hausse s'explique notamment par la prise en compte de plusieurs mesures salariales touchant la fonction publique, ainsi que le relève le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie : augmentation de la valeur du point d'indice (+ 0,6 % au 1^{er} juillet 2016 et + 0,6 % au 1^{er} février 2017), effets de la revalorisation des carrières résultant du protocole « Parcours, carrières et rémunérations » (PPCR), à hauteur de 770 millions d'euros, auxquels s'ajoutent les mesures catégorielles résultant du Plan attractivité (29 millions d'euros). Le comité souligne enfin que l'arrivée de nouvelles immunothérapies contre le cancer devrait conduire à une très forte progression des dépenses de la liste en sus.

Selon les annexes 7 et 9 du présent projet de loi, cet effort de maîtrise des dépenses repose, comme l'an passé, sur **un plan d'économies structuré en quatre axes** :

- le premier repose sur le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière (à hauteur de 0,85 milliard), à travers la poursuite des mutualisations, notamment appuyées sur la montée en charge des groupements hospitaliers de territoire (GHT), et l'optimisation des achats hospitaliers ;

- le deuxième vise le virage ambulatoire et le développement d'une meilleure adéquation de la prise en charge en établissement (pour un montant global estimé à 0,6 milliard) ;

- le troisième porte sur les économies en matière de produits de santé (à hauteur de 1,4 milliard), avec, outre des mesures de maîtrise du prix des médicaments et des tarifs des dispositifs médicaux, la diffusion des médicaments génériques et biosimilaires ;

- le quatrième concerne l'amélioration de la pertinence du recours au système de soins (pour 1,1 milliard d'euro), selon diverses orientations : baisse des tarifs des professionnels libéraux, maîtrise de la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux, réforme des cotisations des professionnels de santé.

Selon la ventilation indiquée dans l'avis du comité d'alerte, les économies attendues seraient réparties de la manière suivante dans les sous-objectifs de l'Ondam : 2,2 milliards pour les soins de ville, 1,6 milliard pour les établissements de santé, et 230 millions pour les établissements médico-sociaux.

Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'Ondam 2017

(en millions d'euros)

Efficacité de la dépense hospitalière	845
<i>Optimisation des dépenses des établissements</i>	80
<i>Optimisation des achats</i>	505
<i>Liste en sus</i>	260
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	640
<i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	160
<i>Réduction des inadéquations hospitalières</i>	250
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i>	230
Produits de santé et promotion des génériques	1430
<i>Baisse de prix des médicaments</i>	500
<i>Promotion et développement des génériques</i>	340
<i>Tarifs des dispositifs médicaux</i>	90
<i>Biosimilaires</i>	30
<i>Contribution du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique</i>	220
<i>Remises</i>	250
Pertinence et bon usage des soins	1135
<i>Baisse des tarifs des professionnels libéraux</i>	165
<i>Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et DM</i>	380
<i>Maîtrise médicalisée hors médicament</i>	320
<i>Réforme des cotisations des professionnels de santé</i>	270
Total des mesures d'économies	3 410

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

- Votre rapporteur général relève que le troisième avis émis pour l'année 2016 par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est particulièrement critique à l'égard de la méthode de construction de l'Ondam pour 2017.

Cet avis souligne en particulier **le caractère purement comptable de plusieurs des mesures d'économies proposées, qui permettent de minimiser le taux facial d'évolution de l'Ondam sans pour autant améliorer réellement le solde de la Cnam.**

Trois mesures principales consistent ainsi en une sortie de dépenses du périmètre de l'Ondam, pour un montant total de 670 millions d'euros :

- la prise en charge par le fonds de financement de l'innovation thérapeutique, créé à l'article 49, de 220 millions d'euros de dépenses de médicaments qui, pour être ainsi sorties du périmètre de l'Ondam, n'en seront pas moins financées par l'assurance maladie ;

- la mobilisation des réserves de la CNSA à hauteur de 230 millions d'euros pour réduire la participation de l'Ondam au financement des établissements médicaux sociaux ;

- deux transferts au profit du Fmespp, à hauteur de 150 millions d'euros depuis les réserves de l'ANFH et de 70 millions d'euros depuis les réserves du FEH, opéré par l'article 53 – dont on peut cependant s'étonner qu'ils ne figurent pas dans la liste des économies retracées ci-dessus, dans la mesure où l'exposé des motifs de l'article indique clairement que ce transfert global « *permettra de minorer d'autant, de façon temporaire, la participation de l'assurance maladie* ».

C'est pourquoi le comité d'alerte a émis une « *réserve de méthode* » sur l'élaboration de l'Ondam 2017, en rappelant que « *la multiplication de mesures de régulation et d'économies comptables réduit la capacité de l'Ondam à constituer l'outil efficace de pilotage et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qu'il se doit de rester* ».

Ces critiques viennent s'ajouter à celles formulées de manière insistante par la Cour des comptes au cours des dernières années. Selon ces travaux, **la définition de l'Ondam souffre de défauts de construction récurrents** : ainsi la Cour évoquait-elle « *un Ondam surestimé dont les règles de construction devraient être améliorées* » dans le RALFSS de septembre 2014, « *un périmètre encore incomplet* » et « *des faiblesses récurrentes dans l'évaluation de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies* » dans celui de 2015, et enfin « *une construction insuffisamment rigoureuse des objectifs d'économie* » en septembre dernier.

• Votre rapporteur général souligne par ailleurs **le caractère contestable de l'inscription dans cette liste d'économies de deux mesures qui n'ont pas réellement pour effet de réduire les dépenses, ni même de les déplacer vers une autre prise en charge** :

- la comptabilisation, pour 250 millions d'euros, des remises versées par les entreprises pharmaceutiques ne constitue ni une mesure nouvelle, ces remises étant versées chaque année, ni une recette supplémentaire, les remises étant précédemment constatées *ex post* et venant atténuer les dépenses de médicaments ;

- la comptabilisation, comme en 2016, d'une économie de 270 millions d'euros au titre de la modification du taux de cotisation maladie des personnels de santé exerçant en ville, qui réduit certes les dépenses comptabilisées dans l'Ondam, mais également et de manière corollaire les recettes de cotisations enregistrées par la Cnam.

• **Au total, sur les 4 milliards d'économies présentés, près d'un quart, soit 970 millions d'euros, apparaissent contestables** : 450 millions d'euros résultent d'une débudgétisation ou plutôt d'une « désondamisation », 250 millions d'un seul aménagement comptable et 270 millions d'euros d'une absence d'économie, auxquels il faut ajouter 220 millions d'euros d'apports extérieurs intégrés en construction de l'Ondam.

Ainsi corrigé de ces économies d'affichage, l'effort d'économie réel est inférieur aux objectifs des années précédentes, puisqu'il se réduit à environ 3 milliards d'euros. Corrigé de ces effets de périmètre, l'Ondam 2017 ne s'établirait plus à 190,7 milliards d'euros mais à 191,4 milliards d'euros, soit un taux de progression, à périmètre constant hors intégration des ESAT, de plus de 2,5 %, contre 2,1 % affiché.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission n'a pu que supprimer cet article (amendement n° 137).

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article additionnel avant l'article 56

Rapport sur l'évaluation des taux de réfaction contenus dans les règles de calcul des prises en charges des cotisations au titre des périodes assimilées par le Fonds de solidarité vieillesse

Objet : Cet article additionnel vise à demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant la pertinence des taux de réfaction contenus dans les règles de calcul des prises en charge, par le Fonds de solidarité vieillesse, des cotisations au titre des périodes assimilées.

Depuis sa création en 1993, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance la prise en charge, par les régimes de base, des cotisations correspondant à certaines périodes d'inactivité ou non cotisées d'un assuré.

Les catégories de périodes dites « assimilées » se sont multipliées : en plus des périodes de **chômage** et de service militaire (jusqu'en 2003), le FSV prend désormais en charge les périodes **d'arrêt de travail** pour cause de **maladie**, de **maternité**, **d'accident du travail** ou **d'invalidité** (depuis 2010), les périodes de **volontariat** (civils jusqu'en 2012 et désormais civique et associatif) et enfin les périodes de **stage ou de formation** (depuis 2014).

Les prises en charge des cotisations représentent **la première dépense du FSV puisqu'elles atteignent, en 2016, un montant de 17,2 milliards d'euros** sur un budget de 21 milliards d'euros environ. Les dépenses **au titre du chômage** s'élèvent à elles seules à plus de **11 milliards d'euros**.

Or, les modalités de calcul de ces prises en charge ne s'appuient pas sur la dépense réelle des régimes, comme c'est le cas pour la prise en charge des prestations financées par le FSV¹, mais sur une **base forfaitaire** dont les principales règles de calcul sont résumées dans l'encadré ci-contre.

¹ C'est le cas notamment de l'allocation spécifique de solidarité aux personnes âgées (ASPA), anciennement appelée « minimum vieillesse ».

**Les règles de calcul, en 2016, des prises en charge de cotisations
par le FSV pour les « périodes assimilées »**

- ... au titre du chômage

Assiette annuelle forfaitaire [90 % Smic x 1 820 h (durée annuelle du travail sur la base de 35 heures hebdomadaires) x taux de cotisation d'assurance vieillesse de base (en 2016 : 17,65 %)]

X

Nombre de chômeurs selon le FSV [nombre de chômeurs indemnisés (communiqué par Pôle emploi et calculé en moyenne annuelle des effectifs en fin de mois) + 29 % du nombre de chômeurs non indemnisés]

- ... au titre du service national (puis services civil, civique et associatif)

Moyenne annuelle des effectifs mensuels x [90 % Smic
x 1 820 h x taux de cotisation retraite]

- ... au titre d'un arrêt de travail

*pour maladie : nombre d'indemnités journalières (IJ) x [taux de cotisation x 18 % Smic horaire x 7 h (durée quotidienne théorique de travail)] ;

*pour maternité : nombre d'IJ x [taux de cotisation x 11 % Smic horaire x 7 h]

*pour invalidité : nombre d'assurés concernés par une pension sur une année x [33 % Smic horaire x 1 820 h (durée annuelle théorique de travail) x taux de cotisation]

*pour accident du travail – maladie professionnelle :

- si courte durée (IJ) : nombre d'IJ x [32 % Smic horaire x 7 h
x taux de cotisation]

- si longue durée (rente) : nombre d'assurés concernés x [22 % Smic horaire
x 1 820 h x taux de cotisation]

- ... au titre d'un stage

81 % des effectifs x [90 % Smic x 1 820 h x taux de cotisation]

- ... au titre d'un apprentissage

Nombre de trimestres x [taux de cotisation x 50 % plafond de sécurité sociale]

Source : Rapport d'information sur l'avenir du FSV, Mecss du Sénat, juin 2016

Ces règles prennent pour base le calcul d'une **assiette forfaitaire**, qui comprend le Smic horaire auquel est appliqué un taux de réfaction différent selon le type de prise en charge et fixé par décret (ils sont soulignés dans l'encadré).

L'assiette est ensuite multipliée par un nombre d'heures de travail théorique, annuelle ou quotidienne en fonction de l'unité de calcul retenue (une période, un nombre de personnes concernées par une situation...), le tout soumis au taux de cotisation d'assurance vieillesse en cours.

Comme l'expliquait le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat sur l'avenir du FSV¹, « ces règles très complexes révèlent en fait l'impossibilité d'évaluer précisément le montant des charges induites par la prise en charge des périodes assimilées ». Les taux de réfaction permettent de prendre en compte le fait qu'un assuré peut valider théoriquement plus de quatre trimestres par an puisque les périodes d'activité mêmes inférieures à un an peuvent être suffisantes pour valider quatre trimestres. Or, seuls quatre trimestres par an peuvent être pris en compte. Dans certains cas, les périodes assimilées restent donc subsidiaires et ne sont pas utilisées dans le calcul de la retraite d'un assuré.

Ces règles, dont toutes les personnes auditionnées dans le cadre de la Mecss ont convenu qu'elles représentaient une « cote mal taillée », **déterminent donc un montant de dépenses théorique à la charge du FSV et au profit des régimes de base.**

Du fait de leur niveau, **l'enjeu financier est considérable.**

Reprenant la recommandation n° 8 du rapport de la Mecss, cet article additionnel vise à demander au Gouvernement un **rapport évaluant la pertinence de ces taux de réfaction contenus dans les règles de calcul des prises en charge de cotisations au titre des périodes assimilées.**

Ce rapport devra expliciter les bases statistiques sur lesquelles se fonde la détermination de ces taux et évaluer les différences éventuelles entre le coût réel supporté par les régimes de base pour la prise en charge de ces cotisations et les financements apportés par le fonds.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel (amendement n° 119) dans la rédaction qu'elle vous soumet.

¹ Rapport d'information sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse, Catherine Génisson et Gérard Roche, juin 2016.

Article 56

Prévisions de charge du FSV pour 2017

Objet : *Cet article détermine les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2017.*

I - Le dispositif proposé

Aux termes de l'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est actuellement le seul organisme concerné.

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 24 du présent projet de loi, cet article fixe le montant des charges prévisionnelles du FSV pour l'exercice 2017 à 19,6 milliards d'euros.

Les dépenses prévisionnelles rectifiées prévues à l'article 4 pour l'exercice 2016 s'établissent à 20,3 milliards d'euros contre 20,5 milliards d'euros pour 2015 (article 1^{er}).

Il est donc prévu une diminution de 3,45 % des dépenses du FSV entre 2016 et 2017.

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat a récemment documenté l'évolution du rôle du FSV depuis sa création en 1993¹. Le rapport sur le PLFSS pour 2017 pour la branche vieillesse² présente également de façon détaillée les comptes du FSV pour les années 2016 à 2020 et commente les mesures contenues dans ce projet de loi qui affectent l'équilibre du Fonds.

L'évolution à la baisse des charges du FSV entre 2016 et 2017 s'explique exclusivement par le transfert progressif du financement du minimum contributif (Mico) du FSV vers les régimes de base³ à raison d'un milliard d'euros cette année. Ce transfert constitue la principale préconisation du rapport de juin 2016 de la Mecss du Sénat et votre rapporteur se félicite de sa mise en œuvre.

Le Mico représentera une charge dégressive pour le FSV : après 3,5 milliards d'euros en 2016, elle s'élèvera à 2,5 milliards d'euros en 2017, 1,7 milliard d'euros en 2018, 940 millions d'euros en 2019. Elle disparaîtra à partir de 2020.

¹ Voir le rapport d'information n° 668 fait au nom de la Mecss du Sénat sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse, Catherine Génisson et Gérard Roche, 8 juin 2016.

² Voir tome V du présent rapport.

³ Prévu à l'article 20 de ce projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission s'alarme, cette année encore, de la persistance inquiétante du déficit de FSV qui s'élèvera en 2017 à 3,8 milliards d'euros, ce qui représentera presque l'intégralité du déficit de la sécurité sociale (- 4,1 milliards d'euros).

Elle rappelle sa position constante : **permettre au FSV de financer, avec des ressources suffisantes et stables, les avantages vieillesse relevant de la seule solidarité nationale.**

Or, si ce PLFSS conduit à clarifier la mission du FSV avec le transfert progressif du Mico aux régimes de base, **il procède à la diminution de près de 1,8 milliard d'euros des recettes du FSV :**

- **en réduisant la part affectée au FSV dans les recettes du prélèvement social sur les revenus du capital¹ (soit - 286 millions d'euros),** pour augmenter le financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

- **en supprimant la section 2,** progressivement au niveau des charges (Mico) mais **intégralement au niveau des recettes (- 618 millions d'euros) ;**

- **en transférant les réserves financières accumulées de la section 3² du compte du FSV,** non pas à la réduction du déficit de la branche vieillesse mais à la constitution d'un fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique, contournant ainsi les prévisions de dépenses contenues dans l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam).

En amendant l'article 20 de ce projet de loi, votre commission s'est opposée à ce transfert des réserves financières, estimant qu'elles devaient prioritairement servir à la réduction du déficit du FSV.

Votre commission a donc adopté un **amendement n° 120** de suppression de cet article.

Elle vous demande de supprimer cet article.

¹ Cette part passera de 3,35 % à 3,12 % en 2017.

² Qui étaient destinées au financement le maintien du départ à la retraite à 65 ans pour les parents de trois enfants ou les parents d'enfants handicapés mais dont le coût total ne s'élèverait qu'autour de 250 millions d'euros.

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

CHAPITRE I

Gestion

Article 57

(art. L. 815-7 et L. 815-8 du code de la sécurité sociale)

Transfert de la gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Objet : Cet article vise à transférer la gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) de la Caisse des dépôts et consignations vers la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

I - Le dispositif proposé

A. La gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) est confiée depuis sa création à la Caisse des dépôts et consignations

Le Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) est chargé de la gestion du minimum vieillesse pour **les assurés ne relevant d'aucun régime de base obligatoire.**

Le minimum vieillesse et sa gestion

Instauré en 1956¹, le minimum vieillesse constitue historiquement le premier minimum social dans notre pays.

Depuis le 1^{er} janvier 2007², les différentes allocations de solidarité constitutives du minimum vieillesse ont été regroupées au sein de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Versée sous forme d'allocation différentielle, l'Aspa permet de garantir un niveau de vie proche du seuil de pauvreté à toute personne âgée au minimum de 65 ans et qui réside sur le territoire français. Ce seuil est fixé depuis 2014 à 800 euros par mois pour une personne seule et à 1 242 euros mensuels pour un couple. L'Aspa est perçue sur demande et est recouvrable sur succession au-delà d'un actif net supérieur à 39 000 euros.

Lorsqu'un bénéficiaire de l'Aspa perçoit également une pension servie par un régime de base obligatoire, le service de l'Aspa est assuré par son régime. En revanche, les personnes ne relevant d'aucun régime sont prises en charge par un service spécifique : le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) dont la gestion a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

Sur les 3,1 milliards d'euros de prestations que représente l'Aspa en 2016, le SASPA en assure le versement de près de 600 millions d'euros pour 69 000 bénéficiaires (dont 35 % de non-nationaux).

Depuis 1994, le Fonds de solidarité vieillesse assure le financement du minimum vieillesse, auprès des régimes de base et du Saspa, en leur remboursant les dépenses afférentes.

Aux termes de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, **la gestion du SASPA est confiée à la Caisse des dépôts et consignations**. Depuis 1956, l'institution a été chargée successivement du Fonds spécial d'allocation vieillesse (FSAV), remplacé par le Service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV) auquel a succédé, après la création de l'Aspa en 2004, le Saspa.

Doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, le Saspa est **placé sous la surveillance d'une commission** composée de représentants des ministères compétents, de la Caisse des dépôts et du FSV³.

Une **convention d'objectifs et de gestion**, dont les termes pour la période 2015-2018 viennent d'être renégociés, est signée entre la Caisse des dépôts et les ministères de tutelles.

¹ Loi n° 52-799 du 10 juillet 1952 assurant la mise en œuvre du régime de l'allocation de vieillesse des personnes non salariées et la substitution de ce régime à celui de l'allocation temporaire.

² Date d'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 204-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

³ Sa composition est fixée à l'article D. 815-9 du code de la sécurité sociale.

Le Saspa est un **service centralisé** dont l'activité est assurée, au sein de l'établissement bordelais de la Caisse des dépôts et consignations en charge des retraites, **par 75 équivalents temps-plein pour un coût annuel de 9,3 millions d'euros.**

B. Un transfert sans préavis de la gestion du Saspa vers la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Le présent article visait, dans sa version initiale, à **transférer la gestion du Saspa vers la CCMSA à compter du 1^{er} janvier 2018.**

Le Gouvernement entend par cette mesure, à la fois, **rationaliser la gestion du Saspa** et en **rapprocher la gestion de ses usagers** en s'appuyant sur le réseau des caisses locales de la MSA.

Selon l'étude d'impact, *« ce transfert est possible car (la MSA) dispose déjà de personnels compétents et formés et de système d'information adaptés. La reprise de l'activité du Saspa pourra donc être réalisée sans moyens supplémentaires »*¹.

L'article 57 procède donc à la substitution aux termes « Caisse des dépôts et consignations » des termes « Caisse centrale de la mutualité sociale agricole », d'une part, à **l'article L. 815-7**, qui désigne l'organisme gestionnaire du Saspa (I) et d'autre part, à **l'article L. 815-8** qui institue la commission de surveillance du Saspa (II).

Les **modalités du transfert**, qui doit intervenir à **partir du 1^{er} janvier 2018 (IV)**, seront déterminées par une convention entre les deux organismes (III).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Si la **commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale** avait donné un **avis favorable à trois amendements de suppression** de cet article, les députés ont finalement **adopté, en séance publique, un amendement de la rapporteure, visant à reporter la date d'entrée en vigueur du transfert au 1^{er} janvier 2020.**

Ils ont jugé en effet **un tel report indispensable** au regard du temps nécessaire, d'une part à **l'adaptation de la MSA** à cette nouvelle tâche qui nécessite une formation du personnel et des évolutions informatiques et d'autre part, au **redéploiement des effectifs (75 ETP)** actuellement dédiés à la gestion du Saspa **au sein de la Caisse des dépôts et consignations.**

¹ Etude d'impact, p. 429.

III - La position de la commission

Votre commission constate que cet article soulève de vives inquiétudes à la fois au sein de la Caisse des dépôts et consignations mais aussi de la CCMSA. Le conseil d'administration de cette dernière a d'ailleurs, le 28 septembre dernier, souhaité *« compte tenu de l'importance de la population concernée, que ce transfert se fasse avec des moyens humains supplémentaires nécessaires à la reprise de ces nouveaux assurés et à la poursuite de la qualité du service de cette allocation »*¹.

Les résultats affichés par la Caisse des dépôts et consignations en matière de contrôle semblent positifs : **58 000 contrôles réalisés en 2015 pour une population de 69 000 bénéficiaires, entraînant une économie de 20 millions d'euros au FSV.**

Le transfert de gestion du Saspa aux caisses locales de la MSA pose également **un certain nombre de questions** :

- le **réseau local de la MSA** est particulièrement implanté **en milieu rural** or, la très grande majorité des allocataires gérés par le Saspa résident **en milieu urbain** ;

- la **gestion centralisée** au sein d'un même bureau du Saspa permet actuellement **une coordination des expertises** pour mener à bien des **contrôles spécifiques** en particulier celui de la présence sur le territoire national des bénéficiaires. La **MSA, qui certes gère l'Aspa pour ses propres assurés, n'est pas familière de ces contrôles spécifiques.**

Votre commission est bien évidemment **sensible à l'argument de l'économie** que pourrait générer ce transfert s'il peut être réalisé sans moyens supplémentaires alloués à la CCMSA. **Il ressort cependant des auditions menées par son rapporteur, qu'un tel transfert à moyens constants ne relève pas, à ce stade, de l'évidence.**

Afin d'obtenir des garanties de la part du Gouvernement quant à la pertinence de cette mesure, votre commission a adopté un amendement (**amendement n° 121**) de suppression de cet article.

