

N° 134

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2015

## 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 2016,***

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Mmes Colette GIUDICELLI,  
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 Emery-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 Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, 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 Evelyne Yonnet.*

**Voir le(s) numéro(s) :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 3106, 3127, 3129 et T.A. 600**

**Sénat : 128, 134 tomes I à VIII et 139 (2015-2016)**



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES .....	11
<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014 .....</b>	<b>11</b>
• <i>Article 1<sup>er</sup></i> <b>Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014 .....</b>	<b>11</b>
• <i>Article 2</i> <b>Approbation du rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'année 2014 .....</b>	<b>25</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015.....</b>	<b>29</b>
• <i>Article 3</i> <b>Ajustement des dotations de l'assurance maladie au Fmespp et à l'Oniam au titre de l'exercice 2015.....</b>	<b>29</b>
• <i>Article 4</i> <b>Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C) .....</b>	<b>31</b>
• <i>Article 5</i> <b>Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015 .....</b>	<b>34</b>
• <i>Article 6</i> <b>Objectif national de dépenses d'assurance maladie 2015.....</b>	<b>38</b>
<b>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016 .....</b>	<b>42</b>
<b>TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE.....</b>	<b>42</b>
<b>CHAPITRE I<sup>ER</sup> Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant.....</b>	<b>42</b>
• <i>Article 7 (art. L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Réduction du taux de cotisation « famille » pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 Smic .....</b>	<b>42</b>
• <i>Article 7 bis (nouveau) (art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Plafond d'exonération de la CSG et de cotisations sociales sur les indemnités de rupture du contrat de travail et de cessation forcée d'activité des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts.....</b>	<b>47</b>
• <i>Article 8 (art. L. 651-3 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Relèvement de l'abattement d'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).....</b>	<b>49</b>
• <i>Article 9</i> <b>Aménagement du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer.....</b>	<b>51</b>
• <i>Article 10 (art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, art. 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008, art L 131-4-2 et L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Mise en extinction des dispositifs d'exonération de cotisations sociales applicables aux bassins d'emploi à redynamiser, aux zones de restructuration de la défense et aux zones de revitalisation rurale .....</b>	<b>55</b>

<b>CHAPITRE II Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs salariés</b> .....	59
• <i>Article 11 (art. L. 133-4-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale)</i> <b>Proportionnalité des redressements pour les régimes de protection sociale complémentaire d'entreprise n'ayant pas un caractère collectif et obligatoire</b> .....	59
• <i>Article 12 (art. L. 133-6-2, L. 611-20 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Recouvrement des cotisations de sécurité sociale des professions libérales</b> .....	62
• <i>Article 13 (art. L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22-1 du code rural et de la pêche maritime)</i> <b>Régime des options des non-salariés agricoles pour le lissage de leurs revenus professionnels</b> .....	65
• <i>Article 14 (art. L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Report à 2020 de l'obligation, pour les personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015, de passer au régime micro-social</b> .....	68
• <i>Article 14 bis (nouveau) (art. L. 136-5, L. 213-4 [nouveau], L. 241-6-2, L. 752-4 du code de la sécurité sociale art. L. 5427-1 et L. 6331-53 du code du travail, art. 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015)</i> <b>Transfert de l'Enim à une Urssaf du recouvrement des cotisations et contributions dues pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins</b> .....	71
• <i>Article 14 ter (nouveau) (art. L. 241-1 du code de la sécurité sociale, art. 12 de la loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, art. 130 de la loi n°2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 et art 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008)</i> <b>Conséquences sur les allègements généraux du non-respect de l'obligation de négociation annuelle obligatoire</b> .....	73
• <i>Article 14 quater (nouveau) (art. L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Redressement forfaitaire en cas de constat de travail dissimulé</b> .....	75
• <i>Article 14 quinquies (nouveau) (art. L. 244-2 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Motivation des avertissements et des mises en demeure</b> .....	76
• <i>Article 14 sexies (nouveau) (art. L. 382-5 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse plafonnées des artistes auteurs</b> .....	77
• <i>Article 14 septies (nouveau) (art. L. 613-7-1 et art. L. 611-4 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Suppression de la dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants pluriactifs et les retraités actifs, versement sur option des cotisations minimales pour les bénéficiaires du RSA et traitement, par le RSI, de données à caractère personnel</b> .....	79
• <i>Article 14 octies (nouveau)</i> <b>Report de l'obligation de transmettre une déclaration sociale nominative</b> .....	81
 <b>CHAPITRE III Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale</b> .....	83
• <i>Article 15 (art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-1, L. 135-2, L. 135-3, L. 135-3-1, L. 135-4, L. 136-8, L. 137-17, L. 223-1, L. 245-16 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, art. 1600-0 S du code général des impôts, art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, art. 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 et art. 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance-vieillesse applicable à Saint- Pierre-et-Miquelon)</i> <b>Réallocation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, refonte de l'architecture et du financement du FSV, simplification des ressources affectées à la Cades</b> .....	83
• <i>Article 16</i> <b>Prélèvement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés</b> .....	95

• Article 17 (art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) <b>Calendrier du transfert à la Cades des déficits portés par l'Acoss</b> .....	97
• Article 17 bis (nouveau) (art. L. 862-4 du code de la sécurité sociale) <b>Taux de la taxe de solidarité additionnelle applicable aux contrats « au premier euro »</b> .....	101
<b>CHAPITRE IV Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale</b> .....	103
• Article 18 A (nouveau) <b>Insertion par l'activité économique</b> .....	103
• Article 18 B (nouveau) (art. 10 de la loi n° 37-39 du 27 janvier 1987) <b>Clarification du régime social applicable aux correspondants locaux de presse</b> .....	104
• Article 18 <b>Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux</b> .....	105
• Article 19 (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale) <b>Couverture sociale des gens de mer résidant en France</b> .....	108
• Article 20 (art. L. 133-6-8, L. 134-3, L. 134-4, L. 134-5, L. 134-5-1, L. 134-6, L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11, L. 134-11-1, L. 134-12, L. 134-13, L. 134-15, L. 139-1, L. 221-1, L. 241-1, L. 241-2, L. 241-3 à L. 242-3-3, L. 380-1, L. 380-2, L. 380-3-1, L. 381-4, L. 381-8, L. 612-4, L. 613-8, L. 713-21, L. 715-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 721-2 [nouveau] L. 722-5, L. 722-6, L. 731-11, L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime)	
<b>Architecture financière de la protection universelle maladie</b> .....	110
<b>CHAPITRE V Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie</b> .....	115
• Article 21 (art. L. 864-1 et L. 864-2, L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) <b>Sélection des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans</b> ....	115
• Article 22 (art. L. 242-1, L. 911-7 et L. 911-17-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 1 <sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) <b>Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels</b> .....	118
• Article 22 bis (nouveau) <b>Rapport sur l'extension de la complémentaire d'entreprise aux personnes travaillant dans les établissements et services d'aide par le travail</b> .....	120
• Article 23 (art. 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013) <b>Prorogation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération</b> .....	122
• Article 24 (art. L. 138-19-1 à L. 138-19-3, L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale) <b>Fixation des seuils de déclenchement des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)</b> .....	123
<b>TITRE II CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE</b> .....	126
• Article 25 <b>Approbation du montant des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale</b> .....	126
• Article 26 <b>Approbation des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires</b> .....	128
• Article 27 <b>Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2016</b> .....	130
• Article 28 <b>Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV) ; fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et 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</b> .....	132

• Article 29 <b>Habilitation d'organismes à recourir à des ressources non permanentes</b> .....	137
• Article 30 <b>Approbation du rapport figurant en annexe B</b> .....	140
 <b>QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016</b> .....	
 <b>TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</b> .....	
• Article 31 (art. L. 523-1 et L. 581-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution et art. L. 3252-5 du code du travail) <b>Généralisation du dispositif de garantie contre les impayés des pensions alimentaires</b> .....	145
• Article 32 (art. L. 212-1, L. 755-10 et L. 755-10-1 du code de la sécurité sociale et art. 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale) <b>Transfert de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les départements d'outre-mer vers les caisses d'allocation familiales</b> .....	148
• Article 33 (art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales) <b>Extension de l'allocation de soutien familial et du complément de libre choix du mode de garde à Saint-Pierre-et-Miquelon</b> .....	150
• Article additionnel après l'article 33 (art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale) <b>Versement de la prime à la naissance</b> .....	153
• Article 34 <b>Objectif de dépenses de la branche famille</b> .....	154
 <b>TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE</b> .....	
• Article 35 (art. L. 5552-16 du code des transports) <b>Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance vieillesse</b> .....	156
• Article 36 <b>Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016</b> .....	158
• Article additionnel après l'article 36 (art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de sécurité sociale) <b>Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 63 ans en 2019</b> .....	160
• Article 36 bis (nouveau) (art. L. 161-22, L. 634-6 et L. 643-6 du code de sécurité sociale) <b>Mise en œuvre du nouveau dispositif de plafonnement du cumul emploi-retraite</b> .....	162
• Article 36 ter (nouveau) (art. L. 173-2-1 du code de la sécurité sociale) <b>Précisions sur le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites</b> .....	164
• Article 36 quater (nouveau) (art. L. 351-2 du code de la sécurité sociale) <b>Adaptation du droit concernant les travailleurs à très faible activité avec le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites dans les régimes alignés</b> .....	165
• Article 36 quinquies (nouveau) (art. L. 351-3-1 du code de la sécurité sociale) <b>Périodes assimilées pour les personnes détachées</b> .....	166
• Article 36 sexies (nouveau) (art. L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale) <b>Adaptation des règles de cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs</b> .....	168
• Article 36 septies (nouveau) <b>Demande de rapport sur les conditions de revalorisation des pensions de retraite du régime des cultes</b> .....	169
 <b>TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	
• Article 37 <b>Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata et à la branche maladie du régime général</b> .....	171
• Article 38 <b>Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2016</b> .....	174

**TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE ..... 176**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup> Amélioration de l'accès aux droits..... 176**

• *Article 39 (art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 112-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 162-1-14, L. 162-1-18, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-14, L. 712-6, L. 712-7, L. 712-8, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 861-1, L. 861-2, L. 861-3, L. 861-5, L. 871-1, du code de la sécurité sociale, art. L. 722-10, L. 722-11, L. 742-3, L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 111-1 du code de la mutualité) **Création d'une protection universelle maladie ..... 176***

• *Article 39 bis (nouveau) (art. L. 323-3 du code de la sécurité sociale) **Suppression de la modulation de la durée des indemnités journalières servies par les caisses primaires dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ..... 186***

• *Article 39 ter (nouveau) **Résiliation des contrats en cours des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé ..... 187***

• *Article 40 (art. L. 169-1 à L. 168-14 [nouveaux] du code de la sécurité sociale ; art. L. 1226-1 du code du travail ; ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977) **Extension de la prise en charge par l'assurance maladie des victimes d'actes de terrorisme ..... 187***

• *Article 41 (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 5134-1 du code de la santé publique) **Suppression de la participation financière et confidentialité pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour une personne mineure ..... 192***

• *Article 41 bis (nouveau) (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) **Gratuité du dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque ..... 194***

• *Article 41 ter (nouveau) (art. L. 613-20 du code de la sécurité sociale) **Mise en place d'un mi-temps thérapeutique pour les travailleurs indépendants ..... 195***

**CHAPITRE II Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée..... 196**

• *Article 42 (art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale) **Contrats de coopération pour les soins visuels..... 196***

• *Article 43 **Expérimentation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants ..... 206***

• *Article 44 (art. L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, art. L. 1435-5 du code de la santé publique, art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) **Financement global par les agences régionales de santé volontaires de la permanence des soins ambulatoires ..... 208***

• Article 44 bis (nouveau) (art. L. 165-5-14-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)	
<b>Prise en charge des frais relatifs à l'établissement du certificat de décès intervenu dans le cadre de la permanence des soins</b> .....	212
• Article 45 (art. L. 4011-2-3 du code de la santé publique, art. L. 161-37, L. 162-1-7-1, L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale) <b>Pérennisation des actes prévus par les protocoles de coopération</b> .....	214
• Article 45 bis (nouveau) (art. L. 162-9 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale)	
<b>Conditions relatives à l'installation pour le conventionnement des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes</b> .....	215
• Article 45 ter (nouveau) (art. L. 162-17-3, L. 165-3 et L. 165-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) <b>Régulation des dépenses</b> .....	216
• Article 46 (art. L. 121-7, L. 313-3, L. 314-3-1, L. 314-4, L. 344-4 et L. 345-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 160-8 et L. 412-8 du code de la sécurité sociale) <b>Transfert du financement des établissements et services d'aide par le travail vers l'assurance maladie</b> .....	218
• Article 47 (art. L. 313-12-2 et L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) <b>Généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les établissements et services pour personnes handicapées</b> .....	222
• Article 47 bis (nouveau) <b>Demande de rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées</b> .....	226
<b>CHAPITRE III Poursuite de la réforme du financement des établissements</b> .....	227
• Article 48 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) <b>Report de la réforme du mode de calcul de la participation financière des assurés aux frais d'hospitalisation</b> .....	227
• Article 49 (art. L. 133-4, L. 138-10, L. 162-1-14-2, L. 162-5-17, L. 162-16-6, L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L. 162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26, L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 6145-1 et L. 6145 du code de la santé publique)	
<b>Réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation</b> .....	230
• Article 49 bis (nouveau) <b>Rapport sur le reste à charge des pathologies cancéreuses</b> .....	234
• Article 49 ter (nouveau) <b>Rapport sur les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé</b> .....	235
• Article 50 (art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4 et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale) <b>Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les ARS</b> .....	236
• Article 50 bis (nouveau) (art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale) <b>Prise en charge des frais de transport sanitaire</b> .....	238
• Article 51 (art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6113-11, L. 6113-12 et L. 6111-13 du code de la santé publique) <b>Amélioration de la fiabilité des données issues des études nationales de coût (ENC)</b> .....	240
• Article additionnel après l'article 51 <b>Rétablissement des journées de carence pour les personnels hospitaliers</b> .....	241



<b>CHAPITRE IV Autres mesures et objectifs financiers</b> .....	242
• <i>Article 52 (art. L. 162-1-4-1 et L. 612-3 du code de sécurité sociale) Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés</i> .....	242
• <i>Article 53 Dotations 2016 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes</i> .....	243
• <i>Article 54 Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2016</i> .....	251
• <i>Article 55 Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2016</i> .....	252
 <b>TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b> .....	257
• <i>Article 56 Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2016</i> .....	257
 <b>TITRE VI MESURES COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES</b> .....	259
• <i>Article 57 (art. L. 161-23-1, L. 341-6, L. 351-11, L. 353-5, L. 356-2, L. 413-7, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-6, L. 434-16, L. 434-17, L. 551-1, L. 723-11-2 [nouveau], L. 816-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 732-24, L. 751-46, L. 752-6, L. 753-8 et L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime ; art 1<sup>er</sup> de la loi n° 74-1118 du 27 décembre 1974, art. 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987, article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977) Modification des règles de revalorisation des prestations de sécurité sociale</i> .....	259
• <i>Article 57 bis (nouveau) (art. 1084 du code général des impôts) Précision du champ des bénéficiaires de l'exemption des droits de mutation</i> .....	263
• <i>Article 58 (art. L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 216-2-1, L. 216-2-2 et L. 611-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale</i> .....	263
• <i>Article 59 (art. L. 114-9, L. 114-10, L. 114-11, L. 114-19 du code de la sécurité sociale, L. 724-7, L. 724-11, L. 724-14 et L. 725-15 du code rural et de la pêche maritime) Extension, à tous les régimes, de dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude</i> .....	268
• <i>Article 60 (art. L. 643-11 et L. 645-11 du code de commerce) Exclusion des sommes indues de fraude sociale des procédures collectives</i> .....	271
• <i>Article 61 (art. L. 8271-6-3 [nouveau] du code du travail ; art. L. 634-3-1 [nouveau], art. L. 642-1, L. 645-1, L. 646-1 et L. 647-1 du code de la sécurité intérieure ; art. L. 313-7 [nouveau] du code du travail applicable à Mayotte ; art. L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale) Echanges d'informations des organismes de sécurité sociale avec les agents assermentés du Cnaps et les services de renseignement</i> .....	273
• <i>Article 62 (nouveau) (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale) Elargissement du droit de communication au profit des agents des organismes de sécurité sociale aux activités réalisées en ligne</i> .....	279
 <b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	281

**Répartition de l'examen des articles  
entre les rapporteurs du PLFSS**

**1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> parties :**

*Equilibres financiers généraux*

- articles 1 à 30 ..... M. Jean-Marie Vanlerenberghe,  
rapporteur général

**4<sup>e</sup> partie :**

*Famille*

- articles 31 à 34..... Mme Caroline Cayeux

*Assurance vieillesse*

- articles 35 à 36 septies ..... M. Gérard Roche

*Accidents du travail et maladies professionnelles*

- articles 37 et 38 ..... M. Gérard Dériot

*Assurance maladie*

- articles 39 à 55 ..... M. Jean-Marie Vanlerenberghe,  
rapporteur général

*Médico-social*

- articles 46 à 47 bis ..... Mme Colette Giudicelli

*Gestion des régimes obligatoires de base*

- articles 56 à 62..... M. Jean-Marie Vanlerenberghe,  
rapporteur général

---

## EXAMEN DES ARTICLES

### PREMIÈRE PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

##### *Article 1<sup>er</sup>*

##### **Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014**

*Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2014, 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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.