Elle vous demande de supprimer cet article.

¹ Relevé de délibérations de la réunion du conseil d'administration du 28 septembre 2016.

Article additionnel après l'article 57
(art. L. 122-6 et L. 122-7 du code de la sécurité sociale)
**Gouvernance des systèmes d'information des organismes
chargés du recouvrement et sécurisation des opérations
de mutualisation entre organismes de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel vise à regrouper en un établissement unique les différentes structures rattachées à la branche recouvrement, chargées des systèmes d'information ; il sécurise les opérations de mutualisation entre organismes de sécurité sociale.

La gouvernance des systèmes d'information des organismes chargés du recouvrement est actuellement organisée en neuf structures opérant à la suite de la régionalisation des Urssaf pour 22 organismes utilisateurs.

L'Acosse comprend une direction nationale des systèmes d'information, dont les 180 collaborateurs sont chargés du développement et du maintien en condition opérationnelle de l'informatique du recouvrement.

Sept centres régionaux du traitement de l'information (Certi) sont associés aux opérations de développement et de maintien en condition opérationnelle. Les Certi sont des organismes de sécurité sociale avec des procédures d'achat, des accords collectifs et des institutions représentatives du personnel qui leur sont propres.

L'Urssaf Île de France comprend une direction des systèmes d'information qui exerce également des missions nationales.

Le système d'information des Urssaf tend à se centraliser. Seul le SNV2 est géré au niveau régional mais sa modernisation est engagée avec le projet Cléa.

Dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion, l'Acosse a engagé un chantier appelé « DSI 2018 » qui vise à disposer, à cet horizon, d'une structure informatique intégrée.

Le conseil d'administration de l'Acosse a adopté, le 22 juin 2016, une délibération prévoyant le transfert des missions et activités exercées par les centres informatiques et l'essentiel de la direction des systèmes d'information de l'Urssaf Île-de-France au sein de l'Acosse, dans un établissement distinct qui comprendrait près de 900 personnes.

Les services resteraient sur leur lieu actuel d'implantation à Montreuil, Valbonne/Biot, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Nantes, Caen, Lille et Nancy.

Cette réforme nécessite un fondement législatif que le présent article tend à lui donner en prévoyant la dissolution des Certi et leur transfert à l'Acoss.

Il s'agit d'une réforme d'ampleur, notamment en matière sociale, qui vise à conférer une meilleure efficacité au pilotage des systèmes d'information du recouvrement, auquel votre commission s'est montrée particulièrement attentive.

Dans une insertion au rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, publié en septembre 2016, la Cour des comptes note « une balkanisation géographique et fonctionnelle » de la fonction informatique de la sécurité sociale ainsi que le recours accru à l'externalisation et préconise d'en renforcer le pilotage en reconnaissant aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage, aux développements et à l'exploitation informatique.

La loi de financement pour 2015 a procédé à l'intégration des Certi de la branche famille au sein de la branche. Le présent article a pour objet d'opérer un mouvement comparable pour ceux de la branche recouvrement.

Le **II** modifie par ailleurs l'article L. 122-6 pour remplacer les termes « union du recouvrement » par « organisme chargé du recouvrement » ; il modifie l'article L. 122-7 qui prévoit la possibilité de déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes pour étendre cette possibilité au service des prestations, au recouvrement, et à la gestion des activités de trésorerie.

Votre commission a adopté un **amendement n° 122** tendant à insérer un article additionnel après l'article 57 pour prévoir ces mesures.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 57 bis (nouveau)

*(art. L. 114-9, L. 114-10, L. 114-10-1, L. 114-10-2,
L. 114-12, L. 114-12-1 et L. 114-22 du code de la sécurité sociale,
art. L. 152 du livre des procédures fiscales)*

**Amélioration des formalités déclaratives pour l'éligibilité
aux prestations versées par les organismes de sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, élargit le champ des échanges d'informations entre organismes de protection sociale et procède à une simplification pour l'usager des formalités déclaratives.

I - Le dispositif proposé

Le droit actuel limite aux seules missions de recouvrement des cotisations sociales, les possibilités offertes aux directeurs d'organismes de sécurité sociale (OSS), de procéder à des contrôles ou à des communications entre services de l'État.

Le présent article, adopté par l'Assemblée nationale sur la proposition du Gouvernement, propose d'étendre ces habilitations aux missions de versement des allocations et prestations assurées par les OSS. Dans les faits, cela revient essentiellement à intégrer au périmètre de contrôle et de communication des directeurs d'OSS **l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)**, complément de revenu versé par les caisses de retraite aux retraités ayant cotisé à un régime obligatoire mais dont la pension est inférieure à 801 euros.

Cet ensemble de dispositions, essentiellement d'harmonisation, est en cohérence avec le dispositif de l'article 58 visant à améliorer les conditions de récupération de l'Aspa sur la succession du bénéficiaire¹, ainsi qu'avec celui de l'article 57 qui prévoit le transfert du Saspà à la MSA.

Par ailleurs, l'alinéa 13 modifie l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, qui régit les conditions de communication, entre les directeurs d'OSS et les autres services de l'État, de renseignements portant sur les cotisations et les prestations versées. Les informations obtenues lors de ces échanges d'informations auront « *la même valeur que les données détenues en propre* », ce qui dispensera le bénéficiaire de reproduire à destination de chacun de ces services les informations communiquées à l'OSS.

¹ Voir commentaire de l'article 58.

II - La position de la commission

Votre commission approuve pleinement le dispositif du présent article, notamment pour sa partie simplifiant les démarches de l'usager. Elle a néanmoins adopté un **amendement n° 123 de cohérence**, qui vise à harmoniser la rédaction de l'article 57 *bis* avec les dispositions de l'article 59.

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

Article 58

(art. L. 114-19, L. 161-1-5, L. 376-4 et L. 454-2 du code de la sécurité sociale)

Amélioration du recouvrement des prestations récupérables sur succession et extension de la sanction aux tiers responsables en cas de règlement amiable sans information de la caisse de l'assuré

Objet : Cet article précise les modalités de recouvrement des prestations récupérables sur succession lorsqu'elles sont versées par des organismes de sécurité sociale et redéfinit le régime de sanction en cas de règlement amiable entre un tiers responsable et l'assuré sans information préalable de la caisse de ce dernier.

I - Le dispositif proposé

A. Faciliter le recouvrement des prestations récupérables sur succession

Cet article propose d'étendre au recouvrement des prestations récupérables sur succession le droit de communication dont disposent les agents des organismes de sécurité sociale (OSS) sans que leur soit opposé le secret professionnel.

1. Le principe de la récupération sur succession

Trois prestations récupérables sur succession sont versées par les OSS, plus particulièrement la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Elles ont pour point commun de relever toutes trois d'une logique non contributive de solidarité nationale. Elles assurent à la personne âgée ou à la personne invalide un complément de revenu qui s'agrège à la pension, afin que ses revenus atteignent un niveau minimum. C'est au titre de cette logique non contributive que ces compléments (et uniquement ces compléments) sont récupérables sur succession après le décès du bénéficiaire.

Les modalités de cette récupération peuvent néanmoins être atténuées. Ainsi, les sommes ne sont récupérables que sur la fraction de l'actif net successoral dépassant un certain seuil, fixé par décret à 39 000 euros¹. De plus, la récupération ne s'opère pas si l'héritier de l'allocataire décédé (souvent son conjoint) présente les mêmes conditions d'éligibilité à ces prestations.

2. Les trois prestations concernées

Sont d'abord concernés les bénéficiaires de l'ancienne allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Ce dispositif n'est ouvert depuis le 1^{er} janvier 2008 qu'aux bénéficiaires ayant fait le choix de rester affilié aux anciennes modalités du minimum vieillesse, sans requalification de l'allocation supplémentaire en allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

L'Aspa est, au même titre que l'allocation supplémentaire à laquelle elle s'est substituée, un avantage non contributif accordé aux personnes âgées d'au moins 65 ans qui ont fait valoir l'ensemble de leurs droits auprès des différents régimes de retraite auxquels elles ont cotisé. Elle est une allocation différentielle versée aux personnes dont les revenus agrégés n'atteignent pas le niveau minimal de ressources fixé par décret² à 801 euros mensuels.

Enfin, l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi) vient compléter les revenus d'une personne dont la pension d'invalidité ne lui ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elle constitue un minimum de ressources garanti aux personnes invalides percevant un avantage d'invalidité ou de vieillesse relevant d'un régime de sécurité sociale mais dont le montant est inférieur à une somme déterminée.

3. La modification proposée

La récupération sur succession des prestations versées par les OSS peut donner lieu à des contestations de la part de l'héritier de l'allocataire, qui peut avoir intérêt à la minoration de l'actif net successoral. Plusieurs décisions jurisprudentielles sont venues clarifier les modalités de calcul de cet actif³ mais son évaluation précise peut échapper en partie aux OSS en raison du **secret professionnel que peuvent leur opposer les notaires**.

¹ Article D. 815-4 du code de la sécurité sociale.

² Décret n° 2014-1215 du 20 octobre 2014 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

³ Cour de cassation, 2^e civ., 22 janvier 2015, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de Midi-Pyrénées c/ Delballe, n° 13-26.257, 87.

Le présent article s'inscrit dans le **mouvement d'ouverture progressive aux OSS d'informations** leur permettant le recouvrement effectif des prestations recouvrables sur succession. Le droit de communication s'applique ainsi depuis 2007 aux services fiscaux, à qui les OSS peuvent demander des « *renseignements sur la consistance de l'actif successoral et sa valeur*¹ ».

C'est pourquoi le 1° du présent article étend aux prestations recouvrables sur succession le **droit de communication sans restriction liée au secret professionnel** dont les OSS ne disposent jusqu'à présent que pour les prestations indûment versées.

De plus, le 2° de l'article ouvre la capacité pour un directeur d'OSS de délivrer une contrainte pour le recouvrement d'une prestation recouvrable sur la succession, qui, à défaut d'opposition du débiteur, comportera tous les effets d'un jugement et confèrera le bénéfice de **l'hypothèque judiciaire**. Ainsi, si l'OSS n'est pas remboursé à l'échéance précisée par la contrainte, il pourra demander la saisie et la vente d'un bien immobilier hypothéqué du débiteur.

B. Une sanction du tiers responsable en cas de règlement amiable sans information de la caisse de sécurité sociale de l'assuré

1. Le recours contre tiers

Le code de la sécurité sociale² prévoit la possibilité pour la caisse de sécurité sociale d'agir en remboursement des prestations versées à un assuré en cas de faute d'un tiers, par subrogation de ce dernier. L'action récursoire permet par la suite à la caisse de sécurité sociale de se retourner contre le tiers responsable débiteur et d'exiger de lui (ou, le plus souvent, de son assureur) le remboursement de ces prestations. Les ressources nettes du recours contre tiers se sont élevées, risques maladie et accidents du travail confondus, à 976 millions d'euros pour la Cnamts en 2013³.

2. L'information obligatoire de la caisse de sécurité sociale de l'assuré

La caisse de sécurité sociale ne peut opérer d'action récursoire que lorsqu'elle est **informée** des circonstances de l'accident et de l'implication d'un tiers responsable. Les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale prévoient que la personne victime, le tiers responsable et son assureur - qui doit verser les indemnisations à la victime - ainsi que les établissements de santé, sont tenus d'informer la caisse de sécurité sociale de la victime en cas de lésions causées par un tiers.

¹ Bulletin officiel des finances publiques, DJC-SECR-10-20-70, « Dérogations prévues au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale ».

² Articles L. 376-1 et L. 454-1.

³ Igas, « Évaluation du dispositif des recours contre tiers menés par les caisses d'assurance maladie », janvier 2015.

L'article L. 376-4 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹, dispose que l'assureur du tiers ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information de la caisse d'assurance maladie de l'assuré ne peut opposer à cette dernière la prescription de sa créance. La **sanction de cette absence d'information** s'élève au versement à la caisse des sommes perçues par l'assuré au titre du recours subrogatoire, assorti d'une pénalité pouvant aller jusqu'à 50 % de ce remboursement, selon la gravité du manquement à l'information. L'article L. 454-2 du même code prévoit les mêmes dispositions dans les cas d'accidents du travail.

3. La modification proposée : une extension du champ de l'action récursoire

Le présent article coordonne le premier alinéa des articles L. 376-4 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale avec leurs autres dispositions. Dans les deux cas, l'obligation d'information de la caisse de l'assuré incombe au tiers responsable et à son assureur éventuel **mais les sanctions définies par la suite ne sont imputables qu'à l'assureur**. Cet article y remédie en étendant le champ de la sanction au tiers responsable. Cette disposition vise à :

- étendre le champ de l'action récursoire de la caisse de sécurité sociale, qui pourra directement se faire rembourser par le tiers responsable sans passer par son assureur ;
- prévenir les accidents par une meilleure dissuasion des tiers responsables, qui ne pourront désormais plus s'abriter derrière les prestations de leurs assureurs.

L'objectif de l'article est toutefois de concentrer l'action récursoire sur les tiers responsables **dont le degré de solvabilité peut assurer un remboursement de prestations importantes** (dans la grande majorité des cas, il s'agira davantage de personnes morales que de personnes physiques) ; ainsi, les deux articles prévoient un plafonnement de la pénalité à 30 000 euros au tiers responsable s'il s'agit d'un particulier.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications rédactionnelles à cet article.

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 120.

III - La position de la commission

Votre commission se montre très favorable aux dispositions visant à étendre le champ de l'action récursoire au tiers responsable en cas de défaut d'information de la caisse de sécurité sociale de l'assuré.

Les dispositions relatives à la récupération des prestations recouvrables sur succession, même si elles concernent des montants plus modestes et surtout des publics souvent fragiles, emportent également son adhésion.

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

CHAPITRE II

Fraude aux prestations

Article 59

(art. L. 114-12-1 et 114-16 du code de la sécurité sociale)

Extension du périmètre des échanges d'informations entre organismes chargés du versement de prestations sociales

Objet : Cet article prévoit un élargissement de l'accès au répertoire national commun de la protection sociale et précise les modalités de collaboration entre organismes afin d'améliorer le recouvrement d'indus.

I - Le dispositif proposé

A. Une extension de l'accès au répertoire national commun de la protection sociale

1. Un instrument juridique ouvert à toute personne publique chargée du versement d'une prestation sociale

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹, l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale institue le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) ayant vocation à regrouper, sur la base du numéro de sécurité sociale (Nir), des données sur l'identification des bénéficiaires de prestations sociales, leur affiliation, la nature des risques couverts, les avantages servis et les adresses déclarées pour les percevoir.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 138.

Ce répertoire a été conçu pour renforcer l'efficacité du contrôle du versement des prestations, que ces dernières soient servies par des organismes de sécurité sociale (OSS) dans le cadre de prestations contributives ou par des collectivités territoriales dans le cadre de l'aide sociale. Il est commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de base, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire et aux organismes servant des prestations chômage.

Il est par ailleurs ouvert aux organismes de la branche recouvrement dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal, ainsi qu'aux collectivités territoriales.

2. Une extension importante de l'accès

Le présent article prévoit une première extension de l'accès à un organisme dont le statut ne l'y prédisposait pas : la caisse des Français de l'étranger (CFE). N'ayant pas la qualité de régime obligatoire, elle ne figure pas au nombre des organismes ayant accès au RNCPS, mais elle dispense des prestations d'une nature identique aux Français expatriés (notamment en les couvrant contre les risques sociaux pris en charge en France par les caisses de sécurité sociale). Son intégration au RNCPS paraît donc en cohérence avec la nature de sa mission.

L'article opère ensuite une extension de l'accès aux groupements de collectivités territoriales ainsi qu'aux métropoles. Cette extension est en effet nécessaire pour les cas où les collectivités territoriales délèguent à des groupements leur compétence en matière sociale.

Enfin, l'article ouvre l'accès au RNCPS aux « entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critères sociaux », en limitant leur accès aux données du répertoire à celles « strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs ». Sous une formulation très générale, sont spécifiquement visées par l'étude d'impact les entreprises pourvoyeuses de services de première nécessité (eau, gaz, électricité), qui auraient ainsi accès au RNCPS pour vérifier l'éligibilité de leurs clients aux tarifs préférentiels.

B. Une collaboration accrue des organismes et personnes publiques chargés de recouvrer les indus

Le a) du 2° procède à une harmonisation rédactionnelle de l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale, qui régit la communication de l'autorité judiciaire aux organismes de protection sociale de toute information susceptible de faire présumer une fraude en matière sociale.

Le b) du 2° réaffirme le principe d'une collaboration entre les organismes de protection sociale et l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc).

Les missions de l'Agrasc

L'Agrasc est un établissement public administratif placé sous la double tutelle des ministères de la justice et du budget dont la création a été prévue par la loi du 9 juillet 2010¹. Cette création vise à répondre au besoin impérieux de gestion des biens saisis, lorsque ces biens exigent une véritable administration (bateaux, immeubles, fonds de commerces, parts sociales et actions, etc.), gestion pour laquelle les services judiciaires ne disposent pas nécessairement des moyens adaptés.

Elle a pour missions la gestion centralisée des sommes saisies, qui seront inscrites sur le compte de l'agence tenu à la caisse des dépôts et des consignations, l'exécution des ventes de ces biens avant jugement, l'exécution des formalités requises pour les saisies pénales immobilières, l'information des administrations publiques et des victimes et enfin la mise en place d'un fichier informatisé des saisies et des confiscations.

La mission d'information des administrations publiques, qui intéresse particulièrement cet article, a fait l'objet d'un protocole signé le 21 juillet 2011 qui prévoit que les créanciers potentiels, fiscaux, douaniers ou sociaux, disposent d'un délai de quinze jours à partir du constat de la créance pour déposer auprès de l'Agrasc un titre exécutoire. Dans la grande majorité des cas, les biens saisis par l'Agrasc pouvant faire l'objet de créances sociales sont des sommes saisies en espèces qui n'ont pas fait l'objet de prélèvements sociaux obligatoires.

La brièveté du délai de quinze jours explique le faible nombre de demandes émanant des créanciers sociaux. En effet, une fois la créance constatée, l'Agrasc est tenue de procéder à la restitution du bien dans les plus brefs délais, prenant souvent de court les organismes sociaux susceptibles de faire valoir leur créance. L'alinéa 10 du présent article vise donc à inciter l'Agrasc à informer les créanciers sociaux, en amont de la décision de restitution du bien.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision de notre collègue député Gérard Bapt à cet article, visant à étendre l'habilitation de l'autorité judiciaire à communiquer aux organismes de protection sociale toute information sur des manœuvres de nature à compromettre le recouvrement des contributions sociales (CSG et CRDS).

¹ Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale.

III - La position de la commission

En matière de recouvrement et de contrôle de versement des prestations, votre commission estime que cet article comporte des dispositions soit dangereuses parce qu'extrêmes, soit décevantes parce que timorées.

A. Pour une extension raisonnée de l'accès au RNCPS

Votre commission se montre défavorable à l'ouverture du RNCPS à des entreprises privées, même habilitées par la loi à fournir des services sur la base de critères sociaux. Le répertoire renferme des renseignements d'une grande sensibilité et a d'abord été conçu comme un outil de coordination des services publics **chargés du versement de prestations sociales**. L'assimilation d'un tarif préférentiel sur une ressource de première nécessité (eau, gaz, électricité...) au versement d'une prestation sociale paraît douteuse à votre commission.

De plus, l'étude d'impact ne comporte aucun chiffrage de la fraude potentielle aux tarifs préférentiels que cette disposition est censée endiguer. Votre commission a donc adopté un **amendement n° 124 de suppression de cet alinéa**.

B. Un recouvrement des créances sociales insuffisamment facilité

Votre commission juge insuffisantes les dispositions de l'article relatives à la collaboration entre organismes chargés du recouvrement des indus.

1. Pour une obligation d'information incombant à l'autorité judiciaire

Elle déplore que l'effort rédactionnel porté sur l'article L. 114-16, visant essentiellement à harmoniser les procédures de collaboration entre autorité judiciaire et services en cas de fraude fiscale (article L. 101 du livre des procédures fiscales) et de fraude sociale, ne soit pas allé jusqu'à rendre obligatoire la communication par la justice d'éléments de nature à aider les organismes de protection sociale dans la lutte contre la fraude sociale. Laisser à l'autorité judiciaire la seule faculté de transmettre ces renseignements présente le risque de ne pas toujours rendre effective la collaboration entre pouvoirs.

Votre commission en est d'autant plus surprise que l'article 60 du PLFSS pose une obligation d'information du directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie en cas de sanction ou condamnation d'un professionnel de santé.

Votre commission a par conséquent voté un amendement n° 125 qu'elle estime de cohérence, rendant obligatoire la communication par l'autorité judiciaire d'éléments intéressant les organismes de protection sociale pour le recouvrement de leurs créances.

2. Une implication de l'Agrasc à l'effectivité douteuse

Elle estime enfin que la disposition relative à l'Agrasc relève davantage de l'affichage qu'elle ne sera véritablement opérante. En premier lieu, parce que l'article se contente de donner à l'Agrasc la seule faculté de communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile ; en second lieu, parce que cette faculté est déjà énoncée par l'article 706-161 du code de procédure pénale¹ ; en dernier lieu, parce que le rendement très faible escompté de cette réforme (1 million d'euros) illustre bien les contraintes du dialogue entre l'Agrasc et les créanciers sociaux.

En conséquence, votre commission a adopté un **amendement n° 126** introduisant une modification de l'article 706-161 du code de procédure pénale. Il s'agit de ne plus seulement viser les biens « *qui sont restitués sur décision de justice* », et sur lesquels s'applique le délai contraignant de quinze jours, mais de viser également les biens « susceptibles d'être restitués », afin de laisser aux créanciers sociaux un temps d'anticipation pour se procurer un titre exécutoire.

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

Article 60

(art. L. 114-16, L. 323-6 et L. 323-6-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Information de l'assurance maladie et prévention des indus d'indemnités journalières

Objet : Cet article prévoit une amélioration de l'information de l'assurance maladie dans les cas de sanction d'un professionnel de santé et de reprise anticipée du travail d'un salarié en arrêt de travail.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à prévenir le manque d'information des caisses d'assurance maladie qui, dans deux cas, peuvent les mener à verser des indus importants.

A. Les indus issus de remboursements d'actes pratiqués par des professionnels non autorisés à la suite d'une sanction

Le premier cas concerne la **sanction ou la condamnation d'un professionnel de santé par une juridiction pénale ou une instance ordinaire.**

¹ « Elle peut informer les services compétents et les victimes, à leur demande ou à son initiative, sur les biens qui sont restitués sur décision de justice, afin d'assurer le paiement de leurs créances, notamment fiscales, douanières, sociales ou de dédommagement. ».

En effet, les termes actuels de l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale ne prévoient qu'une habilitation de l'autorité judiciaire (et pas de l'instance ordinaire) à communiquer aux organismes de protection sociale toute information susceptible de révéler un comportement frauduleux. En l'absence de cette obligation, les caisses d'assurance maladie ne sont pas toujours tenues informées des suspensions d'autorisation de pratique de certains professionnels et continuent de verser des remboursements d'actes non autorisés.

Le présent article propose donc de rendre **automatique l'information du directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie** (Uncam) par le ministère public et par le conseil de l'ordre en cas de condamnation pénale ou ordinaire d'un professionnel de santé.

B. Les indus issus d'indemnités journalières versées en cas de retour anticipé à l'activité d'un salarié en arrêt de travail

Le second cas concerne la **reprise anticipée du travail d'un salarié en arrêt de travail donnant lieu au versement indu d'indemnités journalières (IJ)**.

1. La fraude aux indemnités journalières

Le régime général d'assurance maladie prévoit le versement d'une indemnité journalière maladie à partir du 4^{ème} jour suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail. Cette indemnité correspond à 50 % du salaire brut journalier pour une durée maximale de trois ans (dans la limite de 360 jours).

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale énumère les obligations auxquelles le bénéficiaire de l'indemnité journalière doit se conformer, parmi lesquelles figure **l'interdiction de se livrer à toute activité non autorisée**.

En effet, une fraude aux IJ se caractérise notamment lorsque le bénéficiaire pratique une activité professionnelle rémunérée lui permettant de cumuler sa rémunération et le versement de ces indemnités. Dans 63 % des cas de fraude, il s'agit d'un cumul de l'IJ avec une activité, soit poursuivie chez l'employeur sans que la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) en soit informée, soit chez un autre employeur. Ce schéma de fraude représente, selon un rapport de la délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF)¹, un **montant de 7,3 millions d'euros**.

Un arrêt de travail peut donner lieu à un maintien de salaire, qu'il soit intégral ou partiel. Le maintien de salaire consiste à ce que l'employeur verse au salarié la différence entre le montant des IJ et le montant du salaire maintenu.

¹ Chiffre repris par la Cour des comptes, « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juillet 2012.

Deux situations peuvent se présenter, appelant des pouvoirs publics une réponse différenciée : soit le salarié touche personnellement l'indemnité journalière, à laquelle l'employeur ajoute le complément de salaire ; soit l'employeur perçoit directement l'indemnité journalière et verse au salarié sa rémunération inchangée.

2. L'employeur récipiendaire de l'indemnité journalière

Le mécanisme de la **subrogation** permet à l'employeur de percevoir directement, en lieu et place du salarié, les IJ qui sont dues à ce dernier par sa caisse d'assurance maladie, et de continuer ainsi à verser au salarié sa rémunération.

Les comportements frauduleux sont caractérisés en cas de retour anticipé au travail du salarié sans que la caisse d'assurance maladie n'en soit informée. L'employeur continue de percevoir des IJ, ce qui revient dans les faits à **faire endosser à l'assurance maladie une partie de la rémunération d'un salarié qui n'est plus en arrêt de travail.**

Le dispositif de l'article 60 (3° du I) prévoit par conséquent l'insertion d'un nouvel article L. 323-6-1 comportant :

- l'information par tout moyen par l'employeur de la caisse d'assurance maladie du retour anticipé du salarié en arrêt ;
- la récupération des IJ indument versées par la caisse dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1, **à la réserve près que la récupération se fait auprès de l'employeur (et non de l'assuré) ;**
- la possibilité d'une sanction financière à l'encontre de l'employeur.

La principale innovation de ce dispositif réside dans la dérogation au principe général de la responsabilité du salarié, énoncé à l'article L. 133-4-1. Le débiteur de l'indemnité journalière indument versée est clairement identifié comme étant l'employeur, lorsque celui-ci est subrogé dans les droits du salarié.

3. Le salarié récipiendaire de l'indemnité journalière

Le 2° du I précise les modalités de récupération d'indus et de sanctions pour le cas général où l'employeur n'est pas subrogé au salarié et où les indemnités journalières sont directement touchées par ce dernier. Est alors réaffirmée la responsabilité pécuniaire du salarié par une référence à l'article L. 133-4-1. Une disposition de coordination vient entériner les modalités de pénalité financière telles que modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹.

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 59.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de la commission

Votre commission se montre favorable à l'amélioration de l'information des caisses d'assurance maladie afin de renforcer leur réactivité dans la lutte contre la fraude aux remboursements. Le dispositif de l'article 60 s'inscrit dans la ligne des modifications qu'elle a souhaité apporter à l'article 59 sur l'obligation d'information des organismes de protection sociale par l'autorité judiciaire.

Cependant, votre commission se propose de préciser le dispositif pour le cas de **professionnels de santé sanctionnés ou condamnés et continuant à pratiquer des actes donnant lieu à des remboursements indus**. Il lui paraît effectivement important de s'assurer que les **sommes indues doivent être recouvrées par la caisse d'assurance maladie auprès du professionnel et non de l'assuré**, dans les conditions du droit commun de la récupération d'indus auprès des professionnels de santé, définies à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. Elle a donc adopté un **amendement de précision n° 127** dans ce sens.

De plus, votre commission estime que le dispositif de lutte contre la fraude aux indemnités journalières prévu par l'article 60 ne se montre dissuasif que dans les cas de subrogation de l'employeur. **L'article néglige le cas où le salarié demeure le bénéficiaire unique des IJ** et où son retour anticipé au travail le mène à cumuler ces dernières avec sa rémunération. C'est pourquoi votre commission a ajouté à l'article L. 323-6, par un **amendement n° 128**, une condition de transparence du bénéficiaire des IJ à l'égard de sa caisse lorsque l'employeur n'est pas subrogé.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 9 novembre 2016, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 106 (2016-2017) de financement de la sécurité sociale pour 2017 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, M. René-Paul Savary, rapporteur pour le secteur médico-social, Mme Caroline Cayeux, rapporteur pour la famille, MM. Gérard Roche, rapporteur pour l'assurance vieillesse et Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La présentation de ce dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) du quinquennat a connu un écho médiatique particulier, avec comme message principal : les comptes sociaux sont à l'équilibre, le redressement de la sécurité sociale n'est plus une utopie. Oui, le déficit se réduit, après plusieurs années d'un effort significatif en recettes. Mais malgré le pacte de responsabilité, les prélèvements obligatoires au profit des administrations sociales ont augmenté depuis 2012 et atteignent 24 % du PIB. En 2017 encore, 1 milliard d'euros supplémentaire sera prélevé par les régimes de retraite, de base et complémentaires.

Le régime général présente encore un déficit de 4,1 milliards d'euros en 2017, largement imputable au fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui connaît un résultat négatif de 3,8 milliards d'euros en 2017. Contrairement à ce que l'on voudrait nous faire croire, le FSV appartient bien à la sécurité sociale, dont il finance les prestations non-contributives pour la retraite. Présenter les résultats hors FSV, c'est comme présenter le régime général sans la branche famille. Notre rapporteur Gérard Roche présentera les mesures annoncées par le Gouvernement pour la résorption du déficit du FSV. Elles se traduisent par un déficit 2017 de 3,8 milliards d'euros, égal à celui de 2016, ce qui relativise fortement l'excédent de la branche vieillesse. L'autre déficit important, c'est celui de l'assurance-maladie : 2,6 milliards d'euros en 2017, malgré une amélioration substantielle de 1,4 milliard par rapport au solde annoncé pour 2016 et de 5,7 milliards par rapport au tendancier de dépenses. Malgré les réformes structurelles vantées par le Gouvernement, le solde tendancier de l'assurance-maladie - le résultat attendu en l'absence de mesures correctrices - est de moins 8,3 milliards d'euros : c'est considérable.

Pour combler cet écart, le Gouvernement a recours à plusieurs leviers.

Il augmente les recettes de la branche. L'assurance-maladie se voit transférer près de 900 millions d'euros du FSV, au cours d'une opération qui transforme des réserves en produits nouveaux. Dans les transferts internes aux différentes branches, l'assurance maladie reçoit 1,5 milliard d'euros, ce qui est supérieur aux pertes de recettes à compenser - de 0,7 milliard d'euros. Près de 300 millions de recettes nouvelles sont comptabilisées au titre de la fiscalité du tabac. Les cotisations maladie sont augmentées de 0,05 %, de manière indolore, via un transfert de taux des cotisations AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles) de 250 millions d'euros. Combiné à celui déjà opéré l'an dernier, il améliore de 500 millions d'euros le solde de l'assurance-maladie.

Le Gouvernement prévoit aussi 4,1 milliards d'euros d'économies sous objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Si l'on excepte les mesures d'économies pour l'Ondam, qui n'en sont pas pour l'assurance maladie (comptabilisation des remises pharmaceutiques, dépenses du fonds pour l'innovation, cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ces économies sont réduites à 3,5 milliards d'euros. Si l'on retire les charges reportées sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 230 millions d'euros, ou sur les fonds hospitaliers, 220 millions, les économies sont réduites d'autant. L'amélioration du solde de l'assurance-maladie n'est donc pas imputable aux réformes d'organisation qui porteraient enfin leurs fruits, mais à des recettes nouvelles et à l'accumulation de reports de charges sur d'autres périmètres. La maîtrise de l'Ondam, qui progresse en réalité de 2,5 %, et non de 2,1 %, est conjoncturelle (les opérations ne sont pas reconductibles l'an prochain) et artificielle (il ne s'agit pas de maîtrise mais de transfert de dépenses).

Prises individuellement, les différentes mesures de correction de l'Ondam et du solde de l'assurance-maladie ne sont pas inhabituelles : tous les gouvernements les ont pratiquées ou les pratiqueront. Ce qui nous frappe cependant, c'est leur ampleur, qui a conduit le Comité d'alerte de l'Ondam à émettre « une réserve de méthode » sur la construction de l'objectif 2017 ; et surtout le contraste avec la forte médiatisation de l'amélioration des comptes sociaux. Non, l'assurance-maladie n'est pas revenue à l'équilibre : les efforts doivent être poursuivis et ce n'est pas s'acharner sur les Français que de le souligner. Maîtriser les dépenses est extrêmement difficile, surtout lorsque l'on s'est fixé comme mot d'ordre de n'utiliser aucun des leviers disponibles à cette fin.

L'équilibre de la branche famille est assuré en 2017 grâce à une mesure en recettes : l'année 2017 comptera opportunément cinq trimestres pour la taxe sur les véhicules de sociétés. L'excédent de la branche AT-MP se consolide à 700 millions d'euros. Sans le transfert de cotisations, il serait de l'ordre de 1,2 milliard d'euros.

Dans une perspective pluriannuelle, l'excédent serait atteint en 2018 et se consoliderait ensuite. À court terme, ces prévisions supposent que les turbulences suscitées par le Brexit n'aient aucun effet sur le niveau de la croissance et de l'emploi dans notre pays. À moyen terme, elles supposent que notre pays renoue avec une progression très soutenue de la masse salariale, de près de 4 % par an contre 2,6 % actuellement.

En période d'incertitudes, préférons des hypothèses prudentes. Les équilibres dépendront davantage de notre capacité à maîtriser l'évolution des dépenses - il ne faut pas y voir une volonté punitive à l'égard de nos concitoyens.

D'autres questions restent encore sans réponse : la dette sociale demeure très importante - 156 milliards d'euros - et les comptes de l'assurance-chômage accusent un lourd déficit de 30 milliards d'euros.

En l'absence de troisième phase du pacte de responsabilité, ce texte ne comporte pas de mesure phare en recettes. La première mesure, à l'article 8 ter, semble purement technique : le fait générateur des cotisations et contributions sociales ne serait plus la perception effective d'un revenu par le salarié ou travailleur indépendant mais le moment où ce revenu lui est dû, même s'il n'est pas encaissé ! Cet article revient donc sur cinq décennies de droit et de pratiques constantes mais aussi sur l'unité du droit applicable en matière fiscale et sociale. Ainsi, un salarié ayant négocié son départ en décembre 2016 avec des indemnités versées en janvier 2017 devrait se voir appliquer les taux de cotisations et le plafond de la sécurité sociale de 2016 alors que ce serait l'inverse en matière fiscale. Loin de la simplification annoncée, cette modification est source de complexité, de contentieux -avec une difficulté particulière attachée au régime de la preuve- et certainement de fraude. Je proposerai donc à la commission de revenir sur cet article.

Sur l'article 9, les auditions menées ont pu susciter une certaine confusion. Donnons cependant une chance à la nouvelle organisation du recouvrement des travailleurs indépendants qui tente de formaliser juridiquement ce qui se fait sur le terrain.

L'article 10 sur les plateformes collaboratives a été abondamment commenté. Il ne concerne pas les plateformes de l'économie du partage, dont le cas est traité par une instruction fiscale du 30 août dernier, tout à fait transposable dans le champ social. Ensuite, il ne s'agit pas d'assujettir à cotisations et contributions sociales des revenus jusqu'alors exonérés, mais de rendre effectives des règles existantes mais qui ne sont pas ou peu appliquées, faute d'outils adaptés. L'article 10 distingue, parmi les revenus de location meublée de courte durée et parmi les revenus de locations de biens meubles, ceux qui ne relèvent plus seulement de la valorisation du patrimoine mais d'une activité professionnelle et doivent être soumis à cotisations sociales. Le critère retenu est un seuil de revenus : 23 000 euros pour les locations meublées, 7 223 euros pour les biens meubles.

Ces seuils ont été largement discutés à l'Assemblée nationale, mais le principe n'est pas contestable : au-delà d'un certain niveau de revenus, on bascule effectivement dans le revenu professionnel, avec toutes les questions de concurrence que cela implique. Je trouve le seuil élevé pour les locations meublées et plutôt bas pour les biens meubles. Je propose un seuil unique de 15 000 euros par an, soit un peu plus qu'un Smic annuel net. Pour reprendre les deux exemples cités par le ministre, le revenu annuel moyen dégagé sur Drivy, le site de location de voitures, est de 372 euros, contre 3 600 euros sur Airbnb pour la location meublée de courte durée.

L'article ne traite pas de la question des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Pour sécuriser le recouvrement de la CSG-CRDS (contribution sociale généralisée-contribution au remboursement de la dette sociale), prévoyons que ces contributions pourraient, sur habilitation de l'utilisateur, être prélevées par les plateformes, comme c'est le cas pour la taxe de séjour. L'alternative n'est pas entre zéro prélèvement ou l'affiliation comme professionnel, mais bien entre contributions sociales sur les revenus du patrimoine et impôts sur le revenu ou affiliation comme professionnel. Notre commission devra poursuivre sa réflexion sur ce sujet en lien avec le coût et l'organisation de notre protection sociale...

L'article 20 réaffecte des recettes entre branches. Supprimons le transfert à l'assurance maladie des réserves de la section III du FSV : il prive de près de 900 millions d'euros un fonds dont le déficit est pourtant de 3,8 milliards d'euros - c'est étrange ! Il réduit optiquement et de façon non pérenne le déficit de la branche maladie ; il est comptabilisé de façon contestable dans la compensation à la sécurité sociale des allègements de cotisations ; il alimente un fonds qui extrait de l'Ondam une partie des dépenses de médicaments que l'Ondam a pourtant vocation à retracer.

Je propose que nous adoptions la première partie des orientations générales, relative à l'exercice 2015 - ce qui n'est en rien une approbation de la politique menée : l'exercice est clos et dûment certifié. En revanche, nous ne pouvons adopter les équilibres généraux 2016 et 2017, en raison de notre devoir de transparence envers nos concitoyens. Tout converge dans ce PLFSS pour afficher un redressement de l'assurance maladie qui doit être largement relativisé. Par ailleurs, tenons-nous en aux compromis dégagés à l'Assemblée nationale sur les niches sociales - aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (Accre) et outre-mer - sans en créer de nouvelles.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour le secteur médico-social. -

On pourrait trouver dans le volet médico-social du PLFSS plusieurs motifs de satisfaction : une augmentation à périmètre constant de l'Ondam médico-social d'environ 2,5 %, l'annonce de 590 millions d'euros de mesures supplémentaires pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la mise en œuvre de la loi portant adaptation de la société au vieillissement avec une rare célérité et la concrétisation des préconisations unanimement saluées du rapport Piveteau sur la prévention des ruptures de parcours... Autant de raisons de saluer l'action du Gouvernement en faveur des personnes en situation de dépendance.

Mais ce serait ignorer plusieurs faits, moins assumés car moins apparents - je n'ose dire dissimulés - qui font peser sur la pérennité financière du secteur un risque extrêmement élevé, que les prochaines années ne manqueront pas de révéler. Les médias se sont récemment intéressés au niveau des réserves de la CNSA, qui sont demeurées pendant plusieurs années à des niveaux impressionnants, jusqu'à 750 millions d'euros à la fin de l'exercice 2015, principalement en raison d'une affectation anticipée à la CNSA de ressources destinées à un usage ultérieur. Ce sont donc des crédits strictement conjoncturels, dont l'abondement est purement transitoire, mais qui ont été malgré tout utilisés par le Gouvernement pour des financements pérennes. Pour les deux derniers exercices,

presque 300 millions d'euros provenant des réserves de la CNSA ont été fléchés sur le financement de l'objectif global de dépenses (OGD) : le Gouvernement a ainsi pu afficher une modération toute artificielle de l'Ondam médico-social. La manœuvre est renouvelée, dans des proportions jamais égalées, pour le dernier budget médico-social du quinquennat, puisque 230 millions d'euros puisés dans ces mêmes réserves financeront en 2017 l'OGD - composé de l'Ondam médico-social, d'une part du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et des réserves. Lorsqu'on augmente l'appel aux réserves, on réduit d'autant l'Ondam...

Lorsqu'on puise dans des fonds dont l'épuisement est imminent, il est pernicieux de prétendre que le financement assumé par les assurés sociaux en est allégé, car dès 2018 sans doute, l'impératif du maintien de l'OGD n'offrira le choix qu'entre deux options : élever la ponction sur les assurés sociaux via une hausse de l'Ondam médico-social - ce qui démontrerait toutes les limites du discours actuel sur l'extinction progressive du déficit de la sécurité sociale - ou affecter à la CNSA une nouvelle ressource propre - ce qui reviendrait à créer une nouvelle contribution pour la solidarité. Le coût du devoir de solidarité progressera dans les années à venir, sans avoir été anticipé.

Cet effort sera d'autant plus nécessaire que le prochain gouvernement devra poursuivre l'élan entamé sous le quinquennat précédent de créations de places pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Les bilans de créations d'Ehpad ou d'établissements spécialisés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sont satisfaisants ; l'élaboration de la réforme tarifaire des Ehpad a su recueillir l'assentiment général des acteurs et il y a tout lieu de s'en réjouir. Mais face à cette embellie, le retard pris dans le secteur du handicap n'en paraît que plus criant.

Mme Catherine Génisson. – À qui la faute ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Les incitations et les instructions furent insuffisantes pour que la prise en charge de handicaps mentaux complexes, notamment l'autisme, progresse. Nombre de nos compatriotes sont contraints de s'exiler en Belgique...

M. Michel Amiel. – Cela ne date pas de 2012 !

M. René-Paul Savary, rapporteur. – ...faute d'une prise en charge adéquate en France, où les délais d'installation trop longs et le cloisonnement des pratiques empêchent un accompagnement approprié. Le Président de la République a annoncé précipitamment un quatrième plan autisme lors de la conférence nationale du handicap ; il semble enfin découvrir l'enjeu crucial que représente le diagnostic précoce, et cela illustre bien l'improvisation du Gouvernement en la matière.

La grande réforme dite « réponse accompagnée pour tous », qui oriente la personne handicapée en fonction de ses besoins et non en fonction des disponibilités de l'offre, est vertueuse dans son principe, mais inapplicable. Les acteurs concernés, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou établissements, ne sont pas préparés à un tel changement de paradigme. Tous les crédits de cette « réponse accompagnée » seront saupoudrés au détriment des structures spécialisées.

Enfin, les grands oubliés de ces réformes ambitieuses mais pensées hors-sol sont les territoires, et plus particulièrement les départements, relais indispensables auprès des populations vulnérables. Les réserves de la CNSA n'ont jamais servi à soulager, même temporairement, les départements qui restaient largement redevables de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le fonds de soutien aux départements de 50 millions d'euros, constitué sur ces mêmes réserves et qui sera ouvert en 2017, est une réponse aussi modeste dans son montant qu'inappropriée dans ses modalités. Les problèmes des départements demeurent face à l'explosion des dépenses sociales.

La prise en charge des personnes âgées donne certes lieu à la conception d'harmonieux schémas en haut lieu, mais ne se préoccupe pas des entremêlements et chevauchements entre les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic), les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) et le programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), dont la prorogation est proposée par l'article 48 du PLFSS. Comment connaître le guichet approprié ? Là aussi, la perte tant humaine que financière est indiscutable.

L'article 46 apporte d'utiles précisions sur la généralisation progressive des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées. Pour les premières, après la réforme tarifaire touchant les Ehpad, il est naturel que les modalités du contrat soient réformées. Mais le secteur du handicap, lui, n'a pas subi de telle réforme ! Envisager la modulation de la dotation par les autorités tarifaires en fonction du taux d'activité est donc prématuré. Le secteur ignore encore tout du projet Serafin PH (Services et établissements: réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) en cours d'élaboration. Mes amendements réaménagent donc l'entrée dans les CPOM spécifiquement pour le secteur du handicap. Rendons aussi l'examen des comptes de la CNSA par le Parlement plus fiable et plus exhaustif. Enfin, lors de l'examen de l'article 48, je proposerai que l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées soit rendue plus lisible dans nos territoires.