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. Dans les montants qui y figurent, les opérations réciproques entre les différentes entités ont été éliminées, à l'exception notable des opérations entre le Fonds de solidarité vieillesse et les régimes de retraite, le FSV faisant l'objet d'un tableau isolé. Sont ainsi neutralisés les transferts internes aux branches (17,5 milliards d'euros), les transferts entre branches (13,1 milliards d'euros) et les transferts entre les branches et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (18,4 milliards d'euros).

**L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence  
des tableaux d'équilibre pour 2014**

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<sup>er</sup> du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 fournissent une représentation cohérente des produits (recettes), des charges (dépenses) et du résultat (solde) qui en découle, en exprimant cependant les quatre observations suivantes :

« 1. Comme les exercices précédents, la présentation distincte du solde du fonds de solidarité vieillesse de ceux des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et, en leur sein, de celui du régime général, procure **une information partielle sur le déficit des régimes de sécurité sociale pour 2014** ;

« 2. Le Parlement ne dispose toujours pas, dans le cadre des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'un **éclairage suffisant sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses à l'origine de la formation des soldes mentionnés** dans les tableaux d'équilibre soumis à son approbation ;

« 3. Le manque de sécurité et de traçabilité dans l'élaboration matérielle des tableaux d'équilibre ne permet pas de réduire à un niveau significatif le risque d'**anomalies** qui affecteraient les montants de recettes et de dépenses qui y sont indiqués. Les tableaux d'équilibre sont de plus établis en procédant à des **contractions de produits et de charges** contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (principe général de non-compensation) ;

« 4. Si les états financiers de la totalité des régimes financiers des régimes de sécurité sociale sont désormais certifiés, avec ou sans réserve(s), les opinions exprimées par la Cour et 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 observations de la Cour se sont désormais récurrentes depuis plusieurs années, la certification de l'ensemble des régimes, y compris le régime social des Indépendants permet d'améliorer progressivement la qualité des comptes soumis à l'examen de la Cour et à l'approbation du Parlement.

#### **Soldes 2014 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>Solde</b>
Maladie	- 6,5
Vieillesse	- 0,8
Famille	- 2,7
AT-MP	0,7
<b>Total</b>	<b>-9,3</b>
FSV	- 3,5
<b>Total avec FSV</b>	<b>-12,8</b>

*Source : PLFSS 2016*

Le déficit global s'est réduit de 3,2 milliards d'euros entre 2013 et 2014, passant de 16 milliards d'euros à 12,8 milliards d'euros, soit une réduction identique à celle observée entre 2012 et 2013 et l'équivalent de 0,6 % du PIB.

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

Ce tableau fait apparaître un **déficit global de 9,3 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale<sup>1</sup> en 2014, contre 13,1 milliards d'euros en 2013, soit une amélioration du solde de 3,8 milliards d'euros d'une année sur l'autre. L'amélioration du solde, pratiquement le double de celle constatée l'année précédente, est principalement imputable aux branches vieillesse et famille.

Trois des quatre branches sont déficitaires :

- la branche maladie enregistre un solde négatif de 6,9 milliards d'euros en 2014 contre 6,5 milliards d'euros en 2013 et 5,9 milliards d'euros en 2012 ;

- le déficit de la branche vieillesse est de 0,8 milliards d'euros en 2014, contre 3,1 milliards d'euros en 2013 et 6,1 milliards d'euros en 2012.

- le solde négatif de la branche famille s'est établi à 2,7 milliards d'euros en 2014 contre 3,3 milliards d'euros en 2013 et 2,5 milliards d'euros en 2012 ;

- la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre en revanche, pour la deuxième année consécutive, un solde positif de 700 millions d'euros alors qu'elle était en déficit de 600 millions d'euros en 2012.

**Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour les années 2012 à 2014**

(en milliards d'euros)	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014
Maladie	- 5,9	- 6,9	<b>-6,5</b>
Vieillesse	- 6,1	- 3,6	<b>- 0,7</b>
Famille	- 2,5	- 3,3	<b>- 2,7</b>
AT-MP	- 0,6	0,7	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	<b>- 15,1</b>	<b>- 13,1</b>	<b>- 9,3</b>

Source : LFSS 2015 et 2016

Si le solde effectif pour 2014 est relativement proche du solde prévisionnel de la loi de financement pour 2014, avec une amélioration de 500 millions d'euros, il recouvre des évolutions contrastées.

<sup>1</sup> Cet ensemble comporte 35 régimes : douze régimes d'assurance vieillesse, trois régimes d'assurance maladie, huit régimes accidents du travail-maladies professionnelles, six régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et cinq régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail - maladies professionnelles.

**Comparaison du solde effectif 2014 avec le solde prévisionnel  
de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2014**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>LFSS 2014 Solde prévisionnel 2014</b>	<b>LFSS 2014 Solde prévisionnel 2014</b>	<b>LFSS 2015 Solde prévisionnel 2014</b>	<b>PLFSS 2016 Solde effectif 2014</b>	<b>Ecart LFSS/solde effectif</b>
Maladie	- 6	-6,1	-7,4	-6,5	-0,5
Vieillesse	- 1,7	-1,7	-1,7	-0,8	0,9
Famille	-2,3	-2,8	-2,9	-2,7	-0,4
AT-MP	0,2	0,4	0,3	0,7	0,5
<b>Total</b>	<b>-9,8</b>	<b>-10,1</b>	<b>-11,7</b>	<b>-9,3</b>	<b>0,5</b>

Source : LFSS 2014 et PLFSS 2016

Le solde négatif de la branche maladie est plus dégradé que prévu avec 0,5 milliard d'euros de plus tandis que le solde de la branche vieillesse apporte une contribution moindre au déficit de 0,9 milliard d'euros par rapport au solde prévisionnel.

L'année 2014 est encore marquée par une forte progression des recettes, qui augmentent de 4,5 milliards d'euros pour la maladie et de 6,9 milliards d'euros pour la vieillesse.

**Evolution de l'ensemble des recettes  
de l'ensemble des régimes obligatoires de base entre 2011 et 2014**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Evolution 2011-2014</b>
Maladie	171,8	178,9	182,2	<b>186,7</b>	<b>+14,9</b>
Vieillesse	194,6	203,4	212,2	<b>219,1</b>	<b>+24,5</b>
Famille	52,3	54,1	54,9	<b>56,3</b>	<b>+4</b>
AT-MP	12,8	13,1	13,5	<b>13,8</b>	<b>+1</b>
<b>Total</b>	<b>419,6</b>	<b>436,5</b>	<b>449,8</b>	<b>462,8</b>	<b>+43,2</b>

Source : PLFSS 2016

**Comparaison des recettes effectives avec les prévisions pour 2014  
pour l'ensemble des régimes de base**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>LFSS 2014</b>	<b>LFSS 2014</b>	<b>LFSS 2015</b>	<b>PLFSS 2016</b>	<b>Ecart LFSS/solde effectif</b>
Maladie	188	186,9	186,4	<b>186,7</b>	<b>-1,3</b>
Vieillesse	219,4	219	218,1	<b>219,1</b>	<b>-0,3</b>
Famille	56,9	56,5	56,2	<b>56,3</b>	<b>-0,6</b>
AT-MP	13,5	13,6	13,5	<b>13,8</b>	<b>0,3</b>
<b>Total</b>	<b>464,6</b>	<b>462,9</b>	<b>461,2</b>	<b>462,8</b>	<b>-1,8</b>

Source : PLFSS 2016

Un écart en recettes de 1,8 milliard d'euros a été constaté en exécution, dont la loi de financement rectificative pour 2014 avait tenu compte en rectifiant les prévisions de recettes.

Les recettes ont en revanche été meilleures qu'anticipé par la loi de financement pour 2015.

Les dépenses ont progressé de 12,2 milliards d'euros par rapport à l'année 2013. L'augmentation est de 4,1 milliards d'euros pour la maladie et la vieillesse.

#### Evolution de l'ensemble des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base entre 2011 et 2014

(en milliards d'euros)	2011	2012	2013	2014	Evolution 2011-2014
Maladie	180,3	184,7	189,1	193,2	12,9
Vieillesse	202,4	209,5	215,8	219,9	17,5
Famille	55,3	56,6	58,2	59	3,7
AT-MP	13	13,7	12,8	13,1	0,1
<b>Total</b>	<b>440,8</b>	<b>451,4</b>	<b>462,9</b>	<b>475,1</b>	<b>34,3</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

Les dépenses sont inférieures de 2,4 milliards d'euros à l'objectif défini en loi de financement initiale mais globalement conformes à la rectification opérée par la LFRSS 2014 qui opérait, notamment, un rebasage de l'Ondam pour tenir compte des dépenses constatées en 2013.

#### Comparaison des dépenses effectives avec les prévisions pour 2014 pour l'ensemble des régimes de base

(en milliards d'euros)	LFSS 2014	LFRSS 2014	LFSS 2015	PLFSS 2016	Ecart LFSS /solde effectif
Maladie	194	193	193,8	193,2	-0,8
Vieillesse	221	220,7	219,9	219,9	-1,1
Famille	59,2	59,2	59,1	59	-0,2
AT-MP	13,3	13,2	13,2	13,1	-0,2
<b>Total</b>	<b>474,5</b>	<b>473</b>	<b>472,9</b>	<b>472,1</b>	<b>-2,4</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2014, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le régime général de sécurité sociale présente un déficit global de 9,7 milliards d'euros pour 2014, en diminution de 2,8 milliards par rapport à l'exercice précédent.



**Soldes des différentes branches du régime général  
pour les années 2011 à 2014**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>Résultats 2011</b>	<b>Résultats 2012</b>	<b>Résultats 2013</b>	<b>Résultats 2014</b>
Maladie	- 8,6	- 5,9	- 6,8	<b>-6,5</b>
Vieillesse	- 6,0	- 4,8	- 3,1	<b>-1,2</b>
Famille	- 2,6	- 2,5	- 3,2	<b>-2,7</b>
AT-MP	- 0,2	- 0,2	0,6	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	<b>- 17,4</b>	<b>- 13,3</b>	<b>- 12,5</b>	<b>-9,7</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

Le solde global est proche de la prévision de la loi de financement initiale et même conforme pour ce qui concerne la vieillesse. En revanche, les branches maladie et famille présentent un solde plus dégradé que prévu tandis que la branche AT-MP présente un excédent supérieur de 500 millions d'euros à la prévision.

**Comparaison du solde effectif 2014 avec le solde prévisionnel  
de l'ensemble des branches du régime général pour 2014**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>LFSS 2014</b>	<b>LFRSS 2014</b>	<b>LFSS 2015</b>	<b>PLFSS 2016</b>	<b>Ecart LFSS/solde effectif</b>
Maladie	-6	-6,1	- 6,9	-6,5	<b>-0,5</b>
Vieillesse	-1,2	-1,3	-1,5	-1,2	-
Famille	-2,3	-2,8	-2,3	-2,7	<b>-0,4</b>
AT-MP	0,1	0,3	0,2	0,7	<b>+0,6</b>
<b>Total</b>	<b>-9,5</b>	<b>-9,8</b>	<b>-10,5</b>	<b>-9,7</b>	<b>-0,2</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

Les recettes ont augmenté de 10 milliards d'euros par rapport à 2013. La progression la plus forte est due à l'augmentation des recettes de la branche vieillesse (+ 4,2 milliards d'euros).

**Evolution des recettes du régime général entre 2011 et 2013**

<i>(en milliards d'euros)</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Evolution 2011-2014</b>
Maladie	148,2	155,0	158,0	161,9	13,7
Vieillesse	100,5	105,5	111,4	115,6	15,1
Famille	52,0	53,8	54,6	56,3	4,3
AT-MP	11,3	11,5	12,0	12,3	1
<b>Total</b>	<b>301,0</b>	<b>314,2</b>	<b>324,0</b>	<b>334,1</b>	<b>33,1</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

Le niveau des recettes, anticipé par la loi de financement rectificative, s'est établi à 2,5 milliards d'euros de moins que prévu par la loi de financement initiale.

#### Comparaison des recettes effectives du régime général avec les prévisions pour 2014

(en milliards d'euros)	LFSS 2014	LFSS 2014	LFSS 2015	PLFSS 2016	Ecart LFSS/solde effectif
Maladie	163,8	162,7	161,4	161,9	-1,9
Vieillesse	116	115,7	115,1	115,6	-0,4
Famille	56,9	56,5	56,2	56,3	-0,6
AT-MP	12,1	12,1	12	12,3	0,2
<b>Total</b>	<b>336,6</b>	<b>334,9</b>	<b>332,7</b>	<b>334,1</b>	<b>-2,5</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

L'augmentation des dépenses a été moindre, ce qui a permis une réduction plus importante des déficits. La branche vieillesse a tout particulièrement bénéficié d'un apport de recettes supérieur au niveau des dépenses.

#### Evolution des dépenses du régime général entre 2011 et 2014

(en milliards d'euros)	2011	2012	2013	2014	Evolution 2011-2014
Maladie	156,6	160,8	164,8	168,4	11,8
Vieillesse	106,5	110,2	114,6	116,8	10,3
Famille	54,8	56,3	57,8	59	4,2
AT-MP	11,6	11,7	11,3	11,6	0
<b>Total</b>	<b>320,3</b>	<b>327,3</b>	<b>336,5</b>	<b>343,8</b>	<b>23,5</b>

Source : LFSS ET PLFSS 2016

Au total, les équilibres du régime général sont liés à une évolution globale comparable, à la baisse, des recettes et des dépenses par rapport à la prévision de la loi de financement initiale. Pour les branches maladie et famille, la moindre réalisation en dépenses n'a pas compensé une moindre réalisation significative en recettes.

### Comparaison des dépenses effectives avec les prévisions pour 2014 pour le régime général

(en milliards d'euros)	LFSS 2014	LFRSS 2014	LFSS 2015	PLFSS 2016	Ecart LFSS/ solde effectif
Maladie	169,8	168,8	168,8	168,4	-1,4
Vieillesse	117,2	117	116,7	116,8	-0,4
Famille	59,2	59,2	59,1	59	-0,2
AT-MP	12	11,8	11,8	11,6	-0,4
<b>Total</b>	<b>346,1</b>	<b>344,7</b>	<b>344,3</b>	<b>343,8</b>	<b>-2,3</b>

Source : LFSS et PLFSS 2016

• L'approbation du tableau d'équilibre pour 2014 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

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

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

(en milliards d'euros)	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014
FSV	- 3,4	- 4,1	-2,9	-3,5

Source : LFSS et PLFSS 2016

La loi de financement pour 2014 avait prévu pour le FSV un solde de - 3,4 milliards d'euros en 2014.

Le déficit constaté est globalement conforme, en dégradation de 223 millions d'euros, montant comparable au coût de la prime exceptionnelle de 40 euros mise à la charge du FSV pour l'exercice 2014.

L'isolement du FSV dans un tableau d'équilibre distinct est critiqué par la Cour des comptes. Dans ses rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour estime en effet qu'une telle présentation a pour effet de ne pas faire apparaître le déficit véritable de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

L'annexe 4 du présent projet de loi présente désormais 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 2014

(en milliards d'euros)

Dépenses	472,7
Recettes	462,8
Solde	-12,8

Source : annexe 4 PLFSS

Cette consolidation conduit à majorer les dépenses des régimes obligatoires de base de 0,6 milliards d'euros et à minorer les recettes de 2,9 milliards d'euros, soit un déficit accru de 3,5 milliards d'euros.

• L'approbation des dépenses constatées en 2014 relevant du champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Pour 2014, 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 179,1 milliards d'euros. Il représentait, par rapport aux dépenses alors estimées pour 2013 (174,9 milliards d'euros), une enveloppe supplémentaire de 4,3 milliards d'euros pour les dépenses d'assurance maladie en 2014 et une progression de 2,4 %. Ce taux de progression a été maintenu par la loi de financement rectificative qui a corrigé l'Ondam, à hauteur de la sous-exécution constatée pour l'année 2013, à 178,3 milliards d'euros.

#### Evolution des prévisions d'Ondam 2013 et 2014

(en milliards d'euros)	Ondam 2013	Ondam 2014	Augmentation	
			En md€	En %
<b>LFSS 2013</b>	175,4	-		
<b>LFSS 2014</b>	174,8	179,1	4,3	2,4%
<b>LFSS 2015</b>	173,8	178,3	4,5	2,6%
<b>CCSS juin 2015</b>	173,68	177,9	4,2	2,4%
<b>PLFSS 2016</b>	<b>173,68</b>	<b>178,0</b>	<b>4,3</b>	<b>2,5 %</b>

Source : LFSS et CCSS pour 2015

La construction de l'Ondam 2014 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 3,8 %, à laquelle devaient s'appliquer 2,4 milliards d'économies portant principalement sur les soins de ville. Appliquée à l'Ondam 2013 finalement constaté, une progression de 3,8 %, minorée de 2,4 milliards d'économies aurait abouti à un Ondam 2014 de 177,8 milliards d'euros.

Avec des **dépenses constatées de 178 milliards d'euros**, l'objectif voté par le Parlement est respecté pour la quatrième année consécutive, tant en volume avec une **sous-exécution de 300 millions d'euros** qu'en taux d'évolution (+ 2,5% par rapport à 2013, soit une évolution supérieure à la

prévision). Ce montant a été revu à la hausse de 120 millions d'euros par rapport aux dépenses constatées lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015.