Mme Caroline Cayeux, rapporteure pour la branche famille. – *L'an dernier, nous exprimions notre scepticisme, quand le Gouvernement espérait voir le déficit de la branche famille tomber de 1,5 milliard à 800 millions d'euros. Nos préventions n'étaient pas tout à fait infondées, puisque le déficit de la branche devrait s'établir en 2016 à 1 milliard d'euros, soit 200 millions d'euros de plus que la cible retenue.*

Ces résultats décevants auraient pu conduire à revoir à la baisse les prévisions pour les années suivantes, d'autant que selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, en l'absence de mesures nouvelles, le solde de la branche redeviendrait déficitaire de 1,3 milliard d'euros. Et pourtant, le Gouvernement table désormais sur un retour à l'équilibre dès 2017 au lieu de 2018. Dès lors, vous comprendrez mes doutes sur les objectifs retenus, doutes partagés par le président de la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) auditionné il y a quelques semaines.

La réduction espérée en 2017 ne résulte pas de nouvelles économies, les mesures du volet famille du PLFSS n'ayant pas d'impact budgétaire. L'écart entre le solde tendanciel et les objectifs retenus s'explique donc, outre la réforme de la taxe sur les véhicules de société - qui fournira une recette exceptionnelle d'environ 160 millions d'euros l'année prochaine - par un jeu de transferts et de réaffectation de recettes entre la branche famille, les autres branches de la sécurité sociale et l'État. Soumise à l'incertitude qui entoure les hypothèses macroéconomiques, la nouvelle réduction du déficit envisagée en 2017 apparaît largement artificielle.

Certes, le déficit de la branche famille, qui avait atteint un niveau record en 2013 - après deux années de légère baisse - s'est depuis nettement réduit. Mais ce retour à l'équilibre a été largement supporté par les familles elles-mêmes ! Tout en étant facilitée par une inflation atone, une baisse du nombre de naissances et une reprise encore timide de la croissance alors qu'une partie des dépenses de la branche famille a été transférée vers le budget de l'État, la réduction du déficit de la branche famille résulte pour une large part de la réduction des ressources consacrées aux familles : rien moins que 2 milliards d'euros en 2017...

Le plan de rénovation de la politique familiale de 2013 consiste en une série de mesures d'économies qui compensent à peu près les revalorisations de prestations ciblées sur les ménages modestes, décidées dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté. À ce plan d'économies s'est ajoutée la modulation des allocations familiales, précipitée à l'occasion du PLFSS pour 2015 et qui représente une économie de plus de 760 millions d'euros par an. En outre, deux abaissements successifs du plafond du quotient familial augmentent la pression fiscale sur les ménages.

Bien que les efforts aient été davantage supportés par les familles les plus aisées, selon une récente note de la Cnaf, près d'un tiers des ménages perdants se situent dans les cinq premiers déciles de revenus. Si, comme le Gouvernement le répète, la politique familiale est devenue plus redistributive, c'est donc bien moins du fait d'un effort accru en direction des familles modestes que d'une restriction globale des ressources distribuées.

Par ailleurs, la concentration croissante de la politique familiale sur les ménages modestes remet en cause sa nature même. Originellement, la politique familiale compensait la charge que représente pour les familles l'éducation d'enfants, quelles que soient leurs ressources, opérant une redistribution horizontale des ménages sans enfant vers les familles. En accentuant la concentration des prestations familiales sur les ménages modestes, les mesures récentes transforment cette politique en un instrument de soutien au revenu des ménages modestes. Cette évolution, presque unanimement dénoncée par les associations familiales, s'inscrit dans une perspective de lutte contre la pauvreté qui, aussi nécessaire soit-elle, est bien différente de la vocation de la politique familiale.

Au-delà de cette remise en cause d'un principe important de notre modèle social sans vision d'ensemble et pour obéir à une logique strictement budgétaire, on peut s'inquiéter de l'acceptabilité sociale d'une politique qui opposerait ceux qui la financent, par l'impôt et par les cotisations, et ceux qui en bénéficient, tournant le dos à une universalité qui faisait pourtant consensus.

En 2017 devraient être observés les premiers effets de la réforme du congé parental. Adoptée par la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, cette réforme devait inciter les pères à prendre une partie du congé parental pour réduire l'éloignement des mères du marché du travail. Il était prévu de réserver au père 6 mois de congés sur 36. Or, les décrets d'application ont fixé la part du congé réservé au père à 12 mois, soit un tiers du congé total, tout en comptant sur une économie de près de 300 millions d'euros par an en supposant que les pères ne prendront pas ce congé. Il est particulièrement choquant qu'une réforme destinée à renforcer l'égalité professionnelle soit ainsi dévoyée au nom d'impératifs budgétaires.

Cette réforme est d'autant plus préoccupante que les objectifs ambitieux pour le développement de l'offre d'accueil des jeunes enfants ne sont pas atteints. La ministre a tout de même admis un échec au cours de son audition, alors que nos doutes étaient balayés d'un revers de main les années précédentes.

La politique familiale française a longtemps permis à notre pays de connaître une démographie dynamique. Je m'inquiète donc de la baisse du nombre de naissances que nous observons depuis 2010, accélérée en 2015 et qui se poursuit en 2016. Il serait prématuré d'établir un lien entre les évolutions récentes de la politique familiale et le nombre de naissances, mais les signaux adressés aux futurs parents ne sont guère encourageants.

Je salue néanmoins deux mesures. Le renforcement des missions des caisses d'allocations familiales pour l'aide au recouvrement des pensions alimentaires impayées, dans le prolongement de la garantie contre les impayés de pension alimentaires (Gipa) généralisée l'année dernière, est une bonne chose. Toutefois, n'en exagérons pas la portée : l'agence nationale créée n'est en fait que le nom nouvellement donné à la cellule d'agents de la Cnaf qui pilotent déjà cette mission.

Les mesures proposées à l'article 28, qui facilitent la rémunération des salariés du particulier employeur et simplifient le circuit de paiement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) vont également dans le bon sens. Supprimons cependant les dispositions relatives au prélèvement à la source, prématurées car le Sénat ne s'est pas encore prononcé sur cette réforme.

M. Gérard Roche, rapporteur pour la branche vieillesse. – *Quel est le bilan du Gouvernement sur les retraites ? Regardons avec lucidité les chiffres présentés pour la branche vieillesse. Sur les 4,1 milliards d'euros de déficit de la sécurité sociale prévu pour 2017, la branche vieillesse pèse pour 2,2 milliards d'euros, résultant d'un excédent de 1,6 milliard d'euros pour les régimes de base mais aussi d'un déficit persistant du FSV de 3,8 milliards. Ce PLFSS va plus loin en prévoyant en 2020, un retour à l'équilibre de l'ensemble de la branche vieillesse : son résultat consolidé à cette échéance serait un excédent de 400 millions d'euros, avec toutefois une dette de 11 milliards d'euros qui sera portée à cette date par le FSV, sans possibilité de faire appel à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).*

Je ne peux laisser dire à la ministre Marisol Touraine, comme elle le fit devant notre commission le 19 octobre dernier : « Le régime des retraites est excédentaire. La Cour des comptes, le Conseil d'orientation des retraites (Cor), le Centre d'analyse stratégique assurent qu'il le sera pour plusieurs décennies ». Dire cela, c'est commettre une triple imprudence. Si la ministre a le droit d'être optimiste, nous avons le devoir d'être objectifs.

Une première imprudence se situe au niveau des dépenses d'assurance vieillesse. Depuis le début du quinquennat, le Gouvernement bénéficie de l'effet d'aubaine créé par la réforme des retraites de 2010, qui reportait l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans. En 2017, elle génère encore près de 6 milliards d'euros d'économies pour le seul régime général, un montant identique à celui de 2016. À l'inverse, la décision du Gouvernement à l'été 2012 d'élargir de façon déraisonnable le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue entraîne des dépenses exponentielles : 2,4 milliards d'euros en 2015, 2,7 milliards d'euros en 2016 et 3,2 milliards d'euros en 2017. L'année prochaine, ce sont ainsi près de 300 000 personnes qui bénéficieront d'un départ anticipé, soit un tiers des départs à la retraite !

Mme Catherine Génisson. – *Cela évitera peut-être d'alourdir le budget de l'assurance maladie !*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Qui peut contester le fait que ce dispositif est en perte de contrôle ? L'allongement de la durée de cotisation, prévu par la réforme de 2014, n'est pas une mesure structurelle significative. Entrant en vigueur en 2020, il n'a pas rapporté un seul euro d'économie. Il s'inscrit dans le prolongement du dispositif instauré par les réformes de 2003 et 2010, qui prévoyaient un mécanisme de révision annuelle, par décret, de la durée d'assurance en fonction de la hausse de l'espérance de vie. Enfin, en faisant porter à 43 ans la durée d'assurance requise pour les générations nées à partir de 1973, cette réforme s'avère non seulement très timide dans son calendrier mais pourrait créer à l'avenir des problèmes d'équité entre les générations. Le Gouvernement est bien audacieux de se prévaloir du retour à l'équilibre des régimes grâce à des mesures structurelles sur les dépenses.*

Le satisfecit de la ministre sur les recettes est également imprudent. Le seul levier actionné par le Gouvernement, entre 2012 et 2014, pour rétablir l'équilibre des retraites fut d'augmenter les cotisations d'assurance vieillesse. Leur taux a augmenté de 16,65 % à 17,75 % en 2017 ! Dans une période de chômage élevé, cette décision pèse durablement sur les salaires et donc sur l'emploi. Elle ne contribue en rien à ralentir l'augmentation de la part des retraites dans le PIB : près de 14 % en 2014, un des niveaux les plus élevés d'Europe. Au regard de l'augmentation de l'espérance de vie, prévoyons des mesures efficaces et rapides pour retarder l'entrée dans la retraite, afin de diminuer les dépenses au lieu d'équilibrer le système des retraites en augmentant les recettes.

Imprudence enfin, au regard des hypothèses macroéconomiques et des analyses que le Gouvernement tire des projections du Cor, pour justifier sa vision d'un système de retraite définitivement préservé. À court terme, c'est-à-dire 2020, les hypothèses sur lesquelles le Gouvernement fonde le retour à l'équilibre sont très optimistes. Pour les régimes de base, il prévoit une croissance de la masse salariale annuelle avoisinant les 4 % en 2020, un niveau jamais observé depuis la crise économique. Elle ne s'élevait qu'à 1,6 % en 2015 et à 2,6 % en 2016. Or, le léger excédent prévu pour les régimes de base entre 2018 et 2020 – leur solde se dégradant après 2017 – repose principalement sur l'évolution significative de la masse salariale, assiette des cotisations vieillesse.

Il en est de même pour le FSV. Il sert une nouvelle fois de dépanneuse des finances sociales, comme Catherine Génisson et moi l'avions analysé dans notre rapport. L'article 20 de ce PLFSS reprend pourtant l'une de nos préconisations : recentrer le FSV sur sa mission de financement des seules prestations relevant de la solidarité nationale, en prévoyant le transfert progressif du minimum contributif (Mico) à la charge des régimes de base. En 2017, la dépense liée au Mico pour le FSV ne représentera plus que 2,5 milliards d'euros contre 3,5 milliards d'euros cette année et elle s'éteindra progressivement jusqu'en 2020.

Malgré la baisse de ses charges, le FSV conservera un déficit de 3,8 milliards d'euros en 2017 : le même article 20 supprime près de 900 millions d'euros de produits et à cette perte s'ajoute le transfert des réserves financières de la section 3 du FSV – soit 876 millions d'euros – vers le nouveau fonds d'innovation pharmaceutique. Nous sommes hostiles à ce mode de financement. Ces 1,7 milliard d'euros auraient pu rééquilibrer le FSV, ils sont détournés pour compenser d'autres déficits sociaux. Ces mesures vont à l'encontre de la stabilité des recettes du Fonds, que nous appelions de nos vœux dans notre rapport.

À l'horizon 2020, le retour à l'équilibre du FSV sera surtout dû à la progression de plus de 3 % par an des revenus du capital, alors qu'en moyenne depuis 10 ans ces recettes ne progressaient que de 1,8 %... Là encore, cette perspective est hypothétique. Sur le long terme, nous pouvons faire une lecture optimiste des projections du Cor. Mais à législation constante, cet équilibre repose sur un chômage inférieur ou égal à 7 % et des gains de productivité annuels de 1,5 %... Les performances économiques de la France ces dernières années ne correspondent pas à ces conditions.

Ces projections postulent que les régimes de retraite du secteur public sont à l'équilibre, sans prendre en compte l'effort budgétaire conséquent de l'État pour que cet équilibre soit possible : près de 58 milliards d'euros en 2016, soit 13,3 % du budget de l'État pour les régimes des fonctionnaires, auxquels s'ajoutent les 6 milliards d'euros de subventions d'équilibre aux régimes spéciaux, que nous commentent chaque année Agnès Canayer dans son avis budgétaire sur la mission « Régimes sociaux et de retraite ». Le taux de cotisation vieillesse employeur est de 74 % pour l'État contre en moyenne 22 % dans une entreprise privée, pour les retraites de base et complémentaire, et il est de 30 % de cotisations cumulées pour les collectivités locales et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)...

Si nous appliquions le taux des employeurs privés aux employeurs publics, le besoin de financement du système de retraite serait de plus de 20 milliards d'euros.

Des efforts restent à faire pour que notre système de retraites soit durablement à l'équilibre, avec des marges de manœuvres pour financer d'autres dépenses comme celles liées à l'autonomie. À titre personnel, je milite pour une réforme efficace et non punitive des retraites passant par le relèvement à 63 ans de l'âge minimum légal du départ à la retraite, pour rétablir l'égalité entre le public et le privé après l'accord de l'Agirc-Arrco d'octobre 2015 et par l'accélération du calendrier d'augmentation de la durée de cotisation. Selon une étude récente de la direction générale du Trésor, le recul de l'âge à la retraite est une bonne solution pour l'équilibre financier du système, pour le pouvoir d'achat des futurs retraités mais aussi pour l'économie dans son ensemble.

La trajectoire financière actuelle de la branche vieillesse bénéficie des grandes réformes menées depuis 1993, en comparaison desquelles la loi de 2014 me paraît un peu en demi-teinte... Je vous proposerai donc de voter les amendements de suppression des articles fixant les prévisions de dépenses de la branche vieillesse et du FSV.

Les dispositions sur l'assurance vieillesse sont essentiellement techniques. Je vous proposerai quelques amendements rédactionnels sur le très long article 33 qui vise à unifier juridiquement les régimes d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants – c'est une bonne chose – et à améliorer la couverture vieillesse des professions libérales non réglementées, actuellement assurées par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav).

Supprimons également l'article 57 qui transfère le service de l'allocation spécifique de solidarité des personnes âgées (Aspa) de la Caisse des dépôts et consignations à la Mutualité sociale agricole (MSA). Ce sujet controversé mérite que nous en débattions avec la ministre, c'est le sens de l'amendement que je vous présenterai.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). – *La branche AT-MP a renoué avec l'équilibre en 2013. Le PLFSS pour 2017 prévoit un excédent de 696 millions d'euros l'année prochaine, après 659 millions cette année. Grâce à cette trajectoire excédentaire, la dette de la branche, qui s'élevait à près de 2,5 milliards d'euros en 2012, sera intégralement apurée cette année. Cette évolution n'aurait pas été possible sans le maintien d'un dialogue social de qualité au sein de la branche, et surtout, sans des ajustements réguliers des cotisations employeurs au cours des dernières années – le financement de la branche repose quasi-intégralement sur les employeurs. À l'inverse des autres branches, sa dette ne fait pas l'objet de reprises par la Cades, conformément à la logique assurantielle résultant du compromis historique de 1898.*

L'essentiel des dépenses de la branche AT-MP couvre trois types de sinistres : les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles. Après une baisse significative des niveaux de sinistralité au cours des dernières décennies, la période récente se caractérise par une relative stabilisation.

Pour la deuxième année consécutive, le nombre d'accidents du travail se maintient sous la barre des 900 000. Ce niveau reste important mais il a beaucoup diminué : on compte aujourd'hui 34 accidents du travail pour 1 000 salariés, soit dix fois moins qu'il y a cinquante ans. Indépendamment de la réduction du poids du secteur industriel, le plus accidentogène de l'économie française, et du ralentissement de l'activité économique, les efforts de prévention des entreprises portent leurs fruits et doivent être poursuivis.

La fréquence des accidents de trajet – entre le domicile et le travail essentiellement – se stabilise elle aussi, avec 4,7 accidents avec arrêt pour 1 000 salariés. Bien sûr, cette évolution dépend pour l'essentiel de facteurs non directement liés à la branche comme les aléas climatiques et la sécurité routière.

La tendance sur les maladies professionnelles semble s'inverser ces dernières années. Le nombre de maladies nouvellement reconnues diminue légèrement depuis 2013. Il atteint aujourd'hui un palier autour de 65 000 contre plus de 80 000 en 2011. Constants, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent environ 85 % des maladies nouvellement reconnues. La part des pathologies dues à l'amiante s'élève à environ 6 %.

Un nombre croissant de pathologies sont reconnues en dehors des tableaux par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Le plus souvent, les affections sur lesquelles ils se prononcent sont les troubles psycho-sociaux, domaine dans lequel le nombre d'avis favorables a plus que quadruplé en cinq ans. Cet accroissement résulte en partie d'une interprétation plus souple des règles d'appréciation de l'incapacité permanente. La loi de 2015 relative au dialogue social et à l'emploi consacre explicitement la possibilité de reconnaître l'origine professionnelle de certaines pathologies psychiques, par la voie dérogatoire. Sur ce fondement, un décret du 7 juin 2016 renforce l'expertise médicale des CRRMP sur les affections psychiques.

Si ces mesures vont dans le bon sens, la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une pathologie psychique demeure encore difficile. Il n'existe pas d'indicateurs précis pour déterminer le degré d'incapacité provoquée par ces affections, souvent multifactorielles. Dans le rapport rédigé avec Jean-Pierre Godefroy sur le mal-être au travail, notre commission avait recommandé un assouplissement du taux d'incapacité exigé pour prétendre à la procédure complémentaire. À la lumière d'exemples étrangers, nous avons souligné que certaines maladies, telles que le stress post-traumatique, pouvaient facilement être reliées à un événement survenu dans le cadre professionnel. C'est pourquoi nous attendons avec intérêt le rapport du Gouvernement sur la possibilité d'intégrer les affections psychiques dans un tableau ou de modifier le critère du seuil d'incapacité permanente. Nous aurions dû recevoir ce rapport en juin dernier... Interrogeons le Gouvernement sur l'état d'avancement des réflexions.

Les autres dépenses de la branche AT-MP, principalement des charges de transfert, me conduisent à réitérer les réserves que notre commission a déjà formulées. Le montant total des transferts s'élèvera à plus de 2 milliards d'euros, plus de 19 % de l'ensemble des dépenses prévisionnelles pour 2017.

Ces dépenses incluent d'abord la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Depuis 2013, le fonds a engagé des actions résolues afin de réduire le stock de dossiers en instance de traitement. Le délai légal de décision, six mois, est désormais respecté. Compte tenu du niveau élevé du fonds de roulement prévu pour 2016, le montant de la dotation de la branche AT-MP est ramené de 430 à 400 millions d'euros l'année prochaine. Le résultat net cumulé du fonds resterait positif de 7 millions d'euros environ et la capacité à garantir une indemnisation rapide et fiable n'est pas menacée. L'État continue cependant de se désengager du financement de l'établissement. Sa contribution se réduit de 40 % en 2017. La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir un engagement de l'État à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, préconisation toujours d'actualité compte tenu des missions régaliennes de l'État et de son rôle comme employeur.

La réduction tendancielle des dépenses du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) se poursuit, compte tenu de la baisse des effectifs d'allocataires. La branche AT-MP y contribuera en 2017 à hauteur de 626 millions d'euros.

Le projet de loi de financement reconduit la dotation arrêtée en 2015 pour le versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, soit 1 milliard d'euros, contre 300 millions en 2002. La progression continue de ce versement, entièrement supportée par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, inspire quelque doute sur la réalité des efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration. Encore faut-il apprécier l'ampleur du phénomène. Or la prochaine commission chargée de cette tâche se réunira dans quelques mois pour actualiser ses travaux. Selon son responsable, l'évaluation des sous-déclarations se fait au doigt mouillé... Et pourtant c'est elle qui détermine les transferts à l'assurance maladie, qui augmentent d'1 milliard d'euros par an – une somme considérable. Ce sont les entreprises et les employeurs qui paient pour l'assurance maladie ; c'est inadmissible !

À cela s'ajoutent les nouveaux transferts mis à la charge de la branche. La loi de financement pour 2016 prévoyait deux transferts annuels successifs, de 0,05 point de cotisation, de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général, sans véritable justification. Nos questions sont demeurées sans réponse. Cette mesure ponctionne en 2016 et 2017 un demi-milliard d'euros supplémentaire sur l'excédent AT-MP.

Les perspectives financières de la branche AT-MP se fondent sur un relèvement des cotisations employeurs à compter de 2018. C'est extraordinaire : nous avons dû mener l'enquête pour connaître le dispositif prévu, une augmentation des cotisations des entreprises, qui n'ont pas besoin de cela en ce moment ! Or, compte tenu de la situation excédentaire de la branche, il serait logique, dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) pour les années 2018 à 2021,

d'envisager une diminution de ces cotisations, et une affectation de moyens supplémentaires pour la prévention. En tout état de cause, l'accroissement des excédents ne saurait justifier de nouvelles opérations comptables destinées à renflouer les autres branches. Ces transferts augmentent la part mutualisée des dépenses en réduisant d'autant la part variable directement liée à la sinistralité de chaque entreprise. Elles contrarient donc les efforts renforçant la logique assurantielle et préventive de la branche. Le PLFSS ne comporte aucune mesure nouvelle de couverture du risque professionnel. J'invite donc la commission à ne pas adopter les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Le directeur général de la Cnam a récemment contesté que l'assurance maladie soit « l'homme malade de la sécurité sociale ». Pourtant, malgré une amélioration globale des soldes, malgré des mesures palliatives, voire des attelles budgétaires, l'assurance maladie restera en déficit de 4 milliards d'euros cette année - ce qui, il est vrai, est mieux que les années passées - puis de 2,6 milliards d'euros l'an prochain. Le déficit du régime général d'assurance maladie est le principal contributeur dans le solde déficitaire d'ensemble.*

Rétablissons la vérité budgétaire, sans opposition politicienne mais sans faux-semblants. L'Ondam pour 2017 est construit de manière à minorer les dépenses, au détriment de sa fonction de pilotage et de suivi de l'évolution réelle des dépenses d'assurance maladie.

L'un des exemples les plus saillants est celui du Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mis en place à l'article 49. Il ne s'agit en réalité que d'une mesure strictement comptable : la seule fonction de ce fonds est de recevoir un abondement de 876 millions d'euros pour les dépenses de médicaments, ainsi financées en dehors du champ de l'Ondam – à hauteur de 220 millions d'euros en 2017.

Nous refusons que la dette de l'Acoss finance les dépenses de médicaments. Dans un objectif de sincérité budgétaire, nous proposons de supprimer également ce fonds, qui, en dehors de cet abondement à tous égards exceptionnel, n'est constitué que de recettes prélevées sur l'industrie du médicament et déjà affectées à l'assurance maladie.

Certes, le budget de l'assurance maladie a besoin d'un mécanisme financier pour faire face à la mise sur le marché de molécules innovantes et coûteuses. Mais ce mécanisme existe déjà : il s'agit de l'Ondam lui-même ! Il doit être augmenté des sommes nécessaires. L'innovation ne constitue plus une surprise : l'arrivée sur le marché et le coût peuvent être anticipés. Le Comité économique des produits de santé (Ceps) gère près de 4 milliards d'euros de dépenses de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, les ATU. Le Gouvernement estime à 220 millions d'euros en 2017 le surcoût de l'innovation. Il relève de sa responsabilité budgétaire de les intégrer à l'Ondam, éventuellement sous la forme d'un compte d'affectation à l'innovation.

Plus largement, l'Ondam tel qu'il nous est proposé pour 2017 apparaît doublement insatisfaisant. Alors même qu'il rompt avec les engagements du Gouvernement de maintenir un taux de croissance des dépenses de 1,75 % pour parvenir à l'équilibre des comptes, il risque pourtant de ne pas parvenir à couvrir l'ampleur des dépenses nouvelles, que ce soit la nouvelle convention médicale ou la revalorisation du point d'indice de la fonction publique hospitalière, deux mesures dont le coût est évalué à 1 milliard d'euros chacune.

La volonté de faire apparaître l'Ondam comme le moins élevé possible aboutit à des paradoxes. Ainsi, tout en reconnaissant le travail du personnel hospitalier au travers de cette revalorisation, on le prive du financement de formations professionnelles utiles en prélevant 300 millions d'euros sur le fonds qui leur est consacré, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), pour boucler les budgets de 2016 et de 2017. Je vous proposerai de revenir en partie sur cette mesure, qui ne me semble pas procéder d'une bonne gestion.

Le Gouvernement a également fait le choix d'interférer par voie d'amendement dans les négociations en cours entre l'assurance maladie et certains professionnels de santé, les dentistes et les radiologues, pour faire prévaloir le point de vue de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Un article est également consacré aux négociations conventionnelles avec les pharmaciens, mais il ne semble pas poser les mêmes difficultés. Je ne conteste pas l'intérêt de faire évoluer la négociation conventionnelle pour mettre les acteurs en mesure d'assumer leurs responsabilités en matière de dépenses sociales, mais il ne me paraît pas acceptable de changer les règles en cours de discussion. Je vous proposerai donc de supprimer les dispositions relatives à la convention des chirurgiens-dentistes et à celle des radiologues.

Il nous est proposé d'améliorer la protection maternité et paternité des médecins, en restreignant toutefois la mesure aux seuls praticiens exerçant en zone sous-dense ou à tarif opposable. Je ne mets pas en cause la nécessité d'encourager l'exercice libéral selon ces modalités et dans ces secteurs, mais pourquoi exclure certains professionnels de cette protection fondamentale ? Cela pourrait en outre soulever des problèmes de constitutionnalité. C'est pourquoi je vous proposerai d'étendre la négociation conventionnelle sur ce point à l'ensemble des médecins, quel que soit leur secteur d'exercice.

Je dirai enfin un mot sur le retour des clauses de désignation prévues à l'article 19 bis dans le domaine de la prévoyance. Quelle que soit la qualité juridique du texte adopté par l'Assemblée nationale, le Sénat s'est toujours montré très réservé sur ces clauses, et il ne paraît pas opportun de les rétablir alors même que la nouvelle couverture complémentaire mise en place par les entreprises est en vigueur depuis le 1^{er} janvier. Je vous proposerai donc un amendement de suppression de cet article.

Comme toujours, le PLFSS comporte également plusieurs mesures d'ajustement technique, ou certaines mesures consensuelles. Il contient aussi des mesures de santé publique, notamment en matière de vaccination. Elles sont pour la plupart de nature expérimentale et doivent, à mon sens, être encouragées.

Celle prévue à l'article 40 tend à identifier le plus tôt possible un mal-être chez les jeunes et à financer une consultation chez un psychologue. Il ne s'agit en aucun cas d'exclure les psychiatres, mais de veiller à la prise en charge la plus précoce possible d'une souffrance psychique, avant qu'elle ne puisse évoluer vers une pathologie. Cela s'inscrit du reste dans la ligne des préconisations de notre président dans son rapport sur la prise en charge des troubles mentaux.

Plusieurs articles du PLFSS concernent le médicament et les dispositifs médicaux, que ce soit relativement à leur fiscalité ou à leur mode de prise en charge. Sur ces questions sensibles, je vous proposerai de choisir la voie de la plus grande simplicité des procédures, une garantie pour assurer à la fois l'accès précoce des malades aux molécules innovantes, la prévisibilité pour les industriels, et la mise en œuvre efficace des mesures de régulation par le Comité économique des produits de santé.

Il me semble également important de mettre en œuvre les conclusions du rapport de Gilbert Barbier et Yves Daudigny sur le médicament. Je vous proposerai donc un amendement tendant à amorcer la réforme longtemps attendue de l'évaluation du médicament.

Au total, eu égard aux réserves qu'inspire la construction de l'Ondam pour 2017 et à l'incertitude portant sur la possibilité de tenir les dépenses d'assurance maladie l'année prochaine, il me semble que nous ne pouvons accepter le tableau d'équilibre et les prévisions de dépenses de la branche.

Mme Catherine Deroche. – *Tout d'abord, je salue la qualité du travail des rapporteurs. Le groupe Les Républicains considère que ce PLFSS est insincère, que les chiffres sont faussés, qu'ils reflètent une autosatisfaction et traduisent un pur souci de communication à la veille de l'année 2017. L'amélioration des comptes de la sécurité sociale est le fruit de la réforme des retraites de François Fillon et d'Éric Woerth. Quant à l'amélioration de la branche famille, elle résulte d'un matraquage des familles depuis 2012. On ne compte plus les tours de passe-passe comptables. Le plan de 4 milliards d'euros d'économies est irréaliste, un tiers de ces économies pesant directement sur les produits de santé. Je rappelle que les investissements industriels ont baissé de 4,5 % entre 2010 et 2020 et qu'on assiste à une érosion de la place de la France dans la recherche pharmaceutique mondiale. S'il est normal d'instaurer une régulation, il ne faut pas toujours pénaliser les mêmes !*

Par ailleurs, le Haut Conseil des finances publiques estime que les risques pesant sur les dépenses sont plus importants en 2017 que les années précédentes, de fortes incertitudes entourant les économies de grande ampleur prévues sur l'Ondam.

J'approuve les propositions d'amendements des rapporteurs, notamment sur la clause de désignation et la remise en cause de la négociation conventionnelle. Gérard Dériot a été très clair sur les transferts, à la fois incohérents et flous. Jean-Pierre Godefroy et moi avions déjà dénoncé le problème des non-déclarations d'accidents du travail, qui existe depuis des années.

Aujourd'hui, on prélève des crédits un peu partout pour donner une belle image des comptes de la sécurité sociale. C'est irresponsable.

Mme Catherine Génisson. – *C'est ainsi depuis quinze ans !*

Mme Catherine Deroche. – Je n'ai pas d'avis sur le seuil de 15 000 euros. L'instauration d'un seuil unique me paraît être une bonne idée. Mais choisir à un seuil à 7 223 euros – et combien de centimes ? – est révélateur de l'esprit de l'administration française !

M. Yves Daudigny. – Nous avons tous été très secoués par les informations en provenance de l'autre côté de l'Atlantique ce matin. Je ne sais pas si elles doivent nous inciter à faire preuve de plus de mesure et de modération dans nos propos ou, au contraire, d'excès...

Je ne partage pas la tonalité du rapport. Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale est un fait : pourquoi vouloir à tout prix minimiser ce résultat considérable dans l'histoire de notre protection sociale ? Certes, tous les problèmes ne sont pas réglés. Mais sur le FSV, gardons-nous d'un faux débat. Le cœur de notre protection sociale, ce sont bien les quatre branches qui constituent le régime général, lequel a vu son déficit diminuer depuis des années et atteindra un quasi-équilibre l'année prochaine. Il n'y a pas d'artifice. Si le Gouvernement avait voulu faire un coup médiatique, il aurait affiché un équilibre à zéro, voire un léger excédent. Le déficit est de l'ordre de 400 millions d'euros, ce qui représente 0,1 % des dépenses. C'est un excellent signe pour la valeur de solidarité qui fonde notre système de protection sociale.

En revanche, je suis d'accord avec M. le rapporteur général sur l'article 10. Si ces nouvelles activités doivent être encouragées, il est cependant logique et équitable, alors qu'elles génèrent des revenus importants, de les assujettir aux cotisations sociales et fiscales. Sur un revenu de 20 000 ou 30 000 euros net par an, des cotisations sont justifiées. Le seuil de 15 000 euros me paraît de bon sens. Je rappelle toutefois que cette question a suscité de nombreuses discussions à l'Assemblée nationale. Elles ont conduit aux deux taux figurant aujourd'hui dans le texte.

Je suis en désaccord avec nos rapporteurs sur l'article 20. Le FSV comprend aujourd'hui trois branches. Il s'agit de limiter son rôle aux dépenses de solidarité, ce qui explique que le fonds ne soit pas compris dans le régime général. Nous approuvons tout à fait la démarche entreprise par le Gouvernement pour le ramener à l'équilibre à l'horizon 2020.

Concernant la branche maladie, la prise en compte de l'innovation, en particulier des nouveaux médicaments contre le cancer, représente un véritable défi pour la sécurité sociale. À cet égard, nous nous félicitons des progrès qui sont régulièrement annoncés dans ce domaine. Je rappelle que, pour l'hépatite C, la France a mis en place un dispositif ayant permis au plus grand nombre de patients d'accéder aux traitements et à la sécurité sociale d'en supporter le coût. C'est une réussite qu'il faut souligner et qui servira de modèle.

De nombreuses dispositions techniques auront des conséquences importantes à l'avenir, en particulier la fixation d'un taux pour la ville et un autre pour l'hôpital. L'ATU est appréciée par tous les laboratoires et considérée dans le monde entier comme favorable à l'innovation en France. Il faut veiller à ce que ce système ne soit pas contrarié par de nouvelles dispositions.

Le prélèvement sur l'ANFH est le signe d'une gestion saine. Il s'agit de réorienter – en restant dans le périmètre de l'hôpital – des crédits qui aujourd'hui ne sont pas utilisés.

Nous sommes assez favorables à la proposition du rapporteur d'étendre la protection maternité et paternité à l'ensemble des médecins, au lieu de la réserver à ceux exerçant en secteur 1.

Enfin, comme cela a été indiqué, les clauses de désignation ne sont rétablies que pour la prévoyance – invalidité, accidents du travail, décès. Lors des auditions, il nous a été démontré que ces clauses ont une importance fondamentale pour les salariés et entrepreneurs du BTP. Il s'agit donc là d'une mesure favorable.

Mme Catherine Génisson. – *Je tiens tout d'abord à remercier les rapporteurs de leur travail, même si nous ne partageons pas toutes leurs analyses et si nous n'adhérons pas à toutes leurs propositions.*

Je me félicite aussi – vous l'avez annoncé, monsieur le président – que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale puisse aller à son terme. C'est à l'honneur de notre institution.

La prise en charge du handicap est de bonne qualité en Belgique – nos collègues Philippe Mouiller et Claire-Lise Campion ne me démentiront pas –, la personne étant suivie dans sa globalité. Nous avons des progrès à faire dans ce domaine. Pour autant, je trouve un peu excessif de critiquer le plan handicap du Gouvernement. Alors que la loi de 2005, votée à l'unanimité, est restée lettre morte pendant de nombreuses années, nous sommes aujourd'hui obligés de rattraper un retard très important.

Pendant trente ou quarante ans, la France s'est complètement trompée dans la prise en charge de l'autisme. Nous revenons aujourd'hui à une prise en charge beaucoup plus saine, ce dont nous pouvons collectivement nous féliciter. Admettons que les réformes vont dans le bon sens !

Comment critiquer la progression de l'Ondam, de 1,75 % à 2,1 %, alors que la diminution du déficit de la sécurité sociale est due à la participation très active de l'ensemble des acteurs de la santé, dans le secteur libéral et encore plus dans le secteur hospitalier ? Cette progression est une récompense de leurs efforts.

Je ne porte pas la même appréciation que vous, monsieur le rapporteur général, sur la convention avec les dentistes. Il me semble primordial que l'assurance maladie reprenne la main sur les soins dentaires, comme elle devrait aussi le faire pour les soins auditifs et en ophtalmologie. Le Gouvernement envoie là un signal très fort sur l'architecture de notre protection sociale. Cette question devra d'ailleurs être débattue à l'occasion de la prochaine élection présidentielle. Il est important de retrouver un équilibre à l'avantage de l'assurance maladie.

Mme Hermeline Malherbe. – *Je commencerai également par remercier les rapporteurs de leur travail, même si, moi non plus, je ne partage pas l'esprit général de leurs analyses, qui frise la mauvaise foi. C'est un peu dommage. Je pense qu'il est plus intéressant et plus sain de reconnaître les éléments positifs de ce projet de loi.*

Je me félicite de la baisse de la CSG pour les retraités les plus modestes, car elle reflète notre conception de la justice sociale et de l'équité. Je trouve en revanche que nous n'allons pas assez loin sur la liberté d'installation des médecins, pour lutter contre la désertification rurale, de plus en plus criante sur l'ensemble du territoire. Je proposerai un amendement.

Le régime social des indépendants (RSI) tel qu'il existe aujourd'hui n'est pas satisfaisant. C'est une bonne idée de vouloir le remettre à plat. Cela étant dit, le sujet est complexe, on le sait, et nécessite une attention particulière.

Les avis sur l'augmentation du prix du tabac sont toujours partagés. Les hausses de prix ont-elles une incidence réelle sur le nombre de fumeurs ?

M. Yves Daudigny. – *Elles en ont une, c'est certain, sur le volume des ventes.*

Mme Hermeline Malherbe. – *Mais on se procure des cigarettes sur internet et, dans une région frontalière comme la mienne, dans les pays voisins. Je ne mets pas en cause l'augmentation du prix du tabac, mais il serait intéressant de mieux étudier sa corrélation avec la consommation réelle.*

Mme Laurence Cohen. – *À mon tour, je remercie les rapporteurs du travail qu'ils ont fourni, même si je ne partage pas du tout leurs analyses, ni leurs conclusions.*

Pour notre groupe, ce PLFSS est décevant, il s'agit d'un texte d'affichage. Le Haut Conseil des finances publiques explique d'ailleurs que les prévisions de croissance du Gouvernement sont très optimistes.

Certes, il y a un redressement des comptes, mais à quel prix ? Les mesures prévues réduiront-elles les souffrances du personnel de santé, dans le secteur public comme dans le privé ? Les infirmières et les médecins dans la rue, hier, condamnaient les restrictions budgétaires persistantes. Nous les dénoncions avant 2012 et nous continuons de les dénoncer aujourd'hui.

Ce PLFSS permettra-t-il de lutter contre les renoncements aux soins, nombreux ? Je ne vois aucune amélioration à cet égard pour 2017.

L'Ondam progresse de 2,1 %, mais essentiellement par des économies, pour un total de 4 milliards d'euros : 3 millions d'euros par ici, ponctionnés sur l'ANFH, 300 millions par-là, pris sur la contribution obligatoire des employeurs aux dépens de la formation des soignants, etc.

La réforme des allocations familiales, que nous avons dénoncée – nous avons au moins le mérite de la constance – a sonné le glas de l'universalité de ce droit.

Les excédents de la branche AT-MP résultent d'une sous-estimation des accidents de travail et des maladies professionnelles. Le Gouvernement devrait développer une politique de prévention et améliorer la réparation tant physique que morale des victimes, dont nous connaissons tous les souffrances. Or il n'en est absolument pas question. Au lieu de cela, le Gouvernement diminue les cotisations patronales.

Les retraités ne sont pas mieux lotis que les assurés sociaux. En 2015, la pension moyenne représentait 51 % du revenu moyen des salariés. Selon la FSU, cette fraction devrait descendre à 35 % à moyen terme.

De plus, comment accepter que le Gouvernement prélève 230 millions d'euros sur les réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour redresser les comptes de la sécurité sociale ?

À cela viennent s'ajouter les suppressions d'emplois dans les différentes caisses. Les assurés peinent à obtenir un rendez-vous, ils se contentent de dialogues téléphoniques. Avez-vous vu le film de Ken Loach sur ce qui se passe en Grande-Bretagne ? Nous n'en sommes pas loin !

La réduction des déficits des différentes caisses se fait uniquement au détriment des patients et des soignants, du public comme du privé. Nous déplorons le refus, une fois de plus, du Gouvernement de changer d'orientation et de s'engager sur des recettes nouvelles. Je vous épargnerai la liste de ces recettes, je les réserve à la séance publique. Nous évoquerons les propositions novatrices et audacieuses que nous étions en droit d'attendre au cours de ce quinquennat. Après tout, on peut croire au Père Noël !

M. Jean-Pierre Godefroy. – *Pour ma part, je ferai exclusivement des remarques sur la branche AT-MP. La dette de cette branche est aujourd'hui apurée. C'était l'objectif prioritaire que Mme Deroche et moi avons fixé dans notre rapport sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.*

Concernant le Fiva, je partage l'avis de Gérard Dériot : l'État devrait participer, au moins symboliquement, à son financement, d'autant qu'il a été condamné pour faute inexcusable. Je partage l'avis de notre collègue sur le stress post-traumatique et les risques psychosociaux : j'y reviendrai.

Nous avons également suggéré dans notre rapport d'augmenter très légèrement les cotisations patronales de la branche AT-MP afin de rétablir l'équilibre, étant entendu que cette hausse pourrait ensuite être reconsidérée. Or un accord est intervenu en 2015 entre les organisations patronales et trois organisations syndicales – la CFDT, la CGC et la CFTC – en vue de pérenniser le financement des retraites complémentaires Agirc et Arrco. Il a alors été décidé que la cotisation supplémentaire prévue serait intégralement compensée par une baisse des cotisations des employeurs sur la branche AT-MP. Autrement dit, on s'est servi de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour financer ces retraites complémentaires ; si bien que le taux de cotisation est revenu à son niveau de 2012. C'est une erreur.

Comment accepter le transfert de 2 milliards d'euros de la branche AT-MP vers d'autres branches ? Les excédents doivent être utilisés pour la prise en charge du stress post-traumatique et des troubles psychosociaux. Il fallait au moins attendre la renégociation par les syndicats de la convention d'objectifs. Je rappelle qu'il s'agit d'une branche paritaire, issue de la loi de 1898 ! Si elle est excédentaire, elle doit pouvoir le rester. Je suis également très critique sur l'utilisation des excédents.

En revanche, je ne souhaite pas, contrairement à M. le rapporteur spécial, la suppression de l'article 37 sur le financement de la branche AT-MP. Ce serait là une mesure un peu trop brutale ! Pourquoi ne pas plutôt supprimer le prélèvement de 1 milliard d'euros, comme l'a proposé par voie d'amendement le groupe Les Républicains à l'Assemblée nationale ? C'est là pure provocation de ma part...

Je rappelle que ce prélèvement, créé en 1997 – son montant était alors de 137 millions d'euros – est fixé de manière totalement arbitraire et qu'il ne repose que sur des estimations. Or on sait que les déclarations sont mal faites, que les employeurs comme le corps médical ne cochent pas toujours les bonnes cases. À cet égard, un travail de fond me semble nécessaire.

M. Michel Amiel. – *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût !*

Tous les gouvernements ont abusé des transferts de branche à branche. Mais je veux évoquer le Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique. Ce fonds est un moyen, certes astucieux, de débudgétiser les dépenses liées aux médicaments d'exception. Or je suis contre une telle débudgétisation, car, dans l'avenir, des molécules très innovantes pour traiter le cancer ou la maladie d'Alzheimer apparaîtront chaque année. Il faudra bien se résoudre à intégrer leur coût dans l'Ondam.

Ce n'est pas une bonne chose de traiter de la désertification médicale au détour du projet de loi de financement et je me réjouis qu'un amendement sur ce point, à l'Assemblée nationale, ait été finalement rejeté. Sur cette question, il faut un large débat associant les professionnels de santé.

J'évoquerai maintenant un sujet qui n'est jamais abordé, alors qu'il me paraît crucial d'un point de vue médical et sanitaire : la situation des personnes handicapées vieillissantes, en particulier celles qui sont atteintes d'un handicap mental. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique aujourd'hui. Nous n'avons pas de structures spécifiques pour les accueillir, alors que leur nombre ne cesse de croître. Il est dommage que ce sujet soit soigneusement éludé.

N'ayons pas honte non plus de parler de la souffrance des personnels de santé. Je ne vous cache pas avoir été un peu choqué hier lorsque Mme la ministre a annoncé qu'il n'y avait finalement « que 4 % ou 5 % de grévistes ». Les professionnels de santé sont peu portés sur ce mode de revendication... En revanche, de plus en plus nombreux sont ceux qui renoncent à cette profession, qu'ils soient médecins ou infirmiers, ce qui est très regrettable.

En matière d'autisme, les méthodes belges sont certes intéressantes, mais je ne suis pas certain qu'elles soient un modèle absolu. Il faut surtout admettre, au-delà de toute polémique, qu'on a fait fausse route en France pendant des années, comme l'a dit Catherine Génisson. Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire. L'autisme est un handicap spécifique. Les associations des familles veulent absolument qu'on emploie ce terme. L'autisme n'est pas un handicap mental ou psychique, c'est un handicap spécifique, auquel il faut apporter des solutions spécifiques.

L'article 40 concernant les consultations de psychologues me paraît très imprécis. Un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional, le FIR, est prévu, mais combien de consultations représente-t-il ?

Enfin, il serait scandaleux que la protection maternité et paternité soit restreinte aux seuls médecins exerçant en secteur 1 ou dans des zones défavorisées. La protection sociale vaut pour tous. Cette disposition pose un problème de constitutionnalité. J'espère de tout cœur que le dispositif sera modifié.