Comme en 2013, le respect de l'Ondam s'accompagne cependant d'une croissance des dépenses d'assurance-maladie (+4,3 milliards d'euros) nettement supérieure à celle de la richesse nationale dont elles représentent désormais 8,3 % et d'un financement par le déficit à hauteur de 6,4 milliards d'euros.

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

Sous objectifs (en millions d'euros)	Dépenses constatées 2013	Ondam 2014 LFSS 2015	Exécution 2014 (provisoire en milliards d'euros)	Variation/2013	
Dépenses de soins de ville	78 560	80 932	80,9	2 269	3 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	54 176	55 480	74,8	1 203	-
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 348	19 664		45	0,2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8 370	8 515	8,5	145	1,7 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées	8 736	8 975	9	239	2,7 %
Autres prises en charge	1 615	1 682	1,7	112	7 %
Fonds d'intervention régional	2 875	3 045	3	-	6 %
<b>Total</b>	<b>173 680</b>	<b>178 291</b>	<b>178</b>	<b>4 186</b>	<b>2,5 %</b>

En 2014, l'Ondam a compté pour la première fois un septième sous-objectif, fixé à 3,2 milliards d'euros, destiné à mieux identifier les crédits, principalement hospitaliers, pilotés par les Agences régionales de santé dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR).

L'évolution de l'Ondam est principalement affectée par celle du sous-objectif des soins de ville dont les dépenses, en augmentation de 2,9 % et de 2,3 milliards d'euros, ont atteint 80,8 milliards d'euros et qui, en dépit du rebasage opéré sur l'Ondam, sont supérieures de 100 millions d'euros par rapport à l'objectif défini en loi de financement initiale. L'augmentation des dépenses est principalement due à quatre postes de dépenses : les médicaments, singulièrement ceux liés au traitement de l'hépatite C<sup>1</sup>, les honoraires paramédicaux, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières. Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes, l'Ondam exécuté incorpore un montant estimatif de 130 millions d'euros de remises au titre de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation dont le montant effectif sera comptabilisé uniquement en 2015. Au total, le sous-objectif « soins de ville » affiche un écart négatif d'exécution de 103 millions d'euros.

<sup>1</sup> Le montant brut des remboursements liés à ces médicaments est de l'ordre de 1,2 milliards d'euros. Minoré des remises conventionnelles, de la contribution spécifique aux médicaments sous ATU et du mécanisme spécifique hépatite C, le montant net est de 560 millions d'euros en 2014.

Pour les établissements de santé, l'écart négatif d'exécution est de 373 millions d'euros. Il est imputable à des mesures de régulation : non-dégel de mise en réserve de crédits, crédits non-délégués en fin d'année. Pour l'année 2014, le montant des mises en réserve sur les sous-objectifs relatifs aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et au FIR ont atteint 545 millions d'euros.

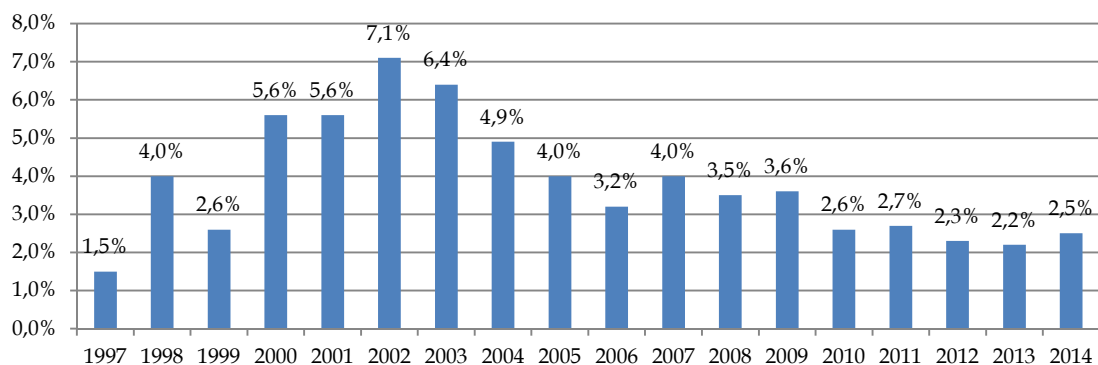
#### Les 545 millions d'euros mis en réserve début 2014

(en millions d'euros)	Montants	Sort en fin d'année
Coefficient prudentiel	141	Dégel
Dotations allouées au financement DAF (SSR et psychiatrie)	179	Gel définitif
FMESPP	20	Gel définitif
FIR	75	Annulation
Non délégation aux ARS de dotations MIG/AC	250	Définitif

Source Cour des comptes RALFSS 2014

Les dotations au secteur médico-social, qui sont limitatives, sont par construction conformes à l'objectif voté, de même que les autres prises en charge. Sur les dernières années, les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam ont évolué de la façon suivante :

#### Evolution des dépenses entrant dans le champ de l'Ondam



#### Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2010 et 2013

(en milliards d'euros)	2010	2011	2012	2013	2014
Ondam voté	162,4	167,1	171,1	175,4	179,1
Ondam exécuté	161,8	166,3	170,1	173,8	178
Augmentation des dépenses	+ 3,6	+ 4,5	+ 3,8	+ 3,7	+4,2

Source : LFSS 2015 et 2016

---

Dans son rapport annuel, la Cour des comptes rappelle que, depuis sa création, l'Ondam a été constamment dépassé, sauf en 1997, jusqu'en 2010. Elle note que depuis 2010 le respect de l'Ondam « *continue de s'accompagner de déficits élevés et le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB ne cesse d'augmenter* », l'Ondam voté ayant évolué deux fois plus vite que le PIB en valeur sur la période.

Elle souligne que l'effet base et le mode de calcul de l'évolution tendancielle des dépenses contribue de fait à une surestimation de l'Ondam qui lui fait perdre son caractère d'outil de régulation des dépenses.

- 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<sup>er</sup> 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 2014, il avait ainsi versé 8,4 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, sur recommandation du comité de suivi des retraites, en application de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, ses actifs en cas de dérapage des déficits de la branche vieillesse.

Au 31 décembre 2014, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 4,4 milliards d'euros, était de 37,2 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 1,5 milliard d'euros, avec une performance globale de 4,2 % en moyenne annuelle.

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

En application de la loi de 2010 portant réforme des retraites, la seconde section du FSV 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'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 2014, soit 12,7 milliards d'euros. Ce montant est légèrement inférieur à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (12,8 milliards d'euros).

L'amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées (soit le produit de la CRDS, de 0,48 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 milliards d'euros pour l'année 2014.

<b>Nature des ressources</b>	<b>Montant</b> <i>(en milliards d'euros)</i>
CRDS	6,6
CSG	5,8
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 2013 de la branche vieillesse et du FSV et au reliquat du déficit de la Cnam en 2012.

Le montant total des dettes reprises par la Cades au 31 décembre 2014 s'élevait à 226,9 milliards d'euros.

La dette amortie s'élevait à 96,7 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 130,2 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 la gestion de la sécurité sociale pour l'année 2014 que votre commission ne peut que constater.

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

### Article 2

**Approbation du rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'année 2014**

*Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement décrivant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2014, 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 2014 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

- La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014

Le tableau patrimonial consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, qui comprend le régime général et seize 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 2014, le **résultat d'ensemble** de la sécurité sociale s'améliore. Comme le relève la Cour des comptes dans ses observations, « *le tableau patrimonial présente pour la première fois depuis sa création un résultat net d'ensemble positif de 1,4 milliard d'euros, en amélioration de 3,1 milliards d'euros par rapport à 2013* », après une amélioration de 4,3 milliards entre 2012 et 2013. Ce solde positif est dû au résultat excédentaire de la Cades et du FRR (16,2 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 (16,2 milliards d'euros) étant relativement stables. Hors Cades et FSV, le solde des régimes de base et du FSV est de - 12,7 milliards d'euros. Comme le précise le rapport de la Cour, la différence avec le solde du tableau d'équilibre tient au périmètre retenu, celui du tableau patrimonial intégrant un résultat comptable excédentaire de l'Acoss de 33 millions d'euros.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se creuse de 4,3 milliards d'euros pour s'établir à **-156,9 milliards d'euros**, principalement sous l'effet du report à nouveau du régime général (- 10 milliards d'euros) qui continue à porter les déficits 2013 des branches maladie, famille en l'absence de transfert de ces déficits à la Cades.

A fin 2014, le passif net ou « dette » de la sécurité sociale représentait 110,7 milliards d'euros, **en très légère diminution par rapport à 2013**.

Le financement de ce passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net s'élevant à 121,4 milliards d'euros au 31 décembre 2014. Sur ce total, l'endettement financier du régime général s'élevait à 34,6 milliards d'euros, dont 30,1 milliards portés par l'Acoss, au 31 décembre 2014. Les déficits cumulés au sein de l'Acoss ont été accrus par le transfert, à la fin 2014, de la dette cumulée (2,5 milliards d'euros) du régime agricole sous forme d'avance à la CCMSA. Ce transfert améliore parallèlement la dette des « autres régimes » à l'égard d'établissements de crédits.

Les actifs financiers sont principalement ceux du Fonds de réserve des retraites (35,9 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 2014**

La Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014, sous réserve des deux observations suivantes (identiques à celles de 2013):

1. Malgré des améliorations à leur justification, 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 opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2014, 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 2014

L'Annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2014. 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>	<b>Solde</b>	<b>Modalités de couverture</b>
Maladie	- 6,5	Transfert à la Cades
Famille	- 2,7	Transfert à la Cades
Vieillesse + FSV	- 4,7 (1,2+3,5)	Transfert à la Cades
AT-MP	+ 0,7	Contribution à la réduction des déficits cumulés de la branche (de 1,7 à 1 milliard d'euros)

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

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

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

## DEUXIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

#### *Article 3*

#### **Ajustement des dotations de l'assurance maladie au Fmespp et à l'Oniam au titre de l'exercice 2015**

*Objet : Cet article vise à réduire le montant des dotations de l'assurance maladie au Fmespp et à l'Oniam pour 2015 afin de tenir compte, respectivement, des nouvelles mesures d'économies sur l'Ondam et d'un moindre niveau de dépenses que celui initialement anticipé.*

#### **I - Le dispositif proposé**

- Réduction de la dotation de l'assurance maladie au Fmespp

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le 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 2015, cette dotation avait initialement été fixée à 280,6 millions d'euros par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale. Le présent article vise à réduire cette dotation de 50 millions d'euros pour la porter à 230,6 millions d'euros.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, cette diminution s'inscrit dans le cadre de l'effort d'économies de 425 millions d'euros sur l'Ondam 2015, qui résulte des engagements pris dans le cadre du pacte de stabilité.

- Réduction de la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam

Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé et disposant de structures décentralisées, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CCI). Il assure l'indemnisation, au titre de la solidarité nationale, des dommages occasionnés par la survenance d'un accident médical.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Oniam est notamment financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux ainsi que des préjudices résultant de la contamination par les virus T-lymphotrophique humain (HTLV), de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB).

Au titre de l'année 2015, **cette dotation avait été initialement fixée à 115 millions d'euros** par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale. Les autres produits de l'Oniam, hors dotation de l'Etat, sont estimés à 27 millions d'euros.

Alors que les dépenses de l'Oniam pour la même année 2014 avaient été initialement estimées à 146,6 millions d'euros pour les missions relevant du périmètre de l'assurance maladie, elles devraient s'établir à hauteur de 107,8 millions.

Il est en conséquence proposé de **réduire de 32 millions la dotation de l'assurance maladie au titre de l'année 2015** et de la porter à 83 millions d'euros. Ce montant est inférieur aux dépenses de l'office en raison de l'importance de son fonds de roulement, qui comprend un niveau de réserves estimé à 41,6 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 prend acte de cette modification d'ordre comptable. Elle relève que les dotations de l'assurance maladie aux divers fonds et organismes qu'elle finance ont été régulièrement ajustées, au cours des dernières années, en deuxième partie de la loi de financement, notamment s'agissant de l'Oniam et du Fmespp ; cette situation pose la question de la visibilité dont dispose le Parlement sur les dotations votées dans le cadre de la quatrième partie.

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

---

*Article 4***Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments  
(clause de sauvegarde et contribution hépatite C)**

*Objet : Cet article a pour objet d'adapter les dispositifs de contribution sur le chiffre d'affaires à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables et sur le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments contre l'hépatite C.*

**I - Le dispositif proposé**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 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 qui incitait à la conclusion de conventions entre les entreprises pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé en un dispositif de rendement.

La contribution porte sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé au titre des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers, les produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus) ainsi que les 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 »).

L'assiette de la contribution est la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables de l'ensemble des entreprises du secteur, qui dépasse un seuil déterminé par l'application d'un taux de croissance déterminé par la loi de financement, le taux L, par rapport au chiffre d'affaires de l'année précédente, net des remises (y compris celle due au titre de L en année N-1). Sont exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30 millions d'euros et les médicaments génériques.

La dimension conventionnelle n'est toutefois pas absente du nouveau dispositif dans la mesure où, dans le cadre d'une convention avec le CEPS, les remises acquittées peuvent représenter 80 % de celles qui auraient été dues en application de la clause de sauvegarde.

Le taux L est déterminé annuellement en LFSS et a été fixé à - 1 % au titre de 2015.

La loi de financement pour 2015 a également instauré une contribution 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) ou « mécanisme W ».

En cas de dépassement d'un montant, fixé par la loi de financement, de chiffre d'affaires issu de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, dont la liste est définie par la Haute Autorité de santé et d'un taux de croissance supérieur à 10 % du chiffre d'affaires de ces produits, le mécanisme de taxation se déclenche. La contribution W a été créée à titre temporaire pour les années 2014 à 2016.

Les chiffres d'affaires considérés sont nets des remises (y compris celles dues au titre de W en année N-1).

Le montant W a été fixé à 450 millions d'euros pour 2014 et à 700 millions d'euros en 2015.

La mise en œuvre de ces deux contributions a soulevé de grandes difficultés d'application, compte tenu de différences notables avec l'ancien taux K et de l'imbrication des deux dispositifs : la croissance des dépenses au titre de 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. L'ancienne clause de sauvegarde n'avait pas été déclenchée depuis 2008. A la différence de l'ancien taux K, le chiffre d'affaires concerné n'est plus un chiffre d'affaires brut mais il est net des remises versées à l'assurance maladie ce qui suppose, d'une part, de pouvoir anticiper ces remises et, d'autre part, de disposer d'informations sur le chiffre d'affaires réalisé par les autres entreprises du secteur.

Une mission de l'Inspection générale des finances a permis d'identifier les points à faire évoluer dans le dispositif pour le rendre plus simple et plus prévisible pour les industriels.

Pour clarifier et stabiliser le statut des médicaments compris dans l'assiette, le présent article prévoit que le statut de médicament orphelin ou de générique sous tarif forfaitaire de responsabilité pris en compte pour l'assiette d'une année donnée soit celui en vigueur au 31 décembre de cette année. Dès lors qu'un médicament a une indication orpheline, il est pris en compte à ce titre et non plus seulement dans les indications pour lesquelles il est considéré comme orphelin.

Pour éviter des régularisations en série en cas de fixation tardive du prix d'un produit ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), il est proposé de limiter la régularisation à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.

La condition posée pour autoriser un laboratoire à conventionner avec le CEPS pour le versement de remises exonératoires de la contribution L est aménagée pour permettre à un laboratoire dont une faible part (10 %) du



---

chiffres d'affaires est liée à des produits ayant fait l'objet d'une fixation unilatérale du prix par le CEPS : il n'est ainsi plus exigé que l'ensemble du chiffre d'affaires soit réalisé au titre de produits ayant fait l'objet d'une convention avec le CEPS pour la fixation du prix.

Afin de laisser le temps nécessaire au CEPS pour finaliser le calcul des remises dues au titre de l'année N, le calendrier de déclaration à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) est reporté d'un mois, soit au 1<sup>er</sup> avril. En conséquence, la date limite de versement de la contribution est reportée au 1<sup>er</sup> juillet.

Pour les deux contributions, L et W, des ajustements ponctuels sont proposés.

La notion de groupe n'entrera plus en compte, chaque entreprise exploitant un médicament étant regardée comme une entreprise au sens de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale et habilitée à signer un avenant conventionnel avec le CEPS (comme c'est le cas pour la négociation de chacun de leurs produits).

Le champ des remises déduites de l'assiette de chiffre d'affaires est élargi aux remises mentionnées aux articles L. 162-22-7-1 et L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale (remises dues en cas de fixation d'une enveloppe unilatérale par le CEPS) de manière à ce que l'ensemble des remises relevant de la compétence du CEPS soient prises en compte dans l'assiette.

Le présent article met au singulier la remise prévue pour exonérer les entreprises de la contribution L, le pluriel étant considéré comme source de confusion.

## **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 considère que les modifications apportées par cet article sont bienvenues mais qu'elles sont insuffisantes pour faire fonctionner ces dispositifs de façon satisfaisante.

Ainsi qu'elle l'avait considéré en 2015, le mécanisme W n'aura plus de raison d'être en 2016, dans la mesure où il aura produit ses effets pour 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'est plus nécessaire de maintenir un dispositif *ad hoc*. De surcroît, les capacités de prise en charge des patients ne sont pas extensibles, il est donc peu probable que la croissance de la dépense provienne d'une augmentation du nombre de patients traités. En conséquence, votre commission propose de supprimer le mécanisme W pour 2016.