M. Dominique Watrin. - *Gérard Roche a évoqué l'effet d'aubaine des réformes des retraites de 2003 et de 2010. Je pense que les retraités ne partagent pas son point de vue.*

Les pensions sont gelées depuis quatre ans ; la pension de retraite moyenne décroche par rapport au salaire moyen. On peut se féliciter du recul de l'âge de la retraite, mais que se passe-t-il en réalité ? Les seniors sont souvent tributaires des minima sociaux parce qu'ils ont été éjectés de leur emploi et ne peuvent pas faire valoir leurs droits à la retraite. Ce n'est bon ni pour les retraités ni pour les finances publiques, car il s'agit d'un simple transfert de dépenses.

J'attire également votre attention sur l'impact de l'accord sur les retraites complémentaires, à savoir des revalorisations au niveau de « l'inflation moins un point » et la retraite à 63 ans. Concrètement, un cadre né en 1959 perdra environ 14,5 % de sa pension complète et un cadre né en 1974 plus de 16 %. Imaginez les dégâts que provoqueront ces mesures. Après ça, il ne faut pas s'étonner des votes extrêmes, outre-Atlantique ou ici !

On justifie toujours le recul de l'âge de la retraite par les gains d'espérance de vie. Or l'espérance de vie en France a baissé en 2015. C'est une première depuis 1960. Une reprise est attendue, mais elle sera modeste. J'ajoute que l'espérance de vie en bonne santé, si elle reste stable pour les femmes, diminue pour les hommes. Relativisons donc l'argument.

Cessons d'appliquer de vieilles recettes et gardons à l'esprit que si le taux de chômage en France était de 4,5 %, nos régimes de retraite seraient à l'équilibre dans moins de dix ans. D'autres recettes sont à envisager : taxation des revenus financiers des entreprises, modulation des cotisations patronales en fonction de la part des salaires dans la valeur ajoutée.

M. Alain Milon, président. - *L'année 2015 ayant été marquée par une forte épidémie de grippe, elle n'est pas forcément significative.*

M. Georges Labazée. - *Selon René-Paul Savary, il faudrait affecter de nouvelles ressources à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Je rappelle que seuls les salariés sont soumis à la contribution de solidarité pour l'autonomie(CSA) alors que les retraités le sont à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa). La CSA ne s'applique pas aux revenus des travailleurs indépendants, ce qui représente une perte annuelle de ressources de 250 millions d'euros. Il faut y réfléchir.*

M. Savary se félicite de la réforme tarifaire intervenue dans les Ehpad. Pour notre part, nous réfléchissons à une convergence tarifaire dans le secteur des services à domicile, où d'importants écarts sont constatés. Les tarifs varient de 17 euros à 24 euros de l'heure pour des prestations identiques, selon les zones géographiques.

À propos des départements, je suis d'accord avec le rapporteur mais je pense que les nouveaux dispositifs de l'APA permettront d'améliorer la situation grâce aux dotations de l'État et la contribution des départements. Les dispositifs ne sont pas « empilés » sans cohérence. Conformément aux préconisations de la conférence des financeurs, le département est désormais le chef de file sur les actions de coordination. J'ajoute que services sociaux effectuent en général un très bon travail sur le terrain.

Enfin, il faut se réjouir, bien que les progrès soient lents, de la prise de conscience concernant la vaccination. La campagne qui vient d'être lancée est bien relayée sur le terrain par les associations, les institutions et les organismes concernés. Nous proposerons en séance des amendements visant à conforter le dispositif afin de parvenir à une meilleure couverture vaccinale.

M. Daniel Chasseing. – À mon tour, je remercie et je félicite les rapporteurs pour leur très bonne analyse du PLFSS, tout à fait objective.

L'Ondam est en réalité de 1,2 % ou 1,3 %, car il faut tenir compte des mesures tout à fait légitimes en faveur des diverses catégories de personnel hospitalier et des médecins. Il est évident que le personnel infirmier est en souffrance depuis les 35 heures. Nous n'avons malheureusement pas eu les moyens d'augmenter le nombre de postes dans les hôpitaux. En conséquence, il faut le dire, les infirmières n'ont pratiquement plus le temps de parler avec les malades et travaillent au pas de charge.

Nous ne disposons pas dans les Ehpad du nombre de postes nécessaires, les crédits de l'assurance maladie étant insuffisants. Même s'ils étaient suffisants, le conseil départemental aurait des difficultés pour financer les 30 % supplémentaires. Nous avons donc un véritable problème de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'autisme est aujourd'hui mieux évalué. Je suis d'accord, il s'agit d'un handicap spécifique nécessitant une prise en charge et un encadrement spécifiques, en particulier pour les jeunes. La situation des personnes handicapées vieillissantes pose également problème, mais les départements n'ont pas les moyens de prendre en charge les foyers occupationnels.

Mme Cayeux a bien mis en évidence les effets de la réduction du plafond du quotient familial, les diminutions des prestations aux familles, ainsi que les conséquences sur la durée du congé maternité du congé accordé au père.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Dériot s'agissant du prélèvement sur la branche AT-MP au profit de la branche assurance maladie. Au sujet des retraites, je suis d'accord avec ce qu'a dit M. Roche : l'augmentation de 4 % de la masse salariale est tout à fait surestimée et la hausse des cotisations pèsera sur l'emploi.

Sur la question de la désertification médicale, j'indique que les étudiants n'effectuent qu'un demi-stage en milieu rural sur les six ou huit stages qu'ils font en quatrième année, ce qui est tout à fait anormal. Il faut savoir qu'un maître de stage est payé 60 euros par semaine, alors qu'il fournit souvent le logement et les repas à l'étudiant. Certes, il a la vocation et ne cherche pas à faire du profit, mais son travail n'est pas reconnu. Il faut augmenter le nombre de stages en médecine libérale.

Enfin, il est anormal que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoie pas de financement spécifique des médicaments innovants.

Mme Isabelle Debré. – *Je formulerai pour ma part deux inquiétudes.*

La première concerne la baisse de la natalité. C'est une courbe que le Président de la République aura malheureusement réussi à inverser ! Souvenez-vous de ce qu'avaient dit le Général de Gaulle et Michel Debré sur la natalité. Un pays dont la natalité diminue, on le sait, est un pays qui s'appauvrit.

Ma deuxième inquiétude porte sur le handicap. Dans le rapport que Claire-Lise Champion et moi avons rédigé, nous avons souligné le problème très particulier de l'autisme. La Belgique, où nous nous sommes rendues, nous est apparue comme un modèle dont nous pourrions nous inspirer, monsieur Amiel.

Je crains que la « réponse accompagnée pour tous » du Président de la République ne crée de faux espoirs pour une population déjà très fragilisée. Monsieur Savary, y a-t-il eu concertation avec les associations, le monde du handicap, les départements ?

Dans les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines, qui sont en cours de rapprochement, nous essayons de mutualiser les moyens en la matière, mais nous ne sommes absolument pas accompagnés.

Il serait tout à fait dommageable que la représentation nationale donne de nouveaux faux espoirs à cette population déjà déçue par la loi de 2005 sur l'accessibilité...

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Je veux remercier Mme Deroche de son soutien. Monsieur Daudigny, j'ai bien souligné que le déficit se réduisait, après plusieurs années d'efforts significatifs, plus en recettes qu'en dépenses...*

Mme Malherbe a parlé de mauvaise foi. Il importe de ne pas faire de politique politicienne ici. Notre rôle est d'établir un rapport sur la réalité d'opérations, qui, pour une bonne part, sont comptables. Réserons les considérations plus politiques pour la séance publique. Cette remarque vaut aussi pour Mme Cohen, dont l'analyse était plus proche de la nôtre sur les artifices de l'Ondam.

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Monsieur Daudigny, compte tenu de qui vient de se passer outre-Atlantique, nous souhaitons rester solidaires. Mais notre analyse du texte est antérieure à cet événement, du reste il faut bien dire les choses. Je n'ai pas utilisé de termes agressifs. Plutôt que de « scandale », j'ai parlé d'« imprudence ». Selon nous, ce PLFSS constitue un véritable numéro d'illusion, basé sur une savante expérience du siphonnage et de la plomberie. Nous devons bien le dire : nous ne sommes pas dupes !*

Avec Catherine Génisson, nous avons proposé de supprimer la section II du FSV et de transférer le minimum contributif. Cela a été fait pour les recettes, mais les dépenses sont assurées jusqu'à 2020. C'est un vrai scandale : l'État va faire des économies cette année, oui, mais le FSV se retrouvera avec 11 milliards d'euros de déficits en 2020, sans pouvoir faire appel à la Cades.

J'ai bien vu le dépit de Mme David quand je parlais des départs anticipés à la retraite pour les carrières longues.

Mme Annie David. – *Je n'ai rien dit. Cela doit être de la transmission de pensée !*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Nous sommes bien évidemment favorables au départ anticipé pour carrière longue, mais celui-ci actuellement n'est pas financé. Au reste, il est curieux que le coût des départs pour carrière longue corresponde exactement, cette année, au déficit de la branche vieillesse. Ce n'est pas anodin.*

Je remercie Michel Amiel d'avoir rappelé notre position sur le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) : on ne saurait l'alimenter par de l'argent siphonné sur la branche vieillesse.

Monsieur Watrin, le rapprochement auquel vous avez procédé m'a quelque peu choqué. Il est des pays où l'on part à la retraite où soixante-sept ans sans que l'on vote pour les extrêmes !

M. Alain Milon, président. – *Pour compléter ce que vient de dire M. Roche, exprimer sa solidarité sur le fond n'empêche pas de manifester son désaccord sur la forme.*

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – *Premièrement, je veux insister sur l'ampleur de la ponction opérée sur les ressources affectées aux familles – 2 milliards d'euros. Deuxièmement, je partage les inquiétudes d'Isabelle Debré concernant la natalité. Troisièmement, j'ai moi aussi été choquée, concernant l'égalité professionnelle, par le décret qui multipliait par deux la durée du congé parental réservée aux pères telle qu'elle avait été annoncée lors de l'examen de la loi. La réforme a été totalement dévoyée.*

M. René-Paul Savary, rapporteur. – *Les situations sont complexes. Plurihandicap, surhandicap, polyhandicap, handicap des personnes vieillissantes, troubles du développement évolutif ou autisme sont spécifiques et particulièrement difficiles à traiter. Il faut envisager un accompagnement global, comme on a su le faire en Belgique.*

Madame Debré, en effet, il faut trouver une réponse accompagnée pour tous. L'heure est encore au saupoudrage des crédits. Il faudra une évolution importante des mentalités.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – *Je n'ai rien à ajouter, tous les orateurs étant à peu près d'accord avec moi. Quant à Jean-Pierre Godefroy, sa proposition de suppression de transfert à l'assurance maladie est quelque peu provocatrice, mais nous avons su travailler en parfaite intelligence sur la question des accidents du travail et des maladies professionnelles.*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 4

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 46 vise à supprimer le tableau d'équilibre pour 2016.

M. Jean-Louis Tourenne. – L'utilisation de termes comme celui d'« insincérité » est grave. On est à la limite du supportable !

Mme Françoise Gatel. – Mais si c'est vrai ?

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – C'est l'insincérité qui est grave !

M. Jean-Louis Tourenne. – Cette accusation exige d'être justifiée. Vos expressions d'« habillage faussé » ou de « tour de passe-passe » sont presque des insultes. La critique est nécessaire ; elle est saine. Cependant nous n'avons aucun intérêt à jeter nous-mêmes le discrédit sur la classe politique. Nos divergences d'appréciation sont normales ; elles sont nobles. Encore faut-il étayer ses jugements !

Pour ce qui concerne l'amendement, on peut comprendre le souhait que les cotisations pour les accidents du travail bénéficient essentiellement à la branche dédiée, notamment la prévention. Cependant, cet amendement ne règle pas le problème : ce qui aura été économisé sur les cotisations AT-MP sera compensé par l'augmentation des cotisations sur l'assurance maladie, qui verra son déficit aggravé. Au reste, cet amendement me paraît surtout un moyen d'affirmer que le budget n'est pas à la hauteur de vos attentes.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Monsieur Tourenne, les mots que vous avez dénoncés n'ont pas été prononcés par les rapporteurs.

M. Jean-Louis Tourenne. – Pas par le rapporteur général, je vous en donne acte.

L'amendement n° 46 est adopté.

Article 5

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 47 vise à supprimer l'article 5, relatif à l'Ondam. Il s'inscrit dans la continuité du précédent.

L'amendement n° 47 est adopté.

Article 6

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 48 est rédactionnel.

Mme Catherine Génisson. – Abstention, comme pour les amendements suivants !

L'amendement n° 48 est adopté.

Article 6 bis

L'amendement rédactionnel n° 49 est adopté.

Article 8

L'amendement rédactionnel n° 50 est adopté.

Article 8 bis

L'amendement rédactionnel n° 51 est adopté.

Article 8 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 52 vise à supprimer les alinéas 1 à 4, relatifs au fait générateur, pour les raisons que j'ai évoquées tout à l'heure : au lieu de simplifier, ces dispositions vont complexifier le dispositif.

L'amendement n° 52 est adopté.

Article 8 quater

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 8 quater concerne les cotisations et contributions dues sur les indemnités de rupture de contrat de travail et les indemnités de cessation forcée d'activité des mandataires sociaux.

L'an dernier, le Sénat avait supprimé et son rétablissement avait donné lieu à l'Assemblée nationale à un débat qui s'est terminé dans la confusion et à une rédaction perfectible. Nous proposons, au travers de l'amendement n° 53, d'aligner les seuils pour les mandataires et les dirigeants à dix plafonds annuels de la sécurité sociale, conformément à la position prise par le Sénat l'an dernier.

L'amendement n° 53 est adopté.

Article 8 quinquies

L'amendement rédactionnel n° 54 est adopté.

Article 9

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 9 concerne la direction du recouvrement du RSI et de l'Urssaf.

L'amendement rédactionnel n° 55 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 56 vise à supprimer le rapport sur le découplage des systèmes d'information, le Gouvernement pouvant demander toutes les informations à l'Acoss.

L'amendement n° 56 est adopté.

Article 10

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 10 fixe des seuils de revenus pour la location de biens meubles et de biens meublés.

Nous proposons, au travers de cet amendement n° 57, un seuil unique, fixé à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit environ 15 000 euros, ce qui correspond à un niveau supérieur au Smic net.

M. Georges Labazée. – Il ne faudrait pas que cette disposition soit en contradiction avec ce que le Sénat a voté voilà quelques jours, après un long débat, sur les plateformes.

Mme Nicole Bricq. – Je suis toujours très réservée quand il s'agit de brider l'économie collaborative. Des mesures de ce type me posent un problème de principe.

Monsieur le rapporteur général, vous nous proposez un seuil unique, à des fins de simplification. Or louer un meublé n'a pas du tout la même portée que louer une voiture : cela a une incidence sur l'offre de logements, notamment dans les zones urbaines tendues, dans toutes les métropoles. Les particuliers qui louent leur voiture le font souvent pour amortir leurs frais. Un seuil unique ne me paraît donc pas très juste.

Mme Catherine Procaccia. – Je ne voterai pas l'amendement de M. le rapporteur général. Tout d'abord parce que nous manquons de recul. Ensuite parce que cette nouvelle économie collaborative est devenue une cible ! Pourtant, ceux qui louent un meublé doivent d'ores et déjà payer des impôts fonciers, la taxe d'habitation... D'autres dispositions sont prévues pour ceux qui louent un véhicule ou du matériel de bricolage. Veut-on tuer dans l'œuf ces activités ?

M. Michel Amiel. – Je soutiens pour ma part le développement des nouvelles activités économiques de type collaboratif. Pour autant, elles génèrent des revenus. Il me paraît donc logique qu'elles soient assujetties à cotisations, au-delà d'un certain seuil. Je voterai cet amendement.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Plutôt que d'assujettir ces activités nouvelles à de nouvelles taxes, il faudrait diminuer le prélèvement fiscal sur les activités existantes auxquelles elles font concurrence. En outre, on peut tout à fait admettre que des personnes vivant de revenus de la solidarité, tels que le chômage ou le RSA, tirent de ces activités des compléments de revenus, mais il importe de prendre ceux-ci en compte – je rappelle que le RSA est une allocation de subsidiarité. Le seuil à retenir doit-il être au niveau du Smic ou plutôt du revenu minimum d'insertion ?

M. Yves Daudigny. – Je partage l’avis de Nicole Bricq sur la nécessité d’encourager ces nouvelles activités, en particulier celles qui sont organisées autour de plateformes. Cependant, les produits de ces activités se compteront prochainement en dizaines de milliards d’euros et peut-être un jour en centaines de milliards d’euros. Il y a, derrière, un enjeu de financement de notre protection sociale et des questions qui tiennent aussi à l’équité et à la concurrence.

Le premier seuil me semble un peu élevé. En revanche, le second paraît trop bas... En toute logique, on pourrait s’accorder sur la proposition du rapporteur général ! J’ai encore besoin d’y réfléchir, raison pour laquelle je m’abstiendrai sur l’amendement – ce qui ne préjuge pas de mon vote en séance.

M. Jean-Noël Cardoux. – Le dispositif et l’objet de l’amendement font référence tantôt aux « revenus », tantôt aux « recettes ». Ce n’est pas la même chose et la rédaction est un peu floue ! Il me semblait que, pour ceux qui louaient un meublé, l’imposition se déclenchait au-delà d’un certain seuil de recettes, assorti d’un abattement fiscal ou d’une possibilité de déduction des frais réels. Un seuil de 23 000 euros de recettes ne me choque pas. En revanche, il faudrait que ce qui déclenche l’assujettissement aux charges sociales soit le revenu net, soit après abattement forfaitaire, soit après déduction des charges réelles.

Mme Annie David. – Comme Yves Daudigny, je suis favorable au développement des activités collaboratives, mais pas au détriment de l’existant...

Mme Catherine Génisson. – Absolument !

Mme Annie David. – ... Et il ne faut pas laisser échapper des recettes potentielles pour notre protection sociale. Pour l’heure, nous nous abstiendrons sur l’amendement, que nous avons besoin d’analyser plus en détail. En tout état de cause, il était nécessaire que l’économie collaborative fasse enfin l’objet de mesures !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Il s’agit de fixer un seuil de recettes au-delà duquel les activités sont considérées comme des activités professionnelles. En fonction de ce seuil, s’appliquent ensuite les dispositions pertinentes, les abattements... Pour la fixation du seuil, nous proposons de retenir un montant supérieur au Smic, que nous avons transformé en « 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale ».

Cet article ne traite pas des personnes qui n’exercent pas d’activité professionnelle mais valorisent leur patrimoine. Celles-ci sont actuellement redevables des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de l’impôt sur le revenu au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

L’amendement autorise la plateforme, sur habilitation de l’utilisateur, à prélever la CSG sur les revenus du patrimoine correspondants aux transactions, ce qui faciliterait également la gestion et le recouvrement de ces cotisations.

L’amendement n° 57 est adopté.

Article 11

L’amendement rédactionnel n° 58 est adopté.

Article 11 bis

L'amendement rédactionnel n° 59 est adopté.

Article 12

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 12 donne un cadre juridique aux relations entre tiers déclarants et cotisants. L'amendement n° 60 vise à fixer une durée maximale pour le retrait de la faculté d'exercer la mission de mandataire en cas de fraude. Qu'un expert-comptable ne puisse définitivement plus exercer parce qu'il a été condamné - pour une raison ou pour une autre - est trop pénalisant. Nous proposons de limiter la sanction à cinq ans au maximum.

L'amendement tend également à prévoir une information du cotisant par l'organisme qui recueille les mandats, en cas de retrait de la faculté d'exercer la mission de mandataire.

L'amendement n° 60 est adopté.

Article 13

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 13 transpose au régime agricole les nouvelles sanctions en cas d'obstacle à contrôle. L'objet de l'amendement n° 61 est d'harmoniser des références.

L'amendement n° 61 est adopté.

Article 14

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 62 procède à plusieurs harmonisations rédactionnelles.

Mme Laurence Cohen. – Nous nous abstenons.

L'amendement n° 62 est adopté.

Article 14 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 63 vise à supprimer l'article 14 bis, qui concerne la dette sociale en Corse, véritable marronnier du PLFSS.

Mme Catherine Procaccia. – Vous voulez dire un chataignier !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cette suppression me paraît légitime si l'on veut maintenir une cohésion sur le territoire national. Ce n'est pas punitif.

L'amendement n° 63 est adopté.

Article 14 ter

L'amendement rédactionnel n° 64 est adopté.

Article 15

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 15 concerne les travailleurs détachés. Il prévoit une sanction administrative en cas de défaut de production du formulaire attestant de la législation de sécurité sociale applicable.

On ne peut évidemment que partager l'objectif de lutter contre la fraude au détachement, mais la rédaction comporte de nombreuses malfaçons rédactionnelles, comme l'a souligné notre collègue député Gérard Bapt. Nous proposons de le supprimer et, éventuellement, de suggérer au Gouvernement de le réécrire.

M. Alain Milon, président. – Vous avez choisi de ne pas le réécrire ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Que le Gouvernement le réécrive s'il le souhaite. À mon avis, cet article complique tout et je ne suis pas certain qu'il permette d'atteindre l'objectif, la lutte contre la fraude. Il prévoit une obligation pour les travailleurs étrangers de détenir et présenter à demande un formulaire qui précise la législation sociale leur étant applicable.

Mme Laurence Cohen. – Je peux comprendre que réécrire un article représente une somme de travail importante, mais il est dommage de ne pas proposer de rédaction. Nous ne pouvons pas suivre le rapporteur général sur sa proposition de suppression.

Mme Pascale Gruny. – En termes d'affichage, il serait grave de supprimer l'article. Il faut plutôt en proposer une nouvelle rédaction. La complexité du sujet ne doit pas nous arrêter, eu égard au nombre énorme de fraudes sur le plan national.

Mme Élisabeth Doineau. – Je m'associe à ce qui vient d'être dit. Supprimer cet article serait vraiment un mauvais signal et il serait exploité, alors que, sur le fond, nous soutenons cet article.

M. Yves Daudigny. – Je m'associe aux interventions de Laurence Cohen et Pascale Gruny. Que le Sénat propose la suppression de cet article serait un très mauvais signe. Nous voterons contre l'amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je répète que je partage totalement l'objectif de lutter contre la fraude au détachement. Je crains que la rédaction de l'article 15 ne soit en contradiction avec le droit de l'Union européenne. Je n'ai pas été en mesure de travailler sur une autre rédaction, n'ayant reçu les précisions du Gouvernement que tardivement hier soir. Pour l'heure, je retire l'amendement et je demanderai en séance des explications au Gouvernement.