Pour le taux L, il semble que les données relatives aux dépenses de médicaments en ville dans les outre-mers ne soient disponibles que tardivement. Votre commission vous propose de limiter l'assiette au champ de la France métropolitaine.

Enfin, l'un des principaux reproches faits à ce dispositif est de minorer systématiquement l'assiette prise en compte au titre de l'année N-1 par la déduction des remises, ce qui crée une progression quasi automatique l'année suivante.

Votre commission propose que ces assiettes soient rendues comparables, quitte à ce que le rendement du dispositif en soit légèrement affecté. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, un **amendement n° 41**.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

#### *Article 5*

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

*Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2015, 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.

On présentera ensemble les tableaux des régimes obligatoires de base et du FSV.

(en milliards d'euros)

Régimes obligatoires de base	Prévisions LFSS 2015			Rectification PLFSS 2016		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	191	198	-7	190,5	198	-7,5
Vieillesse	222,7	224	-1,3	223,5	223,8	-0,2
Famille	52,4	54,6	-2,3	52,8	54,4	-1,6
AT-MP	13,7	13,5	0,3	13,9	13,2	0,6
Toutes branches hors transferts	466,2	476,6	-10,3	467,3	475,9	-8,6
FSV	16,6	19,6	-2,9	16,5	20,3	-3,8
ROBSS +FSV	nd	nd	-13,2	463,9	476,4	-12,4

Source : PLFSS + annexe 4

Le solde « maladie » se dégraderait de 500 millions d'euros sous l'effet de moindres recettes et de dépenses, en ligne avec les prévisions. Le déficit 2015 serait ainsi supérieur d'un milliard d'euros à celui de 2014.

Le solde vieillesse, comme les soldes famille et AT-MP, bénéficierait à la fois d'un dynamisme plus important de ses recettes et de moindres dépenses.

La rectification la plus significative porte sur le fonds de solidarité vieillesse dont le solde est dégradé de 900 millions d'euros par rapport à la prévision de la loi de financement initiale. Avec -3,8 milliards d'euros, le déficit du FSV se creuse de 300 millions d'euros par rapport à 2014.

Le régime général enregistre les mêmes évolutions avec un solde plus dégradé de la branche vieillesse.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions LFSS 2015			Rectification PLFSS 2016		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9	166,6	174,1	-7,5
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5	119,9	120,5	-0,6
Famille	52,4	54,6	-2,3	52,8	54,4	-1,6
AT-MP	12,3	12,1	0,2	12,4	11,8	0,6
Toutes branches hors transferts	338,1	348,6	-10,5	339,3	348,3	-9

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élèverait à 8,6 milliards d'euros en 2015, en diminution de 700 millions d'euros par rapport à 2014. Une fois le déficit du FSV inclus, ce déficit serait de 12,4 milliards d'euros, soit une diminution de 400 millions d'euros par rapport à 2014.

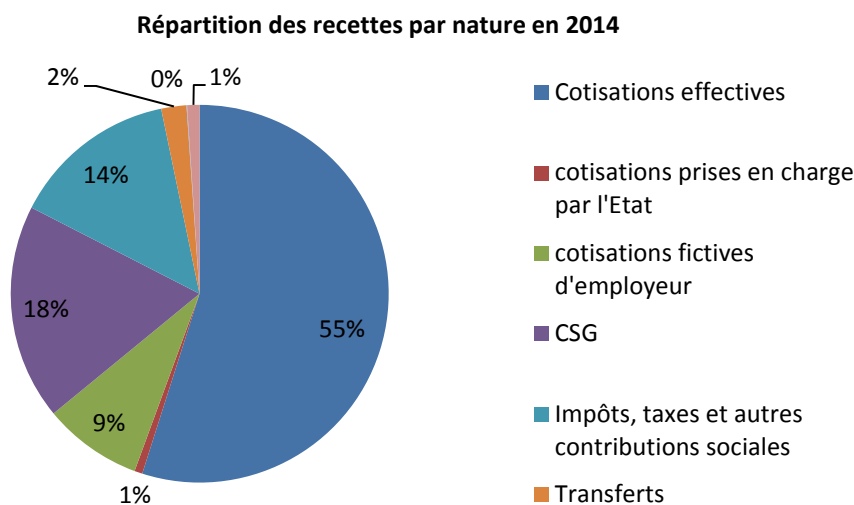
Les charges de l'ensemble des régimes de base et du FSV progresseraient de 0,8 %, compte-tenu, notamment du transfert de charges vers l'Etat dans le cadre de la compensation du pacte de responsabilité (APL). Les recettes de l'ensemble des régimes de base et du FSV progresseraient de 0,9 % avec des effets différenciés selon les recettes : les cotisations sociales et les recettes fiscales augmenteraient moins que la masse salariale en raison des mesures du pacte de responsabilité, tandis que la CSG progresserait au même rythme. Une progression plus rapide du salaire moyen par tête que celle du Smic limiterait l'impact des allègements de cotisations.

La mise en œuvre du pacte de responsabilité modifie la structure des charges et des produits des régimes de sécurité sociale et du régime général. L'intégration financière du RSI conduit à réduire les transferts tandis que la modification du mode de compensation des heures supplémentaires, désormais considérées comme des exonérations ciblées et compensées à ce titre par un transfert de l'Etat, se traduit par une diminution des impôts et taxes affectées.

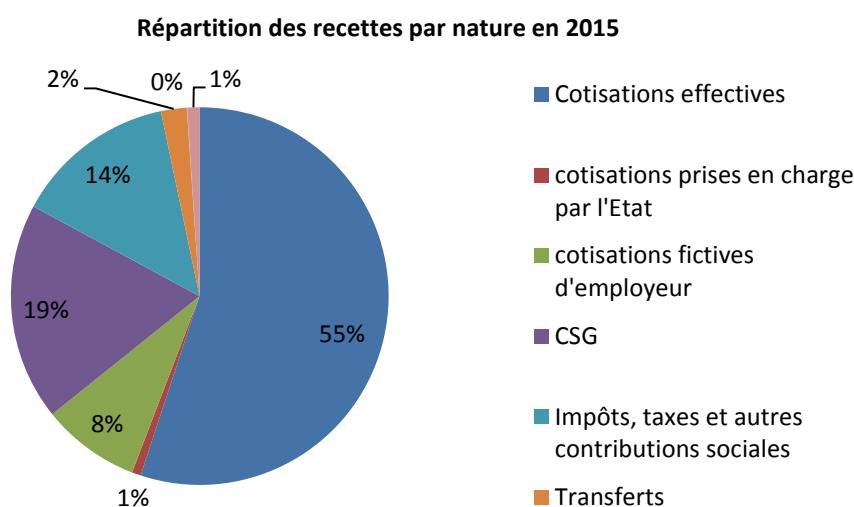
Ainsi que le détaille l'annexe 4, les mesures de compensation du pacte de responsabilité, ajoutées au transfert, *via* la TVA nette, du produit de la fiscalisation des majorations pour enfants, devaient se traduire par un impact financier positif pour la sécurité sociale, mais inférieur de 200 millions d'euros aux prévisions, en raison de la révision à la hausse des pertes de recettes liées au pacte de responsabilité et d'un rendement moindre du prélèvement de solidarité transféré de l'Etat à la sécurité sociale.

(en milliards d'euros)

Mesure	Impact négatif	Impact positif	Solde
Baisse de 1,8 point du taux de cotisation famille pour les salaires inférieurs à 1,6 smic	-3,58		
Approfondissement des allègements généraux	-0,76		
Allègements de cotisation famille des travailleurs indépendants	-1		
Abattement d'assiette de la CSSS	-1		
<b>Total à compenser</b>	<b>-6,34</b>		
Prélèvement à la source des cotisations des caisses de congés payés		1,49	
Affectation au régime général du produit du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital		2,26	
Transfert à l'Etat des dépenses d'APL financées par la Cnaf		4,78	
<b>Total des mesures de compensation</b>		<b>8,54</b>	
Transfert à la Cnam du financement des formations médicales des médecins	-0,14		
Compensation budgétaire des exonérations sur les heures supplémentaires		0,5	
Ajustement de la part de TVA nette affectée à la sécurité sociale	-1,59		
<b>Total autres mesures</b>	<b>-1,73</b>	<b>0,5</b>	<b>-1,23</b>
<b>Total</b>	<b>-8,06</b>	<b>+9,03</b>	<b>+0,97</b>



Rapportées au volume global des recettes, ces modifications du mode de financement de la protection sociale ne portent pas encore sur des volumes susceptibles d'en affecter significativement la physionomie.



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

L'objectif d'amortissement de la Cades est rectifié de 13,1 à 13,6 milliards d'euros en raison du maintien de conditions très favorables pour son refinancement. Ces conditions ont permis d'abaisser à 2,1 %, soit un taux historiquement bas, le taux global de refinancement de la caisse depuis son origine.

L'effet « anesthésiant » des taux d'intérêt sur la dette s'est donc poursuivi en 2015, ce qui bénéficie au financement de la dette sociale mais traduit aussi la persistance de l'atonie de la croissance.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de Gérard Bapt, rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel, qui actualise la référence relative à la fixation des mises en réserve de recettes au profit du FRR.

## **III - La position de la commission**

Votre commission prend acte des rectifications apportées aux prévisions relatives à l'année 2015.

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

### *Article 6*

## **Objectif national de dépenses d'assurance maladie 2015**

*Objet : Cet article rectifie l'Ondam pour 2015.*

## **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 2015, la croissance tendancielle estimée des dépenses de l'Ondam, 3,9 %, était supérieure à celle estimée pour 2014 de 3,8 %, sous l'effet, notamment de la dynamique des dépenses de médicaments, d'honoraires paramédicaux, de dispositifs médicaux et d'indemnités journalières.

Par rapport à ce tendancier, corrigé des évolutions de périmètre, la loi de financement a fixé l'Ondam pour 2015 à 182,3 milliards d'euros, en progression de 2,1 % par rapport à une exécution 2014 estimée à 178,3 milliards d'euros.

Compte tenu d'un tendancier plus élevé (3,9 %) et d'un taux d'évolution plus faible, le montant des économies à réaliser était plus élevé : 3,2 milliards d'euros contre 2,4 milliards d'euros en 2014. Ces mesures d'économies étaient présentées de la façon suivante :

- 520 millions d'euros au titre de l'efficacité de la dépense hospitalière ;

- 
- 370 millions d'euros au titre du virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement ;
  - 1 065 millions d'euros au titre des produits de santé et de la promotion des génériques ;
  - 1 155 millions d'euros au titre de la pertinence et du bon usage des soins ;
  - 75 millions d'euros au titre de la lutte contre la fraude.

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

- 2 300 millions d'euros pour les soins de ville ;
- 730 millions d'euros pour les établissements de santé ;
- 160 millions d'euros pour les établissements médicaux sociaux.

C'est sur ces bases que le tendancier a été reconstitué dans le tableau ci-après. Les économies s'appliquent à une base 2014 actualisée des effets de périmètre à hauteur de 253 millions d'euros (139 millions d'euros de transfert de la prise en charge de la formation initiale des médecins de l'Etat à la sécurité sociale et 114 millions d'euros au titre de la poursuite de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des travailleurs frontaliers qui n'ont pas opté pour l'assurance maladie obligatoire suisse au terme de leur contrat).

Afin de garantir l'exécution, 547 millions d'euros ont été mis en réserve<sup>1</sup> en début d'année.

Lors de la présentation du programme de stabilité, un effort supplémentaire de mise en réserve a été décidé :

- 250 millions d'euros sur l'Ondam hospitalier ;
- 80 millions d'euros sur le secteur médico-social ;
- 50 millions d'euros sur le FIR ;
- 40 millions d'euros sur les autres prises en charge.

175 millions d'euros de crédits mis en réserve ont été annulés.

---

<sup>1</sup> Les modalités de mise en réserve des crédits ont été modifiées par l'article 60 de la loi de financement pour 2013. Celui-ci a étendu ce dispositif, qui pesait auparavant sur les seules Migac et concernait principalement les établissements publics, à l'ensemble de la masse tarifaire hospitalière. L'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale permet au Gouvernement de minorer les tarifs des prestations dans les établissements de santé par l'application d'un coefficient pouvant être différencié pour chaque catégorie d'établissements. En fin d'année et selon le niveau d'exécution de l'Ondam, tout ou partie du montant ainsi mis en réserve est reversé aux établissements. Par ailleurs, la LFSS pour 2015 a étendu le mécanisme de réserve prudentielle aux établissements de santé privés, conventionnés avec l'assurance maladie et ayant une activité en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

Le présent article rectifie en conséquence l'Ondam pour 2015 à 181,9 milliards d'euros.

### Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'Ondam 2015

	2014		2015					Evolution 2014-2015
	Prévision CCSS 2014	Réali- sation	Base réactua- lisée	Tendan- ciel (CCSS 2014)	Objectif voté (LFSS)	Objectif rectifié (P. Stab)	Prévision d'exé- cution	
<b>Soins de ville</b>	81	80,8	81,2	85,3	83	82,9	82,9	2,1 %
<b>Etablissements de santé</b>	75,1	74,8	75	77,5	76,8	76,5	76,5	2 %
<b>Etablissements et services médico-sociaux</b>	17,5	17,5	17,5	18,1	18	17,9	17,8	1,7 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,5	8,5	8,5	-	8,7	8,7	8,7	1,9 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	9	9	9	-	9,2	9,1	9,1	1,4 %
Fonds d'intervention régional	3	3	3	3,1	3,1	3	3	0,5 %
<b>Autres prises en charge</b>	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	3,2 %
<b>Ondam total</b>	<b>178,4</b>	<b>178</b>	<b>178,3</b>	<b>185,5</b>	<b>182,3</b>	<b>181,9</b>	<b>181,9</b>	<b>2 %</b>

Le taux de progression de l'Ondam s'apprécie par rapport à la base réactualisée. Pour la cinquième année consécutive, l'Ondam serait respecté en 2015, avec 3,9 milliards de dépenses supplémentaires par rapport à 2014, mais une sous-exécution de 400 millions d'euros par rapport à l'Ondam voté.

Les dépenses du sous-objectif soins de ville s'établissent en sous-exécution de 100 millions d'euros par rapport à l'objectif.

Les dépenses du sous-objectif établissements de santé devraient s'établir à 76,5 milliards d'euros, soit une sous-exécution de 260 millions d'euros qui résulte d'une hypothèse d'annulation des 372 millions d'euros encore en réserve pour couvrir un dépassement potentiel de 125 millions d'euros (90 millions d'euros pour les hôpitaux publics et 35 millions d'euros pour les cliniques privées).

Les dépenses du sous-objectif médico-social seraient en sous-exécution de 100 millions d'euros du fait des annulations intervenues lors du programme de stabilité.



---

Au total, le respect de l'Ondam pour l'année 2015, qui devra encore être confirmé à l'échéance du printemps 2016 doit davantage, comme en 2014, aux mesures de régulations sur l'hôpital qu'aux mesures d'économie dont il est impossible, en l'état des informations disponibles, de vérifier la correcte imputation par rapport aux prévisions.

L'inconvénient majeur de ce mode de régulation est qu'il est tout aussi impossible de garantir son absence d'impact sur le besoin de financement des hôpitaux et donc sur leur endettement à venir.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

Votre commission prend acte de la rectification de l'Ondam pour 2015.

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

## TROISIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016

#### TITRE I<sup>ER</sup>

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

##### Article 7

*(art. L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale)*

#### Réduction du taux de cotisation « famille » pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 Smic

*Objet : Cet article prévoit la mise en œuvre, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016, de la deuxième étape du pacte de responsabilité en étendant la réduction de 1,8 point de cotisation famille aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 Smic.*

#### I - Le dispositif proposé

Née en 1993 et poursuivie, puis approfondie par les gouvernements successifs, la politique des allègements de cotisations est née du constat que la trop grande proximité du coût du travail au niveau du Smic avec celui constaté au niveau du salaire médian avait un effet pénalisant pour l'emploi des moins qualifiés. Il est notable que cette politique s'est accompagnée, par ailleurs, d'un alourdissement du coût du travail et qu'elle s'est par la suite ainsi vu assigner l'objectif de compenser, pour les entreprises, le coût de la réduction du temps de travail.

Le pacte de responsabilité, annoncé par le Président de la République lors de ses vœux pour l'année 2014 et présenté au Parlement par le premier ministre le 8 avril 2014 prévoyait un approfondissement des allègements

généraux de cotisations sur les salaires à proximité du Smic et une réduction de la cotisation famille de 1,8 point au 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour les salaires inférieurs à 1,6 Smic et au 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les salaires jusqu'à 3,5 Smic.

Cette mesure avait pour objectif, dans un contexte d'alourdissement des charges fiscales et sociales des entreprises et de réduction de leur excédent brut d'exploitation, de leur permettre, en complément du Cice, de retrouver des marges de manœuvre au service de l'investissement et de l'emploi. **On peut ainsi rappeler que le taux de cotisations patronales « Urssaf » de droit commun, hors réduction et allègements, qui atteindra 30,25 % au 1<sup>er</sup> janvier 2016, était de 28,1 % en 2012.**

Votre commission souligne que, dans cet intervalle, les cotisations des entreprises ont évolué à la hausse sous l'effet, en particulier, des mesures de financement des retraites de base et complémentaires mais aussi de la contribution pour le financement des organisations professionnelles et syndicales. A l'inverse, le taux de cotisation pour le financement de la formation professionnelle est passé de 1,6 % à 1 % mais il sera le plus souvent sans effet sur les dépenses de formation des entreprises qui sont en général supérieures au taux légal. En revanche, la cotisation à un régime de protection sociale complémentaire en frais de santé, obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2016, et celle relative au compte pénibilité, de 0,1 % pour le taux de base à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, constitueront bien des charges nouvelles.

#### **Cotisations et prélèvements sous plafond des entreprises de plus de 20 salariés au 1<sup>er</sup> avril 2016, jusqu'à 3,5 Smic**

Famille	3,45 %
Vieillesse	10,40 %
Maladie	12,80 %
AT/MP	1,00 %
CSA (autonomie)	0,30 %
Fnal	0,50 %
<b>Total Urssaf</b>	<b>28,45 %</b>
Construction	0,45 %
Formation	1,00 %
Apprentissage	0,68 %
Transport	2,70 %
AGFF	1,20 %
Agirc/ Arcco	4,65 %
AGS	0,30 %
Chômage	4,00 %
Org. pro. et syndicales	0,016 %
<b>Total hors Urssaf</b>	<b>15,00 %</b>
<b>Total</b>	<b>43,45 %</b>

Source : Insee



---

Le calendrier initialement prévu pour l'extension de la réduction « famille » est modifié par cet article. Il s'appliquerait aux rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016, et non du 1<sup>er</sup> janvier comme le Gouvernement l'avait annoncé dans le cadre du pacte de responsabilité.

Le Gouvernement justifie ce décalage par la nécessité de financer, au sein de l'enveloppe prévue en 2016 pour le pacte de responsabilité, de nouvelles mesures sociales et fiscales en faveur des entreprises, notamment celles prévues par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques. L'étude d'impact évalue ainsi à 200 millions d'euros la réduction des prélèvements sociaux pour les entreprises résultant de certaines des dispositions de cette loi :

- simplification du régime social des attributions gratuites d'actions (article 135) : réduction de 30 % à 20 % de la contribution patronale ; suppression, au profit des salariés, de la contribution de 10 % et de l'assujettissement à la CSG et à la CRDS sur les revenus d'activité (remplacé par un assujettissement aux prélèvements sociaux sur le capital) ;

- réduction de 20 à 16 % du forfait social sur les abondements des employeurs aux plans d'épargne pour la retraite collectifs, dits « Perco + », dont plus de 7 % des actifs sont investis dans des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire (article 149) ;

- suppression de la contribution applicable aux abondements des employeurs supérieurs à 2 300 euros par an et par salarié au titre d'un Perco (article 148).

Des mesures fiscales favorables aux entreprises s'ajoutent à ces mesures sociales, au premier rang desquelles le « suramortissement » des investissements industriels réalisés entre le 15 avril 2015 et le 16 avril 2016, pour un montant total de 1,2 milliard d'euros en 2016.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

Après une période d'alourdissement des charges fiscales et sociales pesant sur les entreprises, votre commission est favorable à cette nouvelle étape de la réduction de la cotisation famille. Elle modifie un mode de financement de la protection sociale qui pèse encore trop lourdement sur les salaires au détriment de l'emploi et de la compétitivité des entreprises.

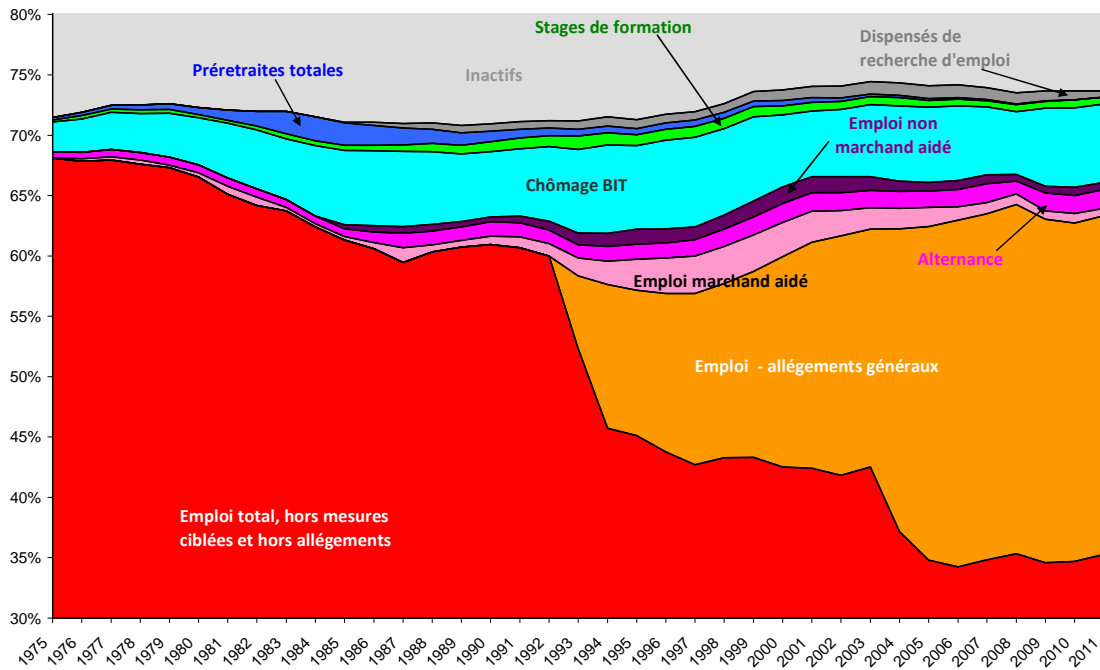
Votre commission note avec intérêt qu'après avoir alourdi dans le même temps le poids des prélèvements et des dépenses, le Gouvernement s'affronte désormais à la tâche difficile de tenter de les réduire tous deux dans le même temps. C'est pourquoi, tout en regrettant que la mesure ne puisse intervenir,

comme annoncé, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, elle considère qu'il n'est pas souhaitable de financer cette mesure en creusant le déficit, celui de l'Etat qui se creuserait sous l'effet de mesures de compensation supplémentaires, sinon celui de la sécurité sociale. Elle souligne à cette occasion tout l'intérêt de concentrer dans le PLFSS l'ensemble des mesures ayant un impact sur les recettes des régimes de base afin de renforcer la lisibilité des messages adressés aux entreprises et de permettre au législateur de faire ses arbitrages d'une façon plus éclairée.

Votre commission souligne aussi qu'avec cette mesure concernant les salaires jusqu'à 3,5 Smic, il s'agit autant d'un aménagement du financement de la protection sociale que d'une politique de d'emploi, dans la mesure où 90 % des salariés seront désormais concernés par des mesures d'allègements ou de réduction de cotisations.

Sauf à plaider que 90 % des salariés occupent des emplois subventionnés, comme l'illustrerait le graphique suivant, il ne s'agit plus seulement d'une politique de l'emploi.

**Part des bénéficiaires des politiques de l'emploi au sein de la population des 15-64 ans**



Source Dares/DGEFP

Dans le cadre des réflexions sur la transformation, annoncée par le président de la République, du Cice en allègements de cotisations, qui suppose de surmonter à la fois les difficultés liées au décalage temporel des deux types de mesure et à leur différence de nature, votre commission est favorable à une poursuite de cette clarification du financement de la branche famille et des dépenses ayant un caractère non contributif.

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

*Article 7 bis (nouveau)**(art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)***Plafond d'exonération de la CSG et de cotisations sociales  
sur les indemnités de rupture du contrat de travail et de cessation forcée  
d'activité des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées  
à l'article 80 ter du code général des impôts**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, abaisse de 10 à 5 plafonds annuels de la sécurité sociale le montant des indemnités de rupture de contrat de travail au-delà duquel ces indemnités sont assujetties dès le premier euro aux cotisations de sécurité sociale et à la CSG.*

**I - Le dispositif proposé**

Introduit en séance publique par un amendement de Laurent Grandguillaume, avec l'avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, cet article révisé 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.

Le régime fiscal et social de ces indemnités, 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.

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 1<sup>er</sup> 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 380 400 euros en 2015.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé à deux plafonds de la sécurité sociale, soit 76 080 euros en 2015, le niveau du plafond de l'exonération 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 plafond fixé pour l'exonération de cotisations sociales.

D'après l'annexe 5 du présent projet de loi, l'assiette ainsi exemptée, y compris les indemnités de rupture conventionnelle, s'élevait en 2014 à 4,86 milliards d'euros en 2014, ce qui occasionnait une moindre recette supérieure à 1 milliard d'euros.

Le présent article abaisse à 5 plafonds annuels de la sécurité sociale, le montant d'indemnités au-delà duquel ces indemnités sont assujetties au premier euro. Le nouveau plafond serait, pour un plafond annuel fixé à 38 616 euros en 2016, de 193 080 euros.

## **II - La position de la commission**

Le niveau indécent de certaines indemnités de départ fortement médiatisées ne doit pas faire perdre de vue la nature des sommes concernées par cet article : destinées à compenser un préjudice, elles ont un caractère indemnitaire et ne peuvent être qualifiées de rémunérations, ce qui fondeait à l'origine leur exclusion de l'assiette des cotisations.

Le plafond fixé par cet article équivaut à 8 années de salaire moyen net, une somme certes élevée mais qui peut se rapprocher des indemnités totales perçues par des salariés dont l'ancienneté est importante dans l'entreprise lorsqu'il y a négociation d'indemnités supra-légales destinées à accompagner, par exemple, une fermeture de site.

D'ores et déjà, en se fondant sur le niveau de l'indemnité légale ou conventionnelle, telle que prise en compte par Pôle Emploi dans le calcul du différé d'indemnisation, le niveau de l'exonération crée une inégalité de traitement entre les salariés bénéficiant d'une indemnité plus élevée, en raison d'une convention collective protectrice, et ceux qui perçoivent une indemnité supra-légale et se voient assujettis à la CSG-CRDS.

Il faut également noter 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. Pour ces personnes, la disposition proposée est fortement pénalisante en diminuant fortement (25 %) la réparation du préjudice subi, qui rémunère également une prise de risque, sans indemnisation du chômage.

Cette mesure a été présentée à l'Assemblée nationale comme une mise en cohérence avec les dispositions adoptées dans le projet de loi de finances quant au régime fiscal des indemnités de cessation forcée de fonctions des dirigeants ou mandataires sociaux. D'après l'article 2 bis nouveau, inséré par l'Assemblée nationale, par un amendement présenté par Laurent Grandguillaume, les indemnités versées aux dirigeants et mandataires sociaux à l'occasion d'une cessation forcée des fonctions ou d'une révocation seraient exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite de trois PASS (115 848 euros en 2016). Actuellement, l'exonération s'applique à hauteur du montant le plus élevé entre deux fois la rémunération actuelle brute perçue au cours de l'année civile précédant la cessation des fonctions ou 50 % des sommes versées, dans la limite de six plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 228 240 euros en 2015.



Il peut être cohérent de soumettre à l'impôt ces revenus exceptionnels.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission considère que la mesure proposée, compte tenu du niveau de plafond évoqué, ne permettra pas de limiter l'indécence de certaines indemnités de départ. Elle invite à reconsidérer cette question à la lumière de la récente décision du Conseil constitutionnel sur la loi de financement rectificative pour 2014 qui invite le législateur à une distinction claire entre l'impôt et la cotisation sociale, qui a pour contrepartie l'ouverture de droits. Elle a donc adopté un **amendement n° 42** de suppression de cet article.

**La commission vous demande de supprimer cet article.**

#### *Article 8*

*(art. L. 651-3 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale)*

### **Relèvement de l'abattement d'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)**

*Objet : Dans le cadre de la suppression programmée de la C3S à l'horizon 2017, annoncée par le pacte de responsabilité, cet article relève l'abattement d'assiette créé par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.*

#### **I - Le dispositif proposé**

La C3S a été créée en 1970 pour financer les déficits des régimes de sécurité sociale des indépendants. Les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés sont assujetties au taux de 0,13 % de leur chiffre d'affaires lorsque celui-ci dépasse 3,25 millions d'euros. La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a, par ailleurs, créé la C3S additionnelle au taux de 0,03 % assise sur la même assiette, qui est affectée au fonds de solidarité vieillesse. Le taux de la C3S s'établit donc à 0,16 %.

Le produit de la C3S était de 4,4 milliards en 2014, au titre du chiffre d'affaires 2013, auquel s'ajoute 1,02 milliard au titre de la contribution additionnelle. Pour cette même année, 1,05 milliard d'euros de réserves de C3S a en outre été affecté au FSV, ce qui en a porté le produit total pour les régimes de base et le FSV à 6,4 milliards.

Le produit de la taxe était affecté comme suit pour 2014 :

<i>(en euros)</i>	<b>Produit de C3S affecté pour 2014</b>
MSA - exploitants agricoles - maladie	1 367 692 563,53
RSI - assurance maladie	1 083 108 202,17
RSI - assurance vieillesse des professions artisanales	888 817 505,03
RSI - assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales	600 312 875,82
Régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics	30 472 360,89
Fonds de solidarité vieillesse	448 447 294,09

La suppression progressive de la C3S d'ici à 2017, annoncée dans le cadre du pacte de responsabilité, s'est traduite, dans la loi de financement rectificative pour 2014, par la suppression du seuil d'entrée de 760 000 euros et la création d'un abattement d'assiette de 3,25 millions d'euros.

Cet abattement permettait d'alléger le montant de la contribution acquittée par l'ensemble des redevables de 5 200 euros au maximum dès 2015 et d'exonérer les entreprises dont le chiffre d'affaires était inférieur au montant de l'abattement, pour un montant global d'un milliard d'euros. Sur les 300 000 entreprises redevables de cette contribution, près des deux-tiers des entreprises devaient ainsi être exonérées dès 2015, soit la totalité des TPE et plus de la moitié des petites entreprises. Le produit de la C3S pour 2015, devait être de 4,3 milliards d'euros hors réserves (250 millions d'euros).

L'équilibre financier du régime social des indépendants a été assuré par l'intégration financière de ses branches maladie et vieillesse avec celles du régime général. La suppression annoncée de la contribution rendait nécessaire une nouvelle affectation de son produit, réparti entre la Cnam, la Cnav, le FSV et la branche invalidité et maternité des non-salariés de la MSA.

Le présent article porte le montant de l'abattement de 3,25 à 19 millions d'euros de chiffres d'affaires hors taxes, avec l'objectif de réduire à nouveau le produit de la taxe d'un milliard d'euros. Cette mesure aurait pour conséquence d'exonérer 79 000 redevables supplémentaires par rapport à 2015. En 2016, 20 000 entreprises seraient redevables de la C3S contre 300 000 en 2014.

L'article supprime également la référence au paiement par voie électronique et au télé-règlement afin d'éviter, pour une contribution dont la disparition est programmée, d'avoir à investir dans la mise aux normes Sepa (*Single Euro payment area*). Les paiements devront donc s'opérer par virement.

L'article 15 du présent projet de loi, qui revoit le mode de financement du FSV, affecte à la Cnam la part de C3S (environ 500 millions d'euros) précédemment dévolue au FSV et prévoit pour 2016 la répartition suivante : 27,3 % pour la Cnam, 41,7 % pour la Cnav et 31 % pour la MSA.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## III - La position de la commission

De façon constante, votre commission s'est prononcée en faveur de la suppression de cette contribution, impôt sur la production et qui ne tient pas compte de la réelle capacité contributive des entreprises.

Elle a toutefois souligné les conséquences à terme de la suppression de cette taxe sur l'autonomie du régime social des indépendants, qu'elle avait vocation à équilibrer.

Elle tient aussi à signaler que, comme le souligne l'étude d'impact, 165 personnes soit 155 ETP sont employés au recouvrement de cette taxe au sein du RSI alors qu'il est précisément demandé au régime de faire des efforts sur ses frais de gestion.

Enfin, votre commission souligne la nécessité de mener à bien l'extinction de cette taxe alors même que la « tranche 2017 » portera sur des entreprises, dont, par construction, le chiffre d'affaires est élevé.

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

### Article 9

#### **Aménagement du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer**

*Objet : Cet article tend à recentrer les exonérations de cotisations sociales patronales consenties aux entreprises ultramarines vers les bas et moyens salaires. Il renforce par ailleurs les exonérations bénéficiant aux entreprises du secteur dit « renforcé ».*

## I - Le dispositif proposé

• Un dispositif central de l'intervention de l'Etat dans les outre-mer, indispensable à la compétitivité des entreprises ultramarines

En application des articles L. 752-3-1 et L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, certaines entreprises du secteur marchand des Dom, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon bénéficient d'**exonérations dégressives de cotisations patronales de sécurité sociale**.

Le dispositif a pour objectif de pallier les difficultés structurelles dont souffrent les économies ultramarines, en améliorant la compétitivité des entreprises et en encourageant la création d'emplois pérennes par la réduction du coût du travail.

Il constitue **l'un des outils majeurs de la politique de l'Etat en faveur des outre-mer** : compensé aux organismes de sécurité sociale par le budget de l'Etat *via* le programme 138 de la mission « Outre-mer », il représente un coût annuel d'environ **1,1 milliard d'euros**.

• Un mécanisme complexe, fréquemment modifié, et dont l'efficacité apparaît discutable

Le régime de ces exonérations, **mises en place en 1994**<sup>1</sup>, a été **successivement modifié** par l'article 159 de la loi de finances pour 2009<sup>2</sup>, par l'article 25 de la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (Lodeom)<sup>3</sup>, puis par l'article 130 de la loi de finances pour 2014<sup>4</sup>.