Mme Laurence Cohen. – Bravo !

Mme Nicole Bricq, M. Yves Daudigny et plusieurs sénateurs du groupe Les Républicains. – Très bien !

L'amendement de suppression de l'article 15 est retiré.

Article 16

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 65 vise à supprimer l'article 16, qui institue une contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits de tabac. Le Sénat a refusé la mise en place de cette contribution lors de la loi relative à la santé, considérant que d'autres leviers d'augmentation de la fiscalité du tabac étaient disponibles. Par cohérence, je propose de supprimer cet article. Au reste, je soutiens totalement l'article 17, qui porte sur la fiscalité des produits du tabac. Toutefois, la contribution qu'instaure l'article 16 constitue-t-elle un bon moyen de lutter contre cette consommation ?

M. Yves Daudigny. – Quelle est l'influence du prix du tabac sur la consommation ? Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance publique. Lorsque Jacques Chirac avait déclaré la guerre au tabac, on avait enregistré une baisse très forte des ventes. Cependant, aujourd'hui, la contrebande est importante... Nous ne suivrons pas le rapporteur général sur cet amendement.

M. Georges Labazée. – En séance publique, nous aurons également des observations à formuler sur l'imposition du tabac à rouler : les petites exploitations sur le sol français, en particulier Traditab, se voient pénalisées, alors que les grands groupes, comme Imperial Tobacco, ne paient pas d'impôt en France et se verraient deux fois bénéficiaires.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Les producteurs de tabac ne sont pas installés en France. Cet article va mettre à contribution la société qui fournit tous les buralistes et travaille avec l'ensemble des producteurs à l'étranger.

Si le Gouvernement veut augmenter le tabac pour des objectifs de santé publique, il suffit d'augmenter les taxes sur les cigarettes.

M. Daniel Chasseing. – Je voterai cet amendement. Malheureusement, l'alourdissement du prix du tabac n'en empêche pas la consommation. Il ne fait qu'augmenter la contrebande.

M. Alain Milon, président. – Nous aurons beaucoup à dire sur le sujet en séance publique. Lors de l'examen de la loi relative à la santé, la ministre avait estimé qu'il fallait d'abord mettre en place le paquet neutre. Elle annonçait donc qu'il n'y aurait pas d'augmentation du prix du tabac en 2017. Or le présent PLFSS prévoit une augmentation du prix du tabac à rouler et une taxation supplémentaire sur les fournisseurs, qui se répercutera sur le prix du tabac. Cela met sérieusement en doute la parole ministérielle.

Je suis favorable à une augmentation du prix du tabac, mais on ne peut pas promettre une chose, faire le contraire au nom de la santé publique, et se prononcer en faveur de libéralisation du cannabis !

M. Gilbert Barbier. – Je suis d'accord.

Mme Catherine Génisson. – Le raccourci est facile.

Mme Catherine Procaccia. – La taxe sur les distributeurs pose aussi un problème matériel de mise en œuvre informatique. Cela dit, je soutiendrai l'amendement du rapporteur général.

L'amendement n° 65 est adopté.

Article 18

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je propose, au travers de cet amendement n° 129, de supprimer la contribution W. Dans le rapport qu'ils ont rédigé sur cette question, nos collègues Gilbert Barbier et Yves Daudigny ont émis des doutes à son sujet – à tout le moins, ils ont estimé qu'il ne fallait pas créer de nouvelles contributions de ce type. Pour ce qui concerne le taux L, nous proposons que la remise versée ne soit pas déduite du chiffre d'affaires de l'année N-1. Ce, afin de simplifier la comptabilité des entreprises pharmaceutiques et de l'administration.

M. Gilbert Barbier. – En fait, il existe deux taux L : le Lv, pour la médecine de ville, et le Lh, qui concerne, notamment, les médicaments innovants.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Donc, l'hôpital essentiellement.

M. Gilbert Barbier. – Le Lv sera très certainement facile à respecter, la consommation de médicaments diminuant assez régulièrement, mais, à l'hôpital, on considère que la progression des dépenses de médicament s'établira normalement autour de 6 ou 7 %, compte tenu des médicaments innovants. La limiter à 2 % entraînera inévitablement un recul de ces derniers.

M. Alain Milon, président. – Je suis complètement d'accord.

M. Gilbert Barbier. – C'est aussi un point très délicat pour l'industrie française innovante.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je ne reviens pas sur le dispositif proposé par le Gouvernement. Je propose simplement de rendre comparables d'une année sur l'autre les assiettes de la contribution.

M. Yves Daudigny. – Je suis assez en phase avec ce que vient de dire Gilbert Barbier. Je suis contre la suppression du taux W, qui a plutôt bien fonctionné pour les médicaments contre l'hépatite C. Le problème porte effectivement sur les deux taux L. Remplacer deux fois « -1 » par « 0 » et « 2 » paraît tout à fait favorable. Or les représentants des laboratoires considèrent que ce n'est pas si simple, parce que le périmètre de solidarité des laboratoires qui paieront la contribution se réduit. Il est à redouter que la pénalité ne soit supportée que par les laboratoires qui fournissent des médicaments – innovants – à l'hôpital.

Selon la ministre, il ne faudrait pas non plus que les laboratoires cherchent à bénéficier de ces dispositifs pour des médicaments qui ont cinq, dix ou quinze ans d'âge et qui ne sont plus innovants. Sur le principe, le débat est simple, mais la mise en œuvre paraît assez compliquée. Nous voterons contre la suppression du taux W.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le mécanisme W n'a, en réalité, plus de raison d'être. Il a exercé ses effets sur l'hépatite C. Pourquoi le maintenir ?

M. Gilbert Barbier. – L'intérêt de la contribution W disparaîtra au cours des prochaines années. Cependant, sa suppression dès cette année me paraît peut-être un peu précipitée. Je rejoins ce qu'a dit Yves Daudigny à ce sujet.

M. Alain Milon, président. – Outre qu'il n'a plus de raison d'être, le taux W n'est plus innovant.

L'amendement n° 129 est adopté.

Article 19 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 19 bis rétablit la possibilité d'une clause de désignation en matière de contrat de prévoyance d'entreprise. Or le Conseil constitutionnel avait annulé la possibilité de prévoir de telles clauses quel que soit le type de contrat complémentaire. Nous considérons qu'il n'est pas opportun d'y revenir et proposons donc de supprimer cet article.

L'amendement n° 66 est adopté.

Article 20

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 67 supprime l'alinéa prévoyant la possibilité de créer une charge nouvelle pour le FSV par voie réglementaire. Cela reste du domaine de la loi et donc de la compétence du Parlement.

L'amendement n° 67 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 68 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 20 redéfinit la ventilation, au sein du budget de la CNSA, de la part du prélèvement social sur les revenus du capital. La section consacrée au financement de l'APA est d'abord abondée ; le reliquat, estimé entre 8 % et 22 %, restera à répartir par arrêté ministériel. Compte tenu du montant, il nous semble préférable que son affectation soit définie après avis du conseil de la CNSA. Je propose un amendement en ce sens.

M. Georges Labazée. – Nous sommes pour !

M. Dominique Watrin. – Comment procède-t-on actuellement à cette ventilation ? Est-ce le Parlement qui l'effectue ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Aujourd'hui, on n'étudie que le budget prévisionnel de la CNSA, sans tenir compte des décisions modificatives. C'est bien pourquoi j'ai déposé un amendement qui tend à modifier l'examen des comptes de la CNSA par le Gouvernement et par nos assemblées. À l'avenir, il est important que nous puissions nous prononcer sur les réserves.

M. Yves Daudigny. – Je n'ai pas d'opposition à l'amendement proposé par le rapporteur général, mais en pratique, les représentants du Gouvernement sont majoritaires au conseil d'administration... L'effet de l'amendement risque donc d'être réduit.

M. Gérard Roche. – Pour avoir siégé au conseil, je confirme ce que vient de dire Yves Daudigny. Il n'y a pas de perméabilité entre les sections. Il est très difficile de flécher des crédits sur l'une des différentes missions de la Caisse. Le conseil d'administration n'a d'autre option que de valider l'arrêté ministériel, puisque les représentants de l'État sont majoritaires en son sein, leur voix pesant quatorze fois plus que celle des autres membres de l'assemblée. Ses réunions, qui durent une journée entière, ne servent strictement à rien.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Raison de plus pour soutenir l'amendement que j'ai déposé à l'article 46 et reprendre un peu la main.

L'amendement ASOC-25 est retiré.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 69 est un amendement à 900 millions d'euros. Il a pour objet d'affecter les réserves de la section III du Fonds de solidarité vieillesse au financement, assuré par ce fonds, de la part du minimum contributif qui lui revient, alors que les recettes qui lui étaient affectées ont été supprimées. Son adoption contribuerait ainsi au redressement de la situation financière du Fonds.

L'amendement n° 69 est adopté.

Article 22

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Les amendements nos 70, 71, 72 et 73 visent à rejeter, pour les trois premiers, les tableaux d'équilibre et, pour le quatrième, l'article portant approbation de l'annexe B, relative aux perspectives pluriannuelles.

L'amendement n° 70 est adopté.

Article 23

L'amendement n° 71 est adopté.

Article 24

L'amendement n° 72 est adopté.

Article 26

L'amendement n° 73 est adopté.

Article 27

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – L'amendement n° 74 vise à supprimer des précisions relevant du domaine réglementaire.

L'amendement n° 74 est adopté.

Mme Laurence Cohen. – Notre groupe s'abstient sur tous les amendements : je le dis une fois pour toutes.

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – L'amendement n° 75 vise à supprimer des dispositions de nature réglementaire. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a renvoyé à un décret la fixation des conditions dans lesquelles un parent débiteur d'une obligation alimentaire peut être déclaré « hors d'état de faire face à son obligation ». Ces conditions ont été précisées par le décret du 24 juin 2016. En outre, la rédaction proposée pose problème : lorsque le juge aura décidé l'intermédiation de la CAF pour le versement de la pension alimentaire par un débiteur violent, ce dernier ne pourra plus être déclaré hors d'état, quand bien même il serait réellement insolvable. L'objectif poursuivi peut être atteint de manière plus satisfaisante en modifiant le décret.

L'amendement n° 75 est adopté.

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – L'amendement n° 76 est issu de mes échanges avec les services du ministère des affaires sociales. Il semble préférable de préciser que la décision de la caisse d'homologuer ou non l'accord entre les parents fixant la pension alimentaire n'est susceptible d'aucun recours, dans la mesure où les parents ont la possibilité de saisir le juge directement pour qu'il homologue leur accord ou fixe la pension alimentaire.

L'amendement n° 76 est adopté.

Article 28

L'amendement n° 77 est adopté.

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – Loin de remettre en cause l'ensemble de l'article 28, l'amendement n° 78 vise seulement à supprimer les dispositions relatives au prélèvement à la source. Ces dispositions sont prématurées puisque le prélèvement à la source n'a pas encore été adopté par le Parlement et que notre commission des finances a proposé une solution alternative à celle du Gouvernement.

Mme Nicole Bricq. – L'article 28 ne fait qu'anticiper sur la loi de finances, qui va instaurer le prélèvement à la source. Il est totalement illogique de le supprimer ici ! Nous voterons contre cet amendement.

L'amendement n° 78 est adopté.

Article 29

Mme Caroline Cayeux, rapporteur. – Les hypothèses macroéconomiques retenues par le Gouvernement sont très optimistes. Au demeurant, l'objectif des dépenses pour 2016 sera dépassé, ce qui montre le bien-fondé des doutes que nous avons exprimés l'année dernière. Cet objectif intègre les effets de la modulation des allocations familiales ainsi que la réforme du congé parental, des économies qui pèsent injustement sur les familles.

Nous vous proposons donc de supprimer l'article fixant l'objectif de dépense pour la branche famille. Tel est l'objet de l'amendement n° 79.

Mme Nicole Bricq. – Il s'agit d'un amendement de fond. Je reconnais bien là notre rapporteur, qui avait violemment contesté les réformes visant à instaurer davantage de solidarité pour les ménages les plus modestes.

Vous prenez appui, madame Cayeux, sur des hypothèses optimistes. Or, dans un projet de loi de financement, on vise le cas le plus juste possible en termes macroéconomiques par rapport à une prévision de croissance.

L'amendement n° 79 est adopté.

En conséquence, l'article 29 est supprimé.

Article 30 bis

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 80 concerne la situation des travailleurs handicapés. Depuis la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, ils peuvent se prévaloir d'un droit à la retraite anticipée à condition qu'ils aient suffisamment cotisé et que leur taux d'incapacité permanente soit d'au moins 50 %.

L'amendement vise à remplacer, au deuxième alinéa de l'article, le verbe « obtenir » par le mot « demander ».

Mme Nicole Bricq. – Ce n'est pas la même chose !

M. Gérard Roche, rapporteur. – Pour éviter l'engorgement des services, l'assuré ne bénéficie pas d'un droit de saisine direct de la commission nationale créée par l'article 30 bis, mais pourra demander à sa caisse de retraite que sa situation fasse l'objet d'un examen, ce qui n'est pas le cas au regard du dispositif proposé.

Quant à l'amendement n° 81, il vise à réparer une inégalité. Depuis la réforme de 2014, une reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % s'est substituée à la détention d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) comme critère d'ouverture du droit à la retraite anticipée.

Je propose que les titulaires de la RQTH qui n'ont pas fait évaluer leur incapacité permanente disposent d'un droit à cette évaluation. Si l'incapacité permanente atteint 50 %, ils pourront bénéficier d'une retraite anticipée.

Mme Annie David. – Le verbe « obtenir » suppose une obligation de résultat, c'est-à-dire le réexamen de la situation du travailleur handicapé par la commission nationale. En revanche, le fait de faire une demande ne garantit pas que l'on obtienne satisfaction. Sur le fond cependant, je partage l'inquiétude de Gérard Roche.

Mme Nicole Bricq. – Pourquoi ne pas avoir présenté un seul amendement, monsieur le rapporteur ? Cela nuit à votre démonstration.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Pour obtenir, il faut demander. Car l'obtention n'est pas automatique ! Nous souhaitons que les personnes concernées prennent l'initiative, fassent la démarche de demander.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Nous pourrions écrire « obtenir, sur sa demande, ».

M. Gérard Roche, rapporteur. – Je suis d'accord et rectifie mon amendement.

L'amendement n° 80 rectifié est adopté, modifié.

L'amendement de coordination n° 81 est adopté.

Article 33

M. Gérard Roche, rapporteur. – Cet article permet la fusion juridique des régimes de retraite de base des artisans et des commerçants, et traite du cas de la caisse des travailleurs indépendants, la Cipav. Les amendements nos 82, 83, 84, 85 et 86 sont de coordination.

Les amendements de coordination nos 82, 83, 84, 85 et 86 sont adoptés.

Article 33 bis

L'amendement rédactionnel n° 87 est adopté.

Article 34 ter

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 88 vise à reporter la date d'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés au 1^{er} octobre 2017, afin de donner un peu plus de temps aux régimes pour être prêts à mettre en œuvre ce dispositif si important. La loi fixe une date butoir. La date d'entrée en vigueur effective sera fixée par décret. Si les régimes sont prêts avant le 1^{er} octobre, la LURA pourra entrer en vigueur.

Mme Nicole Bricq. – Je n'ai pas d'avis sur le report proposé. Quoi qu'il en soit, la liquidation unique prévue par cet article est une mesure très importante, une simplification attendue par les assurés.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Voilà pourquoi nous avons souhaité, au travers de cet amendement, avoir un débat en séance publique et entendre Mme la ministre sur ce sujet.

M. Dominique Watrin. – Il y aura aussi des perdants dans cette opération. Nous déposerons donc un amendement tendant à obtenir une évaluation.

L'amendement n° 88 est adopté.

Article 34 quater

L'amendement rédactionnel n° 89 est adopté.

Article 35

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 90 vise à supprimer l'article fixant les prévisions de dépenses de la branche vieillesse, conformément à la position de la commission.

L'amendement n° 90 est adopté.

Article 37

M. Gérard Dériot, rapporteur. – L'amendement n° 91 vise à supprimer l'article fixant les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je ne peux souscrire à cet amendement. Si on peut contester certains montants, les objectifs poursuivis – résorption de la dette, mise en équilibre d'une branche – ont été atteints. La sous-déclaration au titre de la branche AT-MP existe depuis 1997 et tous les gouvernements l'ont pratiquée. Le véritable problème n'est pas le principe, mais le volume. La suppression de l'article me semble être une sanction excessive.

L'amendement n° 91 est adopté.

Article 38

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 130 poursuit deux objectifs : améliorer la rédaction globale du nouvel article L. 3131-9-1 du code de la santé publique relatif au recueil d'informations à caractère personnel sur les victimes d'actes de terrorisme ; définir plus précisément les objectifs et les modalités de la collecte de ces données dans le but de garantir la protection de la vie privée des victimes.

L'amendement n° 130 est adopté.

Article 39 ter

L'amendement rédactionnel n° 92 est adopté.

Article 39 quinquies

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 93 vise à apporter plusieurs précisions et modifications rédactionnelles à l'article 39 quinquies qui prévoit d'expérimenter l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe. Il précise la population ciblée et prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'expérimentation.

M. Gilbert Barbier. – Je ne voterai pas cet amendement. Vous instaurez trois ans d'expérimentation !

M. Gérard Dériot, rapporteur. – M. Barbier ne veut pas que les pharmaciens vaccinent...

M. Gilbert Barbier. – Les infirmières peuvent le faire.

M. Yves Daudigny. – L'article 39 quinquies prévoit que les pharmaciens peuvent vacciner les personnes adultes uniquement. L'amendement étant très restrictif, j'y suis opposé.

Mme Nicole Bricq. – Yves Daudigny a raison. En outre, vous encadrez le décret en fixant certaines conditions, comme l'obligation de suivre une formation. Tout ce qui restreint la mesure va à son encontre. Et il ne s'agit que d'une faculté pour les pharmaciens. Nous avons intérêt à ce que la vaccination soit la plus large possible.

Mme Évelyne Yonnet. – Il faudrait respecter une certaine équité. D'habitude, les demandes de rapport sont systématiquement rejetées. Pour le présent amendement, je demande donc que l'on rejette l'alinéa prévoyant la remise d'un rapport.

Mme Laurence Cohen. – Je tiens à me faire l'écho des revendications des infirmières exprimées lors de la manifestation d'hier. Celle-ci en faisait partie.

Mme Patricia Schillinger. – Qu'entend-on par « personne adulte » : une personne majeure ou âgée de plus de 16 ans ?

Mme Catherine Procaccia. – Mon pharmacien me dit qu'il a déjà des demandes, mais que ni lui ni ses collègues n'ont pas la compétence pour faire des piqûres et n'ont pas les locaux pour le faire.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Mais si ! Le local est obligatoire.

Mme Catherine Procaccia. – Peut-être en milieu rural... Il leur faudra donc suivre une formation pour les piqûres.

M. Gilbert Barbier. – La responsabilité des pharmaciens sera engagée et ils devront souscrire une assurance adaptée.

Lors des débats à l'Assemblée nationale, il a été dit que la finesse de l'aiguille éviterait les complications hémorragiques des personnes sous traitement anticoagulant. Voilà les problèmes que rencontreront les pharmaciens, monsieur Dériot. Lorsque Mme Bachelot a voulu faire vacciner contre la grippe H1N1 dans les écoles et les gymnases, ce fut un fiasco.

Mme Évelyne Yonnet. – Ce n'est pas vrai !

M. Daniel Chasseing. – Je suis favorable à la vaccination par les pharmaciens. Il suffit d'une formation rapide et d'un local. Si le client suit un traitement anticoagulant, le pharmacien peut le renvoyer vers son médecin.

Mme Évelyne Yonnet. – Lors de l'épisode de la grippe H1N1, dans ma ville, nous avons réquisitionné les infirmières, les médecins, les pharmaciens et tout s'est bien passé. En cas d'épidémie, il faut bien vacciner !

M. Yves Daudigny. – Les pharmaciens sont très majoritairement favorables au dispositif.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Pour les personnes âgées, se faire vacciner par le pharmacien simplifie les choses. Car il faut encore trouver un médecin référent et obtenir un rendez-vous ! Certes, il s'agit d'un acte médical. Au vu de la désertification médicale, on finira par recourir à des officiers de santé pour assurer le quotidien...

M. Gérard Dériot, rapporteur. – En tant que pharmacien et biologiste, j'ai administré des dizaines de vaccins. La formation est prévue dans l'amendement. Il suffit d'apprendre à piquer dans un bras !

Cette expérimentation sur trois ans a été proposée afin d'élargir la vaccination contre la grippe et la rendre plus accessible. Même en zone rurale, je ne suis pas certain que la sécurité sociale rembourse la visite du médecin pour un vaccin...

Le métier de pharmacien consiste à conseiller. Ces professionnels poseront les questions appropriées à leurs clients qui viendront se faire vacciner. Quant au local pour pratiquer cet acte, il est obligatoire dans toutes les officines. Enfin, le pharmacien peut tout à fait refuser de vacciner. J'ai lu dans le compte rendu des débats de l'Assemblée nationale que les médecins souhaitaient vendre le vaccin...

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Non : le stocker.

M. Alain Milon, président. – Madame Yonnet, je suis l'auteur du rapport du Sénat sur la grippe H1N1. Le souvenir de cet épisode est cuisant pour les médecins, car ils ont eu le sentiment d'être écartés de la campagne de vaccination par la ministre. Puis ils ont été réquisitionnés par les maires.

Depuis lors, on constate une baisse de la vaccination antigrippale. La solution proposée, notamment face à la désertification médicale, est de demander à d'autres professionnels de santé de vacciner à la place des médecins et des infirmiers. J'estime beaucoup les pharmaciens, mais ce n'est pas leur rôle. Il faut au contraire valoriser l'acte médical, en particulier celui de l'infirmier. Je m'abstiendrai sur cet amendement.

Mme Évelyne Yonnet. – Qu'en est-il de la demande de rapport ?

Mme Catherine Procaccia. – Les socialistes n'en demandent pas ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Il est nécessaire de prévoir l'évaluation de l'expérimentation.

Mme Évelyne Yonnet. – Encore une fois, c'est une question d'équité.

L'amendement n° 93 est adopté.

Article 39 sexies

L'amendement de précision n° 94 est adopté.

Article 40

L'amendement rédactionnel n° 95 est adopté.

Article 43

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 131 vise à améliorer la protection maternité et paternité des médecins – et pas seulement ceux exerçant en secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins.