Ces différentes révisions ont instauré une dégressivité du dispositif, l'ont renforcé pour certaines activités considérées comme prioritaires pour la croissance des économies ultramarines<sup>5</sup>, et l'ont recentré sur les moyens et les bas salaires. La réforme de 2014 a en outre pris en compte la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dans les entreprises ultramarines<sup>6</sup> : pour les employeurs éligibles, les exonérations ont été recentrées vers les bas salaires<sup>7</sup>.

Le mécanisme d'exonération repose aujourd'hui sur la prise en compte de **trois critères** : la taille de l'entreprise (les entreprises de moins de onze salariés<sup>8</sup> bénéficiant d'aides renforcées), son secteur d'activité (il en va de même pour les secteurs considérés comme prioritaires<sup>9</sup> pour les entreprises ultramarines) ainsi que, depuis la réforme intervenue en 2014, son éligibilité au Cice<sup>10</sup>. Ce dernier critère étant venu se combiner aux deux précédents, **six régimes d'exonération** sont ainsi définis (ainsi que l'illustre le tableau ci-après).

---

<sup>1</sup> Loi n° 94-638 du 25 juillet 1994 tendant à favoriser l'emploi, l'insertion et les activités économiques dans les départements d'outre-mer, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

<sup>2</sup> Loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances initiale pour 2009.

<sup>3</sup> Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

<sup>4</sup> Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances initiale pour 2014.

<sup>5</sup> Bâtiment et travaux publics; transports aérien, maritime et fluvial pour les personnels assurant la desserte des Dom, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy; industrie; restauration; presse; production audiovisuelle; énergies renouvelables; nouvelles technologies de l'information et de la communication; pêche, culture marine, aquaculture, agriculture (y compris coopératives agricoles et maritimes); centres d'appels; tourisme; hôtellerie et activités de loisir; recherche et développement.

<sup>6</sup> Au taux de 9 % à compter du 1er janvier 2016, contre 6 % dans l'hexagone.

<sup>7</sup> Le rapport conjoint Igas -Igf de juin 2015 procédant à la revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques relève que la réforme n'est que « très modestement » pénalisante au-delà de 2,2 Smic.

<sup>8</sup> 89 % des entreprises ultramarines et 54 % des salariés sont concernés.

<sup>9</sup> Environ 3 % des entreprises ultramarines et 12 % de leurs salariés se situent dans le secteur dit renforcé.

<sup>10</sup> En application des articles 207 et 244 quater C du code général des impôts.

---

**Quatre niveaux d'exonération** sont ensuite définis en fonction du niveau de rémunération des salariés concernés. En-deçà d'un « **seuil** » de rémunération, variable selon les trois premiers critères, l'exonération est totale ; au-delà, elle est définie de manière fixe. A partir d'un « **palier** », l'exonération devient ensuite dégressive, jusqu'à s'annuler lorsque la rémunération atteint un « **plafond** ».

Malgré les réformes successivement intervenues, l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (Igas), dans leur rapport conjoint de juin 2015 portant revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques, relevaient que « *la démonstration de l'efficacité et de l'efficience de ces dispositions n'est pas faite* », et préconisaient de « *poursuivre le recalibrage du dispositif, notamment pour en réduire les points de sortie<sup>1</sup> vers des niveaux moins déroatoires* ».

• Sans remettre en cause l'équilibre général du dispositif, la réforme proposée le recentre fortement sur les bas salaires.

Par deux aspects, **les aménagements qui nous sont ici proposés s'inscrivent dans la même logique que la réforme intervenue en 2014.**

- S'agissant tout d'abord de ses objectifs, il s'agit en premier lieu - aux termes de l'évaluation préalable annexée au présent article - de maîtriser la dépense associée aux exonérations de charges patronales afin de garantir la pérennité du dispositif.

Il s'agit en second lieu, en application des recommandations émises par la mission IGF-Igas, de **réorienter les aides accordées en direction des bas et moyens salaires, pour lesquels elles auraient le plus fort impact.** L'évaluation préalable souligne parallèlement la nécessité de « *maintenir une forte différenciation sectorielle de l'exonération* » et d'accroître la compétitivité des secteurs renforcés définis par la Lodeom : **les allègements sont ainsi renforcés pour les secteurs particulièrement exposés à la concurrence.**

- S'agissant ensuite du dispositif proposé, il emporte **uniquement des modifications de seuils**, sans revenir sur l'assiette des cotisations concernées, ni sur le périmètre des entreprises et secteurs d'activité bénéficiaires.

• Le **paragraphe I** du présent article procède ainsi à différentes modifications de l'article **L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale**, qui prévoit le régime des exonérations en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Saint-Pierre-et-Miquelon, où s'appliquent les dispositions de l'article L. 752-3-1 du même code, n'est donc pas concerné.

---

<sup>1</sup> Dans le dispositif actuel, les points de sortie varient entre 2,5 et 4,5 fois le niveau du Smic.

Les 1°, 2° et 3° modifient la valeur des seuils, paliers et plafonds applicables aux différentes entreprises bénéficiaires des exonérations, et fixés au III de l'article L. 752-3-2. Au total, le régime des exonérations se voit ainsi modifié :

		Droit en vigueur	Réforme
Entreprises de moins de 11 salariés	Seuil	1,4	1,4
	Palier	2,2	2
	Plafond	3,8	3
Entreprises de moins de 11 salariés éligibles au CICE	Seuil	1,4	1,4
	Palier	1,8	1,6
	Plafond	2,8	2,3
Entreprises bénéficiant du dispositif de droit commun	Seuil	1,4	1,4
	Palier	1,4	1,4
	Plafond	3,8	3
Entreprises bénéficiant du dispositif de droit commun éligibles au CICE	Seuil	1,4	1,3
	Palier	1,4	1,3
	Plafond	2,6	2
Entreprises bénéficiant du dispositif renforcé	Seuil	1,6	1,7
	Palier	2,5	2,5
	Plafond	4,5	4,5
Entreprises bénéficiant du dispositif renforcé éligibles au CICE	Seuil	1,6	1,7
	Palier	2	2,5
	Plafond	3	3,5

Source : évaluation préalable annexée au présent article

Le 4° modifie le VIII du même article pour préciser que le mode de calcul des exonérations dégressives est fixé par décret.

Le **paragraphe II** prévoit l'applicabilité de la réforme aux cotisations dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements d'ordre rédactionnel à cet article.

## III - La position de la commission

Votre rapporteur relève que la réforme proposée ne pénalise que modestement les entreprises de moins de onze salariés comme les entreprises bénéficiant du droit commun du dispositif. Une exonération totale est maintenue pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,4 Smic. C'est principalement le plafond de l'exonération qui se voit abaissé ; à cet égard, votre rapporteur insiste sur la nécessité d'encourager également l'emploi qualifié dans les outre-mer, notamment par l'embauche de cadres intermédiaires - et en particulier de jeunes ultramarins diplômés - et le développement de la formation.

Il souligne qu'elle bénéficie en revanche aux entreprises du secteur dit « renforcé », soit le secteur le plus exposé à la concurrence dans les territoires ultramarins. Pour ces entreprises, l'ensemble des seuils, paliers et plafonds se voit relevé pour les entreprises bénéficiant du CICE : il s'agit ainsi de maintenir un différentiel de compétitivité en faveur des entreprises ultramarines.

Votre rapporteur relève par ailleurs que si le rapport conjoint de l'IGF et de l'Igas souligne la faible lisibilité du dispositif, cette situation n'est en rien corrigée par le présent article.

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

#### *Article 10*

*(art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006  
de finances rectificative pour 2006, art. 34 de la loi n° 2008-1443  
du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008, art L 131-4-2 et L. 131-4-3  
du code de la sécurité sociale)*

**Mise en extinction des dispositifs d'exonération de cotisations sociales  
applicables aux bassins d'emploi à redynamiser,  
aux zones de restructuration de la défense  
et aux zones de revitalisation rurale**

*Objet : Cet article prévoit la mise en extinction de trois dispositifs d'exonération ciblés sur des zones géographiques.*

### **I - Le dispositif proposé**

Cet article fait suite à l'examen et à 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.

Parmi les dispositifs dont la suppression est proposée par cet article, deux, les bassins d'emploi à redynamiser (BER) et les zones de revitalisation rurale (ZRR), figurent 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).

Les dispositifs en cause partagent la caractéristique, outre leur caractère « zoné » d'avoir un seuil de sortie relativement élevé : 2,4 Smic, ou aucun seuil de sortie, dans le cas des BER.

Pour les zones de restructuration de la défense (ZRR), comme pour les ZRD, au voisinage du Smic (entre 1 et 1,02 Smic) les allègements généraux sont plus avantageux. Au-delà, les dispositifs zonés présentent des niveaux d'exonération nettement plus élevés.

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 et Lavelanet dans l'Ariège, le zonage n'ayant pas été actualisé depuis 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.

Le **dispositif ZRR**, issu de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville et codifié aux articles L. 131-4-1 (pour les entreprises) et L. 131-4-2 (organismes pour lesquels un don ouvre droit, pour le donateur, à une réduction d'impôt sur le revenu) du code de la sécurité sociale, est un dispositif d'exonération, pour une durée de douze mois, des cotisations patronales de sécurité sociale, totale jusqu'à 1,5 Smic et dégressive au-delà jusqu'à 2,4 Smic, jusqu'à cinquante salariés.

En 2014, ce dispositif a coûté 22 millions d'euros pour 3 914 bénéficiaires et un coût moyen par bénéficiaire de l'ordre de 4 000 euros. Le taux de recours à ce dispositif est en diminution, les allègements généraux étant plus pérennes. L'avantage différentiel à 1,3 Smic par rapport aux



---

allègements généraux est de 3 557 euros. Le profil des entreprises bénéficiaires a évolué et l'exonération bénéficie majoritairement aujourd'hui aux entreprises agricoles. Un dispositif fiscal complémentaire (art. 1465 A CGI) prévoit des exonérations de cotisation foncière des entreprises et d'impôt sur les bénéfices.

**Le dispositif ZRR pour les organismes d'intérêt général** (OIG définis à l'article 200 I du code général des impôts), créé par l'article 15 de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, applicable à tous les contrats conclus avant le 1<sup>er</sup> novembre 2007 et dont le coût en 2014 était de 122 millions d'euros, **est maintenu** et n'est pas concerné par le présent article. La revue de dépenses doute de ses effets en termes d'emplois mais souligne que l'exonération OIG, qui bénéficie pour les deux-tiers au secteur de l'action sociale et de l'hébergement médico-social, a permis d'améliorer les conditions de rémunérations des effectifs, de pallier les diminutions de crédits de certains financeurs publics et de financer des projets. Une suppression de ce dispositif, dont l'extinction est prévue en 2035, supposerait par conséquent de revoir les flux de financement des établissements concernés.

**Le dispositif ZRD**, instauré par la loi n° 2008-1443 de finances rectificative pour 2008, visait à accompagner les conséquences de la réorganisation de la carte militaire. Il a été conçu sans limitation de durée. Il consiste en une exonération totale de cotisations de sécurité sociale jusqu'à 1,4 smic et dégressive au-delà jusqu'à 2,4 Smic. L'exonération est accordée pour 5 ans après la date d'installation de l'entreprise. Elle est réduite d'un tiers, puis de deux-tiers les quatrième et cinquième années.

En 2014, le coût du dispositif s'est élevé à 11 millions d'euros pour moins de 2 000 bénéficiaires et un coût par bénéficiaire de l'ordre de 4 000 euros. L'avantage différentiel par rapport aux allègements généraux à 1,3 Smic est de 4 115 euros.

Le présent article prévoit une mise en extinction des trois dispositifs (excepté celui concernant les organismes d'intérêt général dans les ZRR) en prévoyant qu'il ne s'applique pas aux salariés embauchés postérieurement à la date de présentation du projet de loi devant le conseil des ministres, le 7 octobre 2015, au titre des rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les entreprises qui bénéficient actuellement de ces mesures continueront à en bénéficier pour leurs salariés embauchés avant le 7 octobre 2015 :

- au plus tard jusqu'en 2025 pour les BER ;
- pour la dernière année pour les ZRR ;
- pour cinq ans pour les entreprises qui viendraient de s'installer en ZRD.

La prévision de coût global pour ces dispositifs était de 47,5 millions d'euros pour l'année 2016.

L'étude d'impact associée à cet article évalue à 19,6 millions d'euros l'effet report de la suppression de ces dispositifs sur les allègements généraux. L'économie nette résultant de cet article est évaluée à 6,5 millions d'euros en 2016, 12 millions d'euros en 2017 et à 27,8 millions d'euros en 2021.

S'agissant d'exonérations faisant l'objet d'une compensation budgétaire par l'Etat, cette compensation sera ajustée progressivement.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Avec l'avis défavorable du Gouvernement, la commission s'en remettant à la sagesse de l'Assemblée nationale, cinq amendements de suppression, présentés par Jean-Luc Warsmann, Jean-Louis Costes, Bérengère Poletti, Francis Vercamer et Valérie Rabault ont été adoptés par l'Assemblée nationale.

## **III - La position de la commission**

A la suite du renforcement des allègements généraux, votre rapporteur général partage l'objectif de révision des dispositifs zonés dont l'efficacité en termes d'emplois n'a pas été démontrée et qui soulèvent des questions en termes d'équité de traitement entre les territoires.

Il souligne en revanche que, les coûts par bénéficiaire étant plus élevés que pour les allègements généraux, il est beaucoup plus difficile pour les entreprises, qui ont intégré ces dispositifs dans leur fonctionnement courant, de revenir aux allègements de droit commun.

Pour les ZRR, dont les effectifs bénéficiaires sont concentrés à proximité du Smic, la transition est en cours et il est probable que le dispositif s'éteindra de lui-même. Pour les deux autres dispositifs, l'avantage différentiel par rapport aux allègements généraux est important pour des effectifs rémunérés entre 1,3 et 1,4 Smic.

**La commission vous demande de maintenir la suppression de cet article.**

## CHAPITRE II

### **Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs salariés**

#### *Article 11*

*(art. L. 133-4-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

#### **Proportionnalité des redressements pour les régimes de protection sociale complémentaire d'entreprise n'ayant pas un caractère collectif et obligatoire**

*Objet : Cet article prévoit la possibilité ne pas réintégrer dans l'assiette des cotisations l'ensemble des contributions à un régime de protection sociale complémentaire n'ayant pas un caractère collectif et obligatoire mais d'établir une proportionnalité entre le redressement et les manquements constatés.*

#### **I - Le dispositif proposé**

A la confluence du droit du travail et du droit de la sécurité sociale, le droit applicable en matière d'exclusion d'assiette de cotisations des contributions des employeurs dans le cadre de régimes de protection sociale complémentaire est particulièrement complexe et peut donner lieu à de nombreux sujets de redressement par les Urssaf.

D'après l'étude d'impact du présent article, le montant des redressements émis au titre de l'application incorrecte en matière de protection sociale complémentaire s'élève aujourd'hui annuellement à environ 45 millions d'euros (données Acof), correspondant à 8 000 motifs de redressement et près de 1 500 motifs de restitution aux entreprises.

Cette exclusion d'assiette nécessite une triple condition : le régime doit être **obligatoire, collectif et mis en place selon les formes procédurales prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale** (accord collectif, référendum au sein de l'entreprise ou décision unilatérale de l'employeur).

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que « *sont exclues de l'assiette des cotisations (...) les contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées à leurs salariés (...) lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat* ».

Les décrets du 9 janvier 2012 et du 8 juillet 2014 ont précisé les conditions dans lesquelles ces régimes peuvent être qualifiés d'obligatoires et collectifs. Ils prévoient des possibilités de dispense d'adhésion, au choix du salarié, notamment lorsqu'il est couvert par ailleurs en tant qu'ayant droit. En application de l'article R. 242-1-6 du code du travail, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

En cas de non-respect de ces règles, l'employeur perd le bénéfice de l'exclusion d'assiette, les contributions « employeur » versées dans le cadre du régime de protection sociale complémentaire sont dès lors considérées comme des éléments de rémunérations des salariés et sont, à ce titre, soumises à cotisations. Le forfait social dû à raison de l'exclusion d'assiette (20 % sur les contributions aux régimes de retraite supplémentaires, 8 % sur les contributions aux régimes de prévoyance et de frais de santé) est alors restitué.

Le présent article, issu des propositions du rapport de Bernard Gérard et Marc Goua intitulé « pour un nouveau mode de relations Urssaf/entreprises » a pour objectif d'assouplir la règle applicable en cas de redressement en fonction de la nature et de la gravité du non-respect des règles.

Il rappelle tout d'abord, dans un I, le principe de la réintégration dans l'assiette des cotisations de l'ensemble des contributions versées par l'employeur dans le cadre du régime si les conditions nécessaires au caractère obligatoire et collectif ne sont pas remplies.

Le II de l'article prévoit la possibilité de limiter la base du redressement aux « *sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif* ».

Dans ce cas, en cas d'accord sur le différentiel proposé par l'employeur, l'inspecteur procéderait au redressement sur la base d'un montant correspondant à la reconstitution, par l'employeur, des contributions qu'il aurait dû verser au titre des salariés concernés par le motif du redressement.

L'inspecteur calculerait sur cette base le redressement qui s'établirait à :

- une fois et demie le montant de ces contributions, lorsque l'erreur repose sur une anomalie de production de justificatifs ;
- trois fois le montant de ces contributions lorsqu'il s'agit d'une méconnaissance des règles de fond.

---

En application des dispositions de l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, la période de régularisation pourra porter, selon les conditions de droit commun, sur les trois années civiles, et éventuellement l'année en cours, précédant la date d'envoi de la mise en demeure. Les redressements intervenant sur la base de la présente mesure se fonderont sur cette durée.

L'étude d'impact précise que les montants redressés selon ces modalités pourront, le cas échéant, faire l'objet d'un cumul avec les majorations et pénalités de retard de droit commun applicables à l'employeur lorsqu'il s'acquitte des redressements notifiés suite à contrôle.

Cette modulation du redressement est strictement encadrée.

Certains motifs de redressement ne seront pas admis à la proportionnalité, principalement lorsque l'irrégularité traduit la volonté d'octroyer un avantage personnel ou une discrimination au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.

Si d'autres infractions (travail dissimulé, obstacle à contrôle, abus de droit) ou la même irrégularité ont été constatées au cours des cinq années précédant le contrôle, l'employeur ne pourra pas non plus bénéficier de cette proportionnalité.

La mise en place de la mesure devrait, dans certaines situations précisément définies, conduire à une réduction des montants de redressement constatés, qui pourrait concerner 10% des montants de redressements, pour une moindre recette d'environ 5 millions d'euros par an.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements, dont un rédactionnel, présentés par Gérard Bapt. L'amendement de fond a complété l'article pour prévoir que dans les cas de méconnaissance d'une particulière gravité des règles liées au caractère obligatoire et collectif, l'agent chargé du contrôle informe l'employeur par un avis motivé. Un sous-amendement du Gouvernement a précisé que cette information s'effectue, non pas par un avis motivé mais « en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle ».

### **III - La position de la commission**

Votre commission souscrit totalement à l'objectif de rendre les redressements proportionnels aux manquements constatés.

Elle considère toutefois que la rédaction actuelle de l'article n'y parvient pas totalement en raison notamment de l'imprécision de certaines notions.

Ainsi les termes de « méconnaissance d'une particulière gravité des règles » semblent devoir être précisés dans l'intérêt des cotisants et des agents qui devront appliquer ce texte.

Le I de l'article ne fait que reprendre la règle applicable actuellement en cas de perte par l'employeur du bénéficiaire de l'exclusion d'assiette, il ne semble pas, à ce titre, indispensable.

C'est pourquoi votre commission vous propose, au travers de son **amendement n° 43**, adopté à l'initiative du rapporteur général, une nouvelle rédaction de cet article en faisant de la proportionnalité du redressement la règle et non pas l'exception et en précisant davantage les situations dans lesquelles une proportionnalité du redressement ne peut être opérée.

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

#### *Article 12*

*(art. L. 133-6-2, L. 611-20 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale)*

#### **Recouvrement des cotisations de sécurité sociale des professions libérales**

*Objet : Cet article prévoit le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations des professions libérales, jusqu'à présent assuré par les organismes conventionnés du régime social des indépendants.*

### **I - Le dispositif proposé**

Cet article a pour objectif de transférer aux Urssaf le recouvrement des cotisations maladie des professions libérales.

Comme c'était le cas pour les commerçants et artisans avant la mise en place du RSI et de l'interlocuteur social unique (ISU), les professions libérales ont plusieurs interlocuteurs pour le paiement de leurs cotisations :

- les Urssaf pour les cotisations d'allocations familiales, les contributions sociales (CSG, CRDS) et la contribution à la formation professionnelle ;

- pour les cotisations vieillesse de base et complémentaire et pour la cotisation d'assurance invalidité-décès, la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ou la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) ;

- le RSI pour la cotisation maladie-maternité qui délègue à des organismes conventionnés (mutuelles et sociétés d'assurance) le service des prestations pour tous ses affiliés et, de façon résiduelle depuis la création de l'ISU, le recouvrement des cotisations des professions libérales. Sur les 20 organismes conventionnés du RSI, quatre assurent plus particulièrement le recouvrement des cotisations des professions libérales.

Pour les artisans et commerçants, la mise en place de l'ISU s'est traduite par le transfert aux Urssaf de la fonction de recouvrement des cotisations alors que les régimes retraite et maladie étaient parallèlement regroupés au sein du RSI. Les compétences restaient partagées en ce qui concerne le recouvrement amiable et forcé.

Le présent article transfère aux Urssaf le recouvrement des cotisations maladie des professions libérales, les différentes caisses de retraite restant compétentes pour les cotisations qui les concernent. La compétence pour le recouvrement est donc confiée aux Urssaf, à la différence des commerçants et des artisans, non par délégation du RSI mais en propre. A la différence des commerçants et artisans, cette compétence est étendue au recouvrement amiable et au contentieux des cotisations d'assurance maladie.

Il supprime le transfert des données des déclarations sociales des professions libérales aux organismes conventionnés pour ce qui concerne la cotisation maladie.

Il actualise l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux oppositions à tiers détenteurs, pour tenir compte de la modification du recouvrement.

Le IV de l'article pose le principe de l'indemnisation des organismes conventionnés du fait du préjudice susceptible de résulter du transfert du recouvrement aux Urssaf. La délégation du recouvrement fait actuellement l'objet d'une rémunération sous forme de remises de gestion qui représentent environ 8 % des 200 millions d'euros de remises annuelles, soit 16 millions d'euros par an. L'étude d'impact de cet article évalue à 160 ETP en 2014, les personnes qui participent, en tout ou partie, aux opérations de recouvrement des cotisations d'assurance-maladie des professions libérales.

Le transfert du recouvrement des cotisations des artisans et commerçants s'étant traduit par de nombreuses suppressions de postes au sein des organismes conventionnés, l'étude d'impact précise également la façon dont la mesure garantit une certaine neutralité en termes d'emplois : « *Bien que les dispositions des articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail ne soient ici pas applicables (...) un reclassement pourra être réalisé, dans le cadre de la négociation des prochaines Cnom en 2016, au sein des différentes Urssaf, s'agissant*

*des agents exclusivement chargés du recouvrement. Il est précisé que le transfert s'effectuera sans remise en cause des emplois affectés aux activités de recouvrement au sein des organismes délégataires, que ce soit les agents qui y participent de manière partielle, qui pourront donc se concentrer sur les autres activités qu'ils effectuent, ou ceux qui s'y consacrent aujourd'hui en totalité. Il est prévu que ces derniers, s'ils n'ont pu trouver un autre emploi au sein de l'organisme délégataire et s'ils en émettent le souhait, puissent poursuivre l'exercice d'une activité de gestion des cotisations des travailleurs indépendants au sein de l'Urssaf la plus rapprochée de leur lieu actuel de travail ».*

Le V renvoie à un décret le soin de fixer la date de son entrée en vigueur, comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale, sur proposition de Gérard Bapt, a adopté quatre amendements de précision rédactionnelle à cet article.

Elle a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission, un amendement prévoyant la possibilité, pour les professions libérales, de continuer à bénéficier de l'intervention du fonds d'action sociale de la caisse nationale du RSI pour leurs cotisations sociales qui seront recouvrées par les Urssaf et fixant le principe d'une convention entre le Régime social des indépendants et l'Acoss, qui définira les orientations retenues dans le cadre de la mission de recouvrement de ces cotisations.

## **III - La position de la commission**

Le transfert du recouvrement des cotisations maladie des professions libérales poursuit le mouvement d'unification du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants opérées par les ordonnances de 2005.

Votre commission souligne que la création de l'ISU s'est traduite par des difficultés qui ont perduré pendant plus de cinq ans. Pour les professions libérales, il importe que ce transfert s'opère sans dégradation de la qualité du service rendu aux assurés.

C'est pourquoi les dispositions relatives à l'entrée en vigueur de l'article, dont la date est renvoyée au décret, lui semblent devoir être modifiées pour prévoir une date butoir au 1<sup>er</sup> janvier 2018. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, l'**amendement n° 44**.

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



---

*Article 13**(art. L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22-1 du code rural et de la pêche maritime)***Régime des options des non-salariés agricoles  
pour le lissage de leurs revenus professionnels**

*Objet : Cet article étend aux cotisations sociales l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des non-salariés agricoles, étend le plafond d'à valoir des cotisations et contributions sociales et permet, à la suite d'un transfert de l'activité au conjoint survivant, d'appliquer une assiette forfaitaire au calcul des cotisations et contributions sociales.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article complète les dispositifs permettant aux non-salariés agricoles de lisser leurs revenus professionnels soumis à cotisations et contributions sociales, par un ensemble de trois mesures.

L'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, qui définit les revenus soumis à cotisations et à contributions des non-salariés agricoles, prévoit un lissage de ces revenus qui sont « *constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues* ». Le même article définit ces revenus comme les revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Il n'est toutefois pas tenu compte des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable.

Le présent article propose de faire exception à cette dernière règle pour **l'option relative au lissage des revenus exceptionnels** prévue par l'article 75-0 A du code général des impôts, dite « système du quotient ». Il supprime, dans le même temps, l'intégration de cette option pour un dispositif éteint.

Aux termes de cet article, le revenu exceptionnel est défini comme la fraction du bénéfice qui excède 25 000 euros et une fois et demie la moyenne des résultats des trois exercices précédents lorsque les conditions d'exploitation pendant l'exercice de réalisation du bénéfice sont comparables à celles des trois exercices précédents. Pour l'appréciation des bénéfices de l'exercice considéré et des exercices antérieurs, les déficits sont retenus pour un montant nul et il n'est pas tenu compte des bénéfices soumis à un taux proportionnel ainsi que des reports déficitaires. Ainsi défini, **le revenu exceptionnel d'un exploitant agricole soumis à un régime réel d'imposition peut, sur option, être rattaché, par fractions égales, aux résultats de l'exercice de sa réalisation et des six exercices suivants, soit un lissage sur sept ans**. Ce lissage peut également s'appliquer à la différence entre les indemnités perçues en cas d'abattage des troupeaux pour raisons sanitaires et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus mais celle-ci, en application de l'article L. 731-15 du code rural, n'est pas soumise à cotisations sociales.

---

Il s'agirait par conséquent de mettre en cohérence l'assiette sociale avec l'assiette fiscale pour les revenus exceptionnels des exploitants agricoles. Pour l'année 2008, l'étude d'impact donne le chiffre de 200 exploitants agricoles ayant exercé cette option fiscale ; elle considère cette modification comme globalement neutre, voire procurant un léger surplus de recettes lié au plafonnement des cotisations sociales. D'après les chiffres fournis par la CCMSA, 9 286 cotisants ont déclaré des revenus exceptionnels concernés par le mécanisme d'étalement fiscal, dont 4 712 ont opté pour l'étalement fiscal pour un montant global de 47,9 millions d'euros.

La seconde mesure prévue par cet article consiste à porter le plafond d'à-valoir des cotisations et contributions sociales, instauré par l'article 36 de la loi n° 2010-874 de modernisation de l'agriculture et de la pêche, qui permet aux exploitants agricoles de verser, en complément des cotisations dues au titre d'une année, un à-valoir sur le montant des cotisations exigibles l'année suivante. Ce mécanisme qui agit dans le sens inverse du précédent, a pour effet de rapprocher la perception du revenu du versement des cotisations sociales qu'il génère. Les cotisations sociales étant déductibles du revenu imposable, un versement anticipé a aussi un impact sur les impôts acquittés au titre d'un revenu plus élevé, ce qui a un effet de lissage des charges fiscales et sociales. Le montant versé par anticipation vient en déduction du montant à acquitter au titre de l'année concernée.

Le montant de l'à-valoir ne peut excéder 50 %. Le présent article le porte à 75 %.

D'après l'étude d'impact, le recours à ce dispositif concernait 3 846 exploitants agricoles en 2013, soit 0,8 % d'une population de 439 737 cotisants, pour un montant total de versements de 15,9 millions d'euros et un montant moyen de 4 139 euros. L'impact financier de la mesure est estimé à 8 millions d'euros versés par anticipation en 2016. A terme, son impact est considéré comme neutre, tant sur le plan social que fiscal.

La troisième mesure prévue par cet article ouvre la possibilité au conjoint survivant reprenant l'exploitation, dont l'étude d'impact souligne qu'il est le plus fréquent et qui, d'après la CCMSA, représentait 104 situations en 2013, d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul, à titre provisionnel, des cotisations et contributions sociales, cette option n'étant actuellement pas ouverte dans le cas d'une co-exploitation entre époux ou du transfert entre époux. L'assiette provisoire correspond aux assiettes minimales de cotisations et contributions sociales. Il s'agit de permettre de lisser l'impact financier des revenus exceptionnels liés à la cessation d'activité et qui peuvent être liés à la vente d'une partie du cheptel ou au remboursement de prêts par l'assurance.

## **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 est favorable aux dispositifs permettant de rapprocher la perception du revenu et le paiement des cotisations y afférent.

Pour les deux premiers dispositifs prévus par le présent article, elle souligne l'enjeu de l'information des cotisants dont la situation, dans l'hypothèse où leur revenu serait en diminution, pourrait être rendue plus difficile.

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

*Article 14*

*(art. L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale)*

**Report à 2020 de l'obligation, pour les personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015, de passer au régime micro-social**

*Objet : Cet article reporte à 2020 l'obligation pour les micro-entreprises, initialement prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2016, de basculer dans le régime micro-social.*

**I - Le dispositif proposé**

La loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (ACTPE) a rapproché le régime précédemment applicable aux auto-entrepreneurs de celui des travailleurs indépendants. Elle a posé le principe, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, de l'automatisme du régime micro-social pour les entreprises imposées au régime micro-fiscal alors que la possibilité leur était ouverte de cotiser sur la base du revenu réel ou, le cas échéant, sur la base de cotisation minimale, comme c'est la règle pour les affiliés au RSI. Elle a préservé la possibilité, pour les assurés qui le souhaitent, de s'acquitter de cotisations minimales.

**Régime micro-social et régime micro-fiscal - rappels**

Le régime micro-social est fondé sur le mécanisme de franchise en base de TVA qui dispense les entreprises, dont le chiffre d'affaires annuel hors taxe de l'année précédente n'a pas dépassé certains seuils, de la déclaration et du paiement de la TVA sur les prestations ou ventes qu'elles réalisent.

Ces seuils sont de :

- 82 200 euros pour les activités de commerce et d'hébergement (hôtels, chambres d'hôtes, gîtes ruraux, meublés de tourisme)
- 32 900 euros pour les prestations de service et les professions libérales relevant des bénéfices non-commerciaux (BNC) et des bénéfices industriels et commerciaux (BIC),

L'entrepreneur relevant du régime micro-fiscal règle son impôt sur une base forfaitaire, et non au réel. Si son revenu fiscal de référence ne dépasse pas certains seuils, il peut choisir entre le régime de la micro-entreprise (régime de droit commun) et le prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu de 1% (régime optionnel).

Le bénéfice imposable est déterminé par l'administration fiscale qui applique au chiffre d'affaires déclaré un abattement forfaitaire pour frais professionnels de :

- 71 % pour les activités d'achat-revente ou de fourniture de logement,
  - 50 % pour les autres activités relevant des BIC,
  - 34 % pour les BNC,
- avec un minimum d'abattement de 305 euros.

Pour déterminer l'impôt sur le revenu dû, le bénéfice forfaitaire ainsi calculé est soumis, avec les autres revenus du foyer fiscal, au barème progressif par tranches de l'impôt sur le revenu.

Le régime micro-social est une modalité de règlement simplifié des cotisations et contributions sociales qui consiste, sur la base d'une déclaration mensuelle ou trimestrielle, en un paiement mensuel ou trimestriel dont le montant est calculé en appliquant un taux forfaitaire au chiffre d'affaires (ou aux recettes) réellement encaissé : s'il est nul, il n'y a aucun prélèvement. Les seuils de chiffres d'affaires sont identiques à ceux du régime micro-fiscal.

<b>Prélèvement social forfaitaire du régime micro-social</b>		
<b>Activités concernées</b>	<b>Cotisations sociales en 2015</b>	<b>Cotisations sociales en 2016</b>
Vente de marchandises	13,3 %	13,4 %
Prestation de services	22,9 %	23,1 %
Professions libérales relevant du RSI	22,9 %	23,1 %
Professions libérales relevant de la CIPAV	22,9 %	23,1 %

Par exemple, un chiffre d'affaires de 60 000 euros réalisé en 2014 lors de la vente de marchandises donne lieu à un paiement de 7 980 euros de cotisations et contributions sociales sous le régime micro-social simplifié.

D'après l'étude d'impact, le nombre de travailleurs indépendants relevant d'un régime hybride, fiscalement imposés au régime micro-social mais relevant socialement du régime de droit commun, et qui devraient donc basculer automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier 2016, est compris entre 100 000 et 200 000 sans qu'il soit possible à ce stade de les identifier et de les dénombrer plus exactement.

Cette bascule suppose pour eux de changer le rythme de leurs déclarations sociales et un changement d'assiette de leurs cotisations, le chiffre d'affaires ne leur étant pas systématiquement plus favorable. Or il semble que le RSI, sans s'exposer à de lourdes opérations de gestion, ne soit pas en mesure, quinze mois après la publication de la loi, de connaître le régime fiscal de ses assurés et de préparer leur basculement dans un autre régime de cotisations sociales.

L'étude d'impact relève en outre que l'application au 1<sup>er</sup> janvier 2016 se traduirait par une perte de recettes de 5 millions d'euros dans l'hypothèse où seule la moitié des personnes concernées opteraient pour le paiement de cotisations minimales.