M. Gilbert Barbier. – La rédaction de l'amendement est quelque peu complexe. Au lieu d'un alinéa entier, j'aurais simplement ajouté les mots « quel que soit le secteur d'exercice ».

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Outre la fonction, l'amendement prend aussi en compte l'aspect tarifaire.

L'amendement n° 131 est adopté.

Article 43 quater

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 132 vise à supprimer une proposition du Gouvernement qui interfère avec des négociations conventionnelles en cours avec les chirurgiens-dentistes.

L'amendement de suppression n° 132 est adopté.

Article 43 septies

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 133 vise à supprimer l'article : il n'y a pas d'expérimentation, un rapport n'est donc pas utile. L'évaluation est le seul cas dans lequel on peut exiger un rapport.

L'amendement n° 133 est adopté.

Article 44 ter

L'amendement de précision n° 96 est adopté.

Article 45

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 97 vise à renforcer le suivi de la réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation. Il prévoit que le Gouvernement remette un rapport au Parlement avant le 1^{er} octobre 2017.

Mme Évelyne Yonnet. – C'est la sixième demande de rapport !

L'amendement n° 97 est adopté.

Article 45 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 98 vise à supprimer le rapport sur le financement de la HAD.

Mme Laurence Cohen. – Vous ne cessez de faire des demandes de rapports, alors que vous retoquez nos amendements ayant le même objet ! En l'espèce, comment justifiez-vous la suppression du rapport sur le financement de la HAD ? Simple curiosité intellectuelle...

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Ce rapport risque de retarder encore davantage la mise en œuvre de la réforme. La commission préfère demander au Gouvernement en séance des précisions de calendrier.

M. Alain Milon, président. – L'article 45 bis prévoit la remise au 15 octobre 2017 d'un rapport présentant au Parlement « le calendrier de déploiement de la réforme ». Que le Gouvernement nous indique tout simplement dès aujourd'hui quel est le calendrier !

L'amendement n° 98 est adopté.

Article 45 quinquies

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 99 concerne la pratique, destinée aux enfants autistes, du packing, dont l'appréciation relève selon nous de la Haute Autorité de santé (HAS). Il vise donc à supprimer le rapport sur le sujet prévu par l'article.

Mme Annie David. – La HAS ne conteste-t-elle pas cette pratique dans ses avis ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Certes, mais le packing n'est pas interdit. Il appartiendra à la HAS de définir des préconisations.

Mme Annie David. – Ce rapport permettrait peut-être de désigner les établissements qui pratiquent le packing.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Ce n'est pas au législateur de se prononcer sur les soins.

M. Yves Daudigny. – L'article 45 quinquies ne prévoit pas de délibération, mais la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement. Si un rapport est justifié, c'est bien sur ce sujet ! Je ne voterai pas l'amendement.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – La HAS établit d'ores et déjà des rapports.

M. Alain Milon, président. – Nous pourrions demander aux représentants de la HAS de venir nous présenter leur position sur le sujet.

L'amendement n° 99 est adopté.

Article 45 sexies

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 100 vise à supprimer la remise d'un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées. Un tel document relève davantage des compétences de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS).

L'amendement n° 100 est adopté.

Article 46

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 101 vise, dans un souci de transparence, à associer le Parlement à la répartition des fonds de réserve de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le 22 novembre se tiendra son conseil d'administration. Je le répète, notre vision de ses comptes est tronquée.

L'amendement n° 101 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 102 vise à revenir sur le fonds d'appui de 50 millions d'euros destiné au soutien des départements en difficulté. Nous proposons que ces fonds soient directement affectés à la section 2 de la CNSA qui finance l'APA et à la section 3 pour la PCH. C'est simple, pratique, efficace et cela sert le même objectif de soulager les finances départementales.

M. Dominique Watrin. – Nous nous abstenons également sur cet amendement.

Il ne me paraît pas anormal que le Gouvernement mette en place une conditionnalité. Il arrive en effet que, pour dépenser moins, certains départements orientent des personnes en perte d'autonomie vers des services mandataires. Par ailleurs, il est aussi fait référence au guide des bonnes pratiques et à la précarité des personnels...

M. Yves Daudigny. – Les deux dispositifs ne sont pas de même nature. Le Gouvernement veut aider les départements en difficulté. M. le rapporteur propose, quant à lui, d'aider l'ensemble des départements français de façon proportionnelle. Je suis opposé à cet amendement.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Je partage les préoccupations de Dominique Watrin mais ce n'est pas à la CNSA de financer un fonds destiné à des actions d'insertion.

L'amendement n° 102 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Cet amendement, qui est la conséquence des deux précédents, prévoit que les réserves de la CNSA bénéficient strictement aux missions de la Caisse.

L'amendement n° 103 est adopté.

L'amendement de rectification rédactionnelle n° 104 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 105 vise à instaurer un dialogue entre le tarificateur et les établissements accueillant des personnes handicapées dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il s'agit de créer des relations de confiance afin de réussir la transformation du financement, c'est-à-dire le passage de la tarification à la journée à une tarification globale pluriannuelle.

L'amendement n° 105 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 106 concerne la modulation, en fonction d'objectifs d'activité, de la dotation des établissements accueillant des personnes handicapées. Il ne nous paraît pas pertinent d'introduire cette modulation avant que toutes les dotations globales soient calculées selon la réforme tarifaire qui prévoit une tarification fondée sur les besoins des personnes.

L'amendement n° 106 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 107 vise à étendre aux établissements la liberté d'affectation des résultats sur une période de cinq ans. Le gestionnaire, gérant éventuellement plusieurs établissements, décidera de la répartition.

L'amendement n° 107 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 108 concerne la réforme tarifaire des Ehpad. Nous proposons que la modulation soit différée et intervienne un an après l'application généralisée des CPOM. Nous ne prévoyons pas, en revanche, de décaler la date de mise en œuvre de la réforme – le 1^{er} janvier 2017 – dans la mesure où le Gouvernement fait bénéficier cette tarification de 185 millions d'euros supplémentaires dans le PLFSS.

L'amendement n° 108 est adopté.

Article 46 bis

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 109 vise à supprimer l'article, qui prévoit le rapport sur le fonds pluriannuel censé empêcher le départ de personnes handicapées vers des établissements belges. Il convient d'attendre avant d'exiger un rapport sur ce sujet.

Mme Évelyne Yonnet. – Ce rapport d'évaluation remis par le Gouvernement porte sur l'année 2016. Pourquoi le supprimer ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Un fonds de saupoudrage de 15 millions d'euros n'est pas la bonne réponse au problème qui se pose. Il n'est donc pas utile qu'un rapport sur le sujet soit remis cette année.

M. Alain Milon, président. – Le Gouvernement n'aura sans doute pas le temps de nous remettre ce rapport au 1^{er} juillet 2017.

Mme Évelyne Yonnet. – Quel optimisme !

M. Dominique Watrin. – M. le rapporteur est opposé au fonds d'amorçage et refuse, dans le même temps, le rapport susceptible de confirmer que ce dispositif n'est pas satisfaisant. C'est contradictoire !

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Attendons le rapport que Claire-Lise Campion et Philippe Mouiller vont remettre à notre commission sur le sujet.

L'amendement n° 109 est adopté.

Article 47 bis

L'amendement de précision n° 110 est adopté.

Article 48

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 111 vise à permettre une expérimentation pour mieux coordonner les dispositifs destinés aux personnes âgées dans les territoires.

L'amendement n° 111 est adopté.

Article 48 bis

L'amendement rédactionnel n° 112 est adopté.

Article 49

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 113 tend à supprimer le fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique. Je préférerais la création d'un compte d'affectation au sein de l'Ondam, qui soit abondé régulièrement, notamment par les remises pharmaceutiques.

M. Yves Daudigny. – Je voterai contre l'amendement.

L'amendement n° 113 est adopté.

Article 50

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 114 tend à prévoir, comme pour le médicament générique, un objectif de prescription en biosimilaire à l'hôpital.

Mme Catherine Procaccia. – Sur la substitution des médicaments biosimilaires, le rapporteur a-t-il proposé des modifications par rapport au texte d'origine ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Non, mais la question se pose.

L'amendement n° 114 est adopté.

Mme Catherine Procaccia. – L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst) a également fait un rapport sur le sujet.

Article 51

L'amendement de coordination n° 135 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 115 tend à supprimer le plafond de 10 000 euros par traitement, inséré par un amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale. Ce mécanisme peut être intéressant. Néanmoins, l'impact sur l'accès des patients aux molécules doit être évalué avec plus de précision afin d'éviter toute perte de chance. Les différentes parties à la mise en place des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) – laboratoires, Gouvernement, associations de patients doivent en discuter. Il ne faut pas adopter ce dispositif dans la précipitation.

M. Alain Milon, président. – Cet amendement du Gouvernement remettait en cause les ATU. Les patients qui suivent des traitements très coûteux seraient privilégiés par rapport à ceux qui prennent des médicaments moins chers mais plus nombreux.

M. Yves Daudigny. – Je suis très favorable à l'amendement.

L'amendement n° 115 est adopté.

Article 52

L'amendement de clarification n° 116 est adopté.

Article additionnel après l'article 52

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 117 tend à amorcer la mise en place d'un critère d'évaluation unique du médicament.

L'amendement n° 117 est adopté.

Article 52 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Comme pour les chirurgiens-dentistes, je propose de supprimer cet article qui entend peser de manière disproportionnée sur les négociations conventionnelles entre les radiologues et l'assurance maladie.

L'amendement de suppression n° 118 est adopté.

Article 53

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 134 prévoit un seul prélèvement sur les recettes de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), au titre de 2016, et vise à supprimer celui proposé pour 2017.

L'amendement n° 134 est adopté.

Article 54

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Dans la logique des amendements précédemment adoptés, je propose de supprimer les objectifs de dépenses aux articles 54 et 55.

L'amendement de suppression n° 136 est adopté.

Article 55

L'amendement de suppression n° 137 est adopté.

Article additionnel avant l'article 56

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 119 demande un rapport sur les règles de calcul des prises en charge des cotisations au titre des périodes assimilées par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Le calcul de la base forfaitaire est en effet très compliqué.

L'amendement n° 119 est adopté.

Article 56

L'amendement de suppression n° 120 est adopté.

Article 57

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n°121 vise à supprimer le transfert du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). Le personnel de ce service fait un travail de surveillance très important. Déposer cet amendement nous permettra d'entendre les justifications du Gouvernement en séance publique sur un sujet controversé.

Mme Nicole Bricq. – Je voterai cet amendement, car la Caisse des dépôts fait très bien son travail et permet d'éviter des dépenses supplémentaires de l'ordre de 20 millions d'euros. Il n'y a jamais de plainte des usagers. Je n'ai pas compris les motivations du Gouvernement. Peut-être est-ce un élément d'un paquet agriculture ?

Mme Catherine Procaccia. – Je ne vois pas comment la MSA pourrait gérer ces dossiers, dans la mesure où elle fonctionne avec des caisses décentralisées. Par ailleurs, nombre des intéressés ne relèvent pas du régime agricole.

L'amendement n° 121 est adopté.

Article additionnel après l'article 57

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 122 modifie la gouvernance des systèmes d'information de la branche recouvrement du régime général, afin d'en renforcer le pilotage au niveau national par l'Acoss, pour moderniser le recouvrement... et faire 4,5 millions d'euros d'économies.

L'amendement n° 122 est adopté.

Article 57 bis

L'amendement de cohérence n° 123 est adopté.

Article 59

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 124 vise à supprimer l'ouverture du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des entreprises privées.

L'amendement n° 124 est adopté.

L'amendement n° 125 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 126 prévoit d'étendre la possibilité qu'a l'Agence de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc) d'informer les créanciers sociaux sur les biens qui font l'objet d'une décision de restitution et sur ceux qui sont susceptibles de faire l'objet d'une telle décision. Il s'agit de laisser un temps d'anticipation aux créanciers sociaux afin qu'ils puissent se procurer un titre exécutoire.

L'amendement n° 126 est adopté.

Article 60

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement précise le dispositif pour les cas des professionnels de santé sanctionnés ou condamnés dont les actes donnent lieu à des remboursements indus. Il s'agit de sécuriser la situation financière des assurés et de faire porter la charge de la récupération des indus sur le professionnel de santé indélicat.

L'amendement n° 127 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement ajoute une condition d'information de la caisse primaire en cas de retour anticipé à l'activité, incombant au bénéficiaire des indemnités journalières lorsqu'il n'y a pas de subrogation.

L'amendement n° 128 est adopté.

La commission adopte le rapport.

TABLEAU DES AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Auteur	N°	Objet
Article 4 Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	46	Amendement de suppression
Article 5 Objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour 2016		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	47	Amendement de suppression
Article 6 Plafonnement des revenus éligibles à l'exonération applicable aux BER et à l'ACCRES		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	48	Amendement rédactionnel
Article 6 bis Affiliation au RSI des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	49	Amendement rédactionnel
Article 8 Réduction de cotisations des travailleurs indépendants à faibles revenus		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	50	Amendement rédactionnel
Article 8 bis Clarification de l'assiette sociale des exploitants agricoles ayant opté pour le régime du micro-bénéfice agricole		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	51	Amendement rédactionnel
Article 8 ter Fait générateur des cotisations et contributions sociales, habilitation du Gouvernement à simplifier et à harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	52	Suppression de la modification du fait générateur des cotisations sociales et restriction de l'habilitation du Gouvernement
Article 8 quater Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture du contrat de travail		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	53	Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations pour les indemnités de rupture
Article 8 quinquies Bénéfice pour les arbitres amateurs d'une exemption d'assiette de cotisations et de contributions sociales		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	54	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Article 9 Organisation du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	55	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	56	Suppression de la demande de rapport
Article 10 Distinction entre revenus du patrimoine et revenus professionnels. Affiliation des personnes exerçant une activité <i>via</i> les plateformes collaboratives		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	57	Fixation d'un seuil unique de 15.000 euros pour la définition des revenus d'activité professionnelle - Prélèvement par les plateformes de la CSG sur les revenus du patrimoine
Article 11 Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de société		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	58	Amendement rédactionnel
Article 11 bis		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	59	Amendement rédactionnel
Article 12 Cadre juridique des relations entre tiers-déclarants et cotisants		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	60	Modulation de la sanction de retrait de la faculté d'exercer la mission de mandataire et information du cotisant
Article 13 Assiette forfaitaire en cas de travail dissimulé constaté chez un particulier employeur – Modulation et harmonisation entre régimes des sanctions en cas d'obstacles à contrôle		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	61	Amendement rédactionnel
Article 14 Recouvrement des créances en matière de travail illégal et adaptation des sanctions en matière de fraude		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	62	Adaptation des règles de prescription pour les travailleurs indépendants
Article 14 bis Prolongation et extension du plan d'apurement de la dette agricole en Corse		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	63	Amendement de suppression

Auteur	N°	Objet
Article 14 ter Validité des actuelles autorisations de prélèvements données aux Urssaf pour le passage à la norme SEPA		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	64	Amendement rédactionnel
Article 16 Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	65	Amendement de suppression
Article 18 Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	129	Aménagement du taux L – Suppression du taux W
Article 19 bis Clauses de désignation		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	66	Amendement de suppression
Article 20 Prise en charge par l'État des mesures d'exonérations précédemment compensées à la sécurité sociale, réaffectation de recettes, suppression du FCAT et du FCATA, transferts de charges et sécurisation du versement des retraites complémentaires des artisans du BTP		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	67	Suppression de la possibilité d'élargir les missions du FSV par voie réglementaire
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	68	Amendement rédactionnel
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	69	Affectation au FSV pour le financement du minimum contributif des réserves de la section III
Article 22 Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2017		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	70	Amendement de suppression
Article 23 Tableau d'équilibre du régime général pour 2017		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	71	Amendement de suppression

Auteur	N°	Objet
Article 24 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	72	Suppression du tableau d'équilibre du FSV
Article 26 Approbation du rapport de l'annexe B (trajectoire 2017 à 2020)		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	73	Amendement de suppression
Article 27 Recouvrement des créances de pensions alimentaires		
Mme CAYEUX	74	Suppression de dispositions relevant du domaine réglementaire
Mme CAYEUX	75	Amendement visant à laisser le Gouvernement fixer par voie réglementaire les conditions dans lesquelles un débiteur de prestation sociale peut être déclaré hors d'État
Mme CAYEUX	76	Précision relative au caractère insusceptible de recours de la décision de la caisse
Article 28 Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur et réforme du circuit de versement du complément de libre choix du mode de garde		
Mme CAYEUX	77	Suppression du caractère écrit de l'accord du salarié
Mme CAYEUX	78	Suppression de dispositions relatives au prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu
Article 29 Objectifs de dépenses de la branche famille		
Mme CAYEUX	79	Amendement de suppression
Article 30 bis (nouveau) Retraite anticipée des travailleurs handicapés		
M. ROCHE	80	Renforcement du droit de saisine de l'assuré handicapé
M. ROCHE	81	Éligibilité des titulaires d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé à une requalification par la CDAPH
Article 33 Fusion des régimes de retraite des professions artisanales avec celui des professions industrielles et commerciales et des professions libérales non réglementées		
M. ROCHE	82	Amendement de coordination
M. ROCHE	83	Amendement de coordination
M. ROCHE	84	Amendement de coordination

Auteur	N°	Objet
M. ROCHE	85	Amendement de coordination
M. ROCHE	86	Amendement de coordination
Article 33 bis Bénéfice pour les travailleurs indépendants d'une pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de la retraite		
M. ROCHE	87	Amendement rédactionnel
Article 34 ter Report de l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)		
M. ROCHE	88	Report de la date butoir pour l'entrée en vigueur de la LURA
Article 34 quater Dématérialisation des certificats d'existence		
M. ROCHE	89	Insertion de l'article dans le code de la sécurité sociale
Article 35 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse		
M. ROCHE	90	Amendement de suppression
Article 37 Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017		
M. DÉRIOT	91	Amendement de suppression
Article 38 Prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	130	Protection des données personnelles des victimes
Article 39 ter Protection universelle maladie		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	92	Amendement de coordination
Article 39 quinquies Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional, de la vaccination antigrippale par les pharmaciens		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	93	Amendement rédactionnel et de précision sur la population ciblée
Article 39 sexies Expérimentation de la détention de vaccins contre la grippe saisonnière par les médecins généralistes		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	94	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Article 40 Expérimentation d'une prise en charge de consultations pour des jeunes en souffrance psychique âgés de 11 à 21 ans		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	95	Amendement rédactionnel
Article 43 Création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au CAS		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	131	Interdiction de limiter l'avantage selon les modalités d'exercice
Article 43 quater Procédure arbitrale applicable en cas d'échec des négociations conventionnelles avec les dentistes		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	132	Amendement de suppression
Article 43 septies Rapport sur l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	133	Amendement de suppression
Article 44 ter Cadre juridique et financier des greffes innovantes		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	96	Précision d'une référence
Article 45 Financement des activités de soins de suite et de réadaptation		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	97	Évaluation du dispositif avant le prochain PLFSS
Article 45 bis Rapport sur le financement des soins à domicile		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	98	Amendement de suppression
Article 45 quinquies Rapport sur le « packing »		
M. SAVARY	99	Amendement de suppression
Article 45 sexies Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées		
M. SAVARY	100	Amendement de suppression

Auteur	N°	Objet
Article 46 Précisions relatives à la généralisation des Cpom dans le secteur médico-social		
M. SAVARY	108	Report de modulation de la dotation sur critère d'activité pour les établissements accueillant des personnes handicapées
M. SAVARY	105	Modalités de signature des Cpom pour les établissements accueillant des personnes handicapées
M. SAVARY	107	Liberté d'affectation des résultats des Cpom
M. SAVARY	106	Report de modulation de la dotation sur critère d'activité pour les Ehpad
M. SAVARY	101	Lisibilité des comptes de la CNSA
M. SAVARY	103	Usage des réserves de la CNSA
M. SAVARY	102	Fonds de soutien aux départements
M. SAVARY	104	Correction d'une erreur de référence
Article 46 bis Rapport sur la mise en place d'un fonds de prévention des départs non choisis en Belgique		
M. SAVARY	109	Amendement de suppression
Article 47 bis Recueil de données issues d'un dispositif médical		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	110	Avis de la HAS sur les modifications d'utilisation des données recueillies
Article 48 Prorogation de l'expérimentation Paerpa		
M. SAVARY	111	Rationalisation CLIC/MAIA
Article 48 bis Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional (Fir), des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	112	Amendement rédactionnel
Article 49 Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	113	Amendement de suppression
Article 50 Substituabilité des biosimilaires		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	114	Mise en place d'un objectif de prescription en biosimilaires à l'hôpital

Auteur	N°	Objet
Article 51 Évolution du régime des ATU		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	115	Suppression du mécanisme de plafonnement du coût de traitement par patient
Article 52 Adaptation du droit applicable au CEPS		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	116	Amendement de précision
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	135	Amendement de coordination
Article additionnel après l'article 52		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	117	Évaluation de la valeur thérapeutique relative du médicament
Article 52 bis Rémunération des actes de radiologie		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	118	Amendement de suppression
Article 53 Dotations 2017 de l'assurance maladie, du FEH, de l'ANFH et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	134	Suppression du prélèvement de 150 millions d'euros sur les réserves de l'ANFH
Article 54 Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2017		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	136	Amendement de suppression
Article 55 Ondam 2017		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	137	Amendement de suppression
Article additionnel avant l'article 56		
M. ROCHE	119	Report sur l'évaluation des taux de répartition contenus dans les règles de calcul des prises en charge des cotisations
Article 56 Prévisions de charge du FSV pour 2017		
M. ROCHE	120	Amendement de suppression

Auteur	N°	Objet
Article 57 Transfert de la gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)		
M. ROCHE	121	Amendement de suppression
Article additionnel après l'article 57		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	122	Gouvernance des systèmes d'information des organismes chargés du recouvrement et sécurisation des opérations de mutualisation entre organismes de sécurité sociale
Article 57 bis Amélioration des formalités déclaratives pour l'éligibilité aux prestations versées par les organismes de sécurité sociale		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	123	Cohérence rédactionnelle
Article 59 Extension du périmètre des échanges d'informations entre organismes chargés du versement de prestations sociales		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	124	Ouverture du RNCPS
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	125	Collaboration de l'autorité judiciaire en cas de fraude
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	126	Rôle de l'AGRASC
Article 60 Information de l'assurance maladie et prévention des indus d'indemnités journalières		
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	127	Remboursement d'indus
M. VANLERENBERGHE, rapporteur général	128	Information de la caisse en cas de retour anticipé au travail