C'est pourquoi le présent article propose de décaler de quatre ans l'entrée en vigueur de cette disposition.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## III - La position de la commission

Pour votre commission, le présent article témoigne d'hésitations quant à la conduite à tenir à l'égard de l'articulation entre le régime micro-fiscal et le régime micro-social.

Actuellement, les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal relèvent du régime social de droit commun mais ils peuvent, sur simple demande, opter pour le régime micro-social.

La loi ACTPE du 14 juin 2014 a prévu d'aligner les deux régimes en prévoyant que les entrepreneurs relevant du régime micro-social relèvent automatiquement du régime micro-fiscal.

Revenant partiellement sur cette position, la LFSS pour 2015 a prévu que cette automaticité s'effectue « sauf demande contraire » des intéressés, laissant ouverte la possibilité d'une option mais dans l'autre sens, du régime micro-social vers le droit commun de la cotisation minimale.

Le présent article demande au Parlement, 16 mois après l'adoption de la loi ACTPE, un délai supplémentaire de quatre ans pour basculer automatiquement 160 000 personnes relevant du régime micro-fiscal dans le micro-social, sachant que ce régime ne leur est pas forcément plus favorable et, qu'en tout état de cause, la possibilité leur est ouverte de revenir au droit commun.

Puisqu'il est visiblement nécessaire de poursuivre la réflexion sur ce sujet, la commission propose de s'en tenir à la règle actuelle : le paiement de cotisations minimales, plus protecteur en termes de droits, assortie de la possibilité, sur simple demande de passer au régime micro-social. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, l'**amendement n° 45**.

Dans les annonces faites à propos de la loi « Macron II », une réforme du régime micro-fiscal a été annoncée. Elle donnera au Parlement l'occasion de revenir, si nécessaire, sur les aménagements à apporter au régime « micro » unifié, qui, avant même son entrée en vigueur, aura dû être modifié deux fois.

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

*Article 14 bis (nouveau)*

(art. L. 136-5, L. 213-4 [nouveau], L. 241-6-2, L. 752-4 du code de la sécurité sociale art. L. 5427-1 et L. 6331-53 du code du travail, art. 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015)

**Transfert de l'Enim à une Urssaf du recouvrement des cotisations et contributions dues pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, transfère à une Urssaf désignée par le directeur général de l'Acoss le recouvrement de la CSG, des cotisations d'allocations familiales, des contributions chômage et des cotisations de formation professionnelle dues pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins.*

### **I - Le dispositif proposé**

Créée en 2002, la caisse maritime d'allocations familiales (Cmaf) assurait le service des prestations familiales pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins (marins pêcheurs et marins de la marine marchande).

Elle était également chargée du recouvrement d'un certain nombre de cotisations et contributions :

- cotisations d'allocations familiales, contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi que leur contrôle et leur contentieux (art. L. 212-3 du code de la sécurité sociale) ;
- contributions d'assurance chômage pour le compte de l'Unedic (art. L. 5427-1 du code du travail) ;
- contributions finançant la formation professionnelle (art. L. 6331-53 du code du travail).

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, dissout la Cmaf et transfère ses activités aux caisses d'allocations familiales (CAF), pour le versement des prestations, et à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins, l'établissement national des invalides de la marine (Enim), pour le recouvrement. Il précise que le recouvrement des cotisations d'allocations familiales pourra être délégué par convention à des organismes du régime général, dans des conditions qui seront précisées par décret. L'effet de la mesure, en termes d'économies de gestion, était évalué à 3,5 millions d'euros en 2016.

Dans les DOM, à titre dérogatoire, les fonctions de recouvrement pourront être assurées par l'Enim. Concernant le versement des prestations, les marins résidant outre-mer relèveront du droit commun et seront affiliés à la CAF de leur lieu de résidence.

Dans sa version initiale, l'article prévoyait par ailleurs le transfert des contrats de travail ainsi que des biens meubles et immeubles de la Cmaf, dont le siège est situé à La Rochelle, à la CAF de Charente-Maritime et à l'Urssaf de Poitou-Charentes selon des modalités qui devaient être définies par des conventions conclues entre le directeur de la Cmaf et celui de la Cnaf ou celui de l'Acoss. Un amendement adopté sur proposition de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a prévu le transfert des contrats de travail des salariés à la CAF de leur lieu d'activité.

A l'initiative de Mme Annie le Houerou, l'Assemblée nationale a adopté un amendement transférant le recouvrement des cotisations familiales, de la CSG, des cotisations d'assurance chômage et des cotisations de formation professionnelles, exercé précédemment par la Caisse maritime d'allocations familiales, à une Urssaf désignée par le directeur général de l'Acoss, qui serait celle de La Rochelle, pour l'ensemble du territoire. Le recouvrement par les Urssaf était d'ores et déjà rendu possible par délégation de l'Enim, par la loi de financement pour 2015 ; il le serait désormais par compétence directe de l'Urssaf.

Le présent article supprime ainsi le recouvrement de la CSG et des cotisations famille par l'Enim, pose le principe, dans un nouvel article du code de la sécurité sociale, du recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et des contributions chômage à une Urssaf désignée par le directeur général de l'Acoss, supprime la possibilité de la délégation du recouvrement aux Urssaf, transfère aux Urssaf le recouvrement des cotisations de formation professionnelle et transfère de l'Enim à l'Urssaf, pour toutes les cotisations et contributions, les droits et obligations afférents au recouvrement avant la date de la dissolution de la Cmaf.

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de Gérard Bapt, un sous-amendement rédactionnel et, sur proposition du Gouvernement, un sous-amendement précisant que les cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie des marins seront recouvrées par l'Enim.

## **II - La position de la commission**

Le présent article précise et complète les dispositions adoptées dans le cadre de l'article 30 de la loi de financement pour 2015.

A l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté, **l'amendement de coordination n° 46.**

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



*Article 14 ter (nouveau)*

*(art. L. 241-1 du code de la sécurité sociale, art. 12 de la loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, art. 130 de la loi n°2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 et art 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008)*

**Conséquences sur les allègements généraux du non-respect de l'obligation de négociation annuelle obligatoire**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, adapte les sanctions applicables en cas de non-respect de l'obligation de négociation annuelle obligatoire.*

**I - Le dispositif proposé**

L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsqu'un employeur n'a pas rempli l'obligation de négociation annuelle sur les salaires effectifs, prévue par le 1° de l'actuel L. 2242-8 du code du travail, le montant des allègements généraux dont il bénéficie au titre de l'année concernée est réduit de 10 %. Lorsque cette obligation n'est pas remplie pour la troisième année consécutive, les allègements généraux sont réduits de 100%.

L'application de cette disposition soulève des difficultés dans la mesure où le contrôle des allègements généraux est effectué par les Urssaf qui ne bénéficient pas des données nécessaires qui relèvent de la bonne application du droit du travail. De surcroît, la progressivité de la sanction prévue par le code de la sécurité sociale ne peut être mise en œuvre dans le cadre de contrôles qui portent sur les trois derniers exercices clos : dans ce cas, un même manquement peut donner lieu à la suppression des allègements généraux.

Les redressements opérés sur ce motif représentent environ 5 % des redressements opérés sur les allègements généraux, soit environ 15 millions d'euros, mais ils font l'objet de contestations fréquentes.

Le présent article, introduit en séance publique par l'adoption d'un amendement présenté par Bernadette Laclais, sous-amendé par le Gouvernement, a pour objectif de sécuriser la procédure par l'intervention des Direccte dans le processus et de rendre effective la progressivité des sanctions.

L'article 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ouvre la possibilité d'une périodicité moindre de la négociation, jusqu'à trois ans, lorsque celle-ci a été conclusive. A la demande d'une organisation signataire, l'employeur est néanmoins tenu d'ouvrir les négociations avant le terme de la durée prévue par l'accord.

Le présent article prévoit, par conséquent, qu'une réduction de 10 % des allègements est appliquée en cas de manquement à l'obligation de négocier une année donnée si aucun manquement n'a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années précédentes. Si au cours de cette même période un manquement a été constaté, la réduction est diminuée de 100 %.

Si la périodicité de la négociation a été portée à une durée supérieure à un an, l'absence de négociation n'est pas un manquement et n'est considérée comme tel qu'au terme de la durée fixée par l'accord ou si l'employeur n'a pas ouvert de négociation suite à la demande d'une organisation signataire.

L'article prévoit que l'Urssaf saisit la Direccte afin qu'elle apprécie la situation de l'employeur au regard de l'obligation de négocier « en tenant compte des circonstances ayant conduit au manquement ».

Il procède à des coordinations en appliquant le même dispositif aux bassins d'emplois à redynamiser (BER) et aux zones de restructuration de la défense (ZRD).

Le IV de l'article prévoit une application aux contrôles en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ainsi qu'à ceux qui sont clos à cette même date lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif.

## **II - La position de la commission**

Votre commission s'interroge sur l'opportunité de maintenir cette conditionnalité entre la négociation sur les salaires et les allègements de cotisations dans un contexte économique où une déconnexion est observée entre l'évolution des salaires et celle de la croissance et du chômage et où l'effet recherché par les allègements est davantage le soutien à l'emploi et à l'investissement des entreprises que le recyclage en augmentations de salaires.

Devant la difficulté à mettre en œuvre cette disposition, elle s'interroge également sur le fait de confier le soin aux Urssaf de contrôler l'application de dispositions liées au droit de la négociation collective, alors qu'une sanction propre au non-respect de cette négociation, comme c'est le cas pour les autres négociations obligatoires, serait peut-être plus opérante.

N'ayant pas concerté cette question avec les partenaires sociaux, elle souscrit néanmoins à l'objectif de sécurisation poursuivi par cet article.

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

*Article 14 quater (nouveau)*  
*(art. L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale)*

**Redressement forfaitaire en cas de constat de travail dissimulé**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise l'assiette à prendre en considération pour le calcul des cotisations en cas de travail dissimulé.*

### **I - Le dispositif proposé**

L'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas de travail dissimulé, l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale est fixée forfaitairement, à défaut de preuve contraire, à six fois le Smic mensuel.

Dans certains cas de travail dissimulé, cette assiette forfaitaire a été proportionnée par le juge au temps de présence du salarié lorsque l'employeur était en mesure d'apporter la preuve d'un temps de présence inférieur à six mois, sans toutefois fournir d'éléments de preuve quant à la rémunération effective du salarié.

Le présent article, introduit en séance publique par un amendement de Gérard Bapt, avec l'avis favorable du Gouvernement, apporte deux précisions :

- il complète la notion de preuve contraire pour une application du redressement au réel en indiquant que cette preuve porte sur la durée effective d'emploi et la rémunération versée ;

- il définit l'assiette forfaitaire comme 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

### **II - La position de la commission**

Votre commission est favorable à la précision apportée par le présent article.

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

*Article 14 quinquies (nouveau)*  
*(art. L. 244-2 du code de la sécurité sociale)*

**Motivation des avertissements et des mises en demeure**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, complète l'article L. 244-2 pour indiquer le caractère précis et motivé des avertissements et des mises en demeure.*

**I - Le dispositif proposé**

L'article L. 244-1 du code de la sécurité sociale prévoit, en cas de non-respect de la législation de sécurité sociale, des poursuites devant le tribunal de police à la requête du ministère public ou de toute partie intéressée, notamment de tout organisme de sécurité sociale.

En application de l'article L. 244-2, toute poursuite est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée ou, à défaut, d'une mise en demeure invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois.

L'application de cet article a donné lieu à une jurisprudence nourrie précisant, notamment, le contenu de ces documents qui doivent permettre à l'intéressé d'avoir connaissance de la nature, de la cause et de l'étendue de son obligation.

Introduit à l'Assemblée nationale par un amendement de Bernard Gérard avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, le présent article complète l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale pour prévoir que le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure doit être précis et motivé.

Cet article reprend une proposition du rapport Goua-Gérard publié en avril 2015 « pour un nouveau mode de relations Urssaf-entreprises ».

Un sous-amendement présenté par le Gouvernement est venu préciser cet article pour renvoyer à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les conditions dans lesquelles le contenu doit être précis et motivé.

**II - La position de la commission**

Bien que la jurisprudence lui paraisse abondante, et même suffisante, pour préciser le contenu des avertissements et des mises en demeure et compte-tenu des risques que feraient peser sur la suite de la procédures, le caractère trop sommaire de ces documents, votre commission souscrit à l'objectif poursuivi par cet article, même si la formulation lui paraît insuffisamment précise.

Le décret en Conseil d'Etat fixera un cadre clair propre à sécuriser les procédures.

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

*Article 14 sexies (nouveau)*  
(art. L. 382-5 du code de la sécurité sociale)

### **Recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse plafonnées des artistes auteurs**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie le mode de recouvrement des cotisations vieillesse plafonnées des artistes auteurs.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1977, les artistes auteurs sont rattachés au régime général pour l'ensemble des risques.

L'article L. 382-3 du même code prévoit que les cotisations sont calculées selon les taux de droit commun.

La part « employeur » des cotisations est assurée par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales relevant des arts concernés par le régime (arts graphiques et plastiques, livres, musique, œuvres cinématographiques et audiovisuelles, œuvres photographiques). Cette contribution du diffuseur s'élevait à 1,1 % au 1<sup>er</sup> janvier 2015 dont 1 % au titre du régime de sécurité sociale et 0,1 % au titre de la formation professionnelle continue des artistes-auteurs.

La constitution de l'assiette dépend du traitement fiscal des revenus en traitements et salaires ou bénéfices non commerciaux.

#### **Assiettes de cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2015**

Cotisations ou contributions	Revenus déclarés en BNC	Revenus déclarés en traitements et salaires	Taux artiste auteur
<b>Assurances sociales</b> (maladie, vieillesse déplafonnée)	BNC+15%	100% des revenus	1,05 %
<b>Assurance vieillesse plafonnée</b>	BNC+15% dans la limite du plafond de la sécurité sociale (38 040 euros)	100 % des revenus dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (38 040 euros)	6,85 %
<b>CSG</b> (contribution sociale généralisée)	BNC+ 15%	98,25 % des revenus	7,50 %
<b>CRDS</b> (contribution au remboursement de la dette sociale)	BNC+ 15%	98,25 % des revenus	0,50 %
<b>CFP</b> (contribution à la formation professionnelle)	BNC+ 15%	100% des revenus	0,35 %

Source : site Internet maison des artistes

Les cotisations sont recouvrées par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative, Maison des artistes pour les arts graphiques et plastiques et Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agressa) pour les autres artistes auteurs.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale dispose que la part des cotisations à la charge des personnes concernées est versée par les intéressés à l'organisme dont ils relèvent. Toutefois, lorsque la rémunération est versée par un diffuseur, le diffuseur précompte « la fraction de cotisation assise sur la totalité de la rémunération », soit 9,4 % au 1<sup>er</sup> janvier 2015, et la reverse à l'organisme agréé.

L'article R. 382-27 du code de la sécurité sociale dispose que la fraction sous plafond (cotisation vieillesse plafonnée) est versée par l'intéressé à l'organisme agréé compétent.

Le présent article, introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement avec un avis de sagesse de la commission, a pour objet d'étendre le précompte des diffuseurs à la cotisation vieillesse plafonnée qui, d'après l'exposé sommaire de l'amendement, « *ne sont actuellement pas appelés pour certains d'entre eux* ». Cette disposition concernerait les artistes auteurs déclarants en traitements et salaires, à charge pour l'Agressa de mettre en place, pour les artistes auteurs déclarant fiscalement leurs revenus en bénéfiques non-commerciaux, l'appel de la cotisation vieillesse plafonnée.

D'après les précisions apportées par le ministre Christian Eckert en séance, « *quelque 195 000 personnes qui étaient assujetties à l'Agressa en 2012 sans être affiliées à ce régime seront, à ce titre, concernées par la mesure* ». Les cotisations vieillesse sont payées par les affiliés à la MDA et une partie des affiliés à l'Agressa.

Pour les personnes concernées qui, actuellement, n'acquittent pas cette cotisation légalement obligatoire, cette disposition se traduira par l'acquisition de droits à retraite mais aussi par une perte de revenus de 6,85 %.

L'article prévoit une entrée en vigueur différée au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 « compte-tenu du caractère structurel de l'évolution » et pour « conduire une concertation sur les modalités opérationnelles ».

## **II - La position de la commission**

Le non-versement de ces cotisations a pour effet de priver les intéressés de droits à retraite. A court terme cependant, l'effet sur les revenus risque d'être ressenti fortement.

Tout en favorisant un retour à la normale, bienvenu, cet article laisse également le temps à la concertation de s'opérer. Des projets informatiques devront également être développés pour permettre l'identification des assurés et la correcte imputation des cotisations *via* l'interopérabilité avec la CNAV.

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

*Article 14 septies (nouveau)*

*(art. L. 613-7-1 et art. L. 611-4 du code de la sécurité sociale)*

**Suppression de la dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants pluriactifs et les retraités actifs, versement sur option des cotisations minimales pour les bénéficiaires du RSA et traitement, par le RSI, de données à caractère personnel**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, adapte diverses dispositions relatives au Régime social des indépendants (RSI), issues de la loi Actpe et de la loi de financement pour 2015.*

**I - Le dispositif proposé**

En l'état actuel du droit, le régime applicable aux affiliés du RSI, dont les revenus sont faibles ou même nuls, est la règle de la **cotisation minimale**. Cette cotisation a pour objectif de garantir au cotisant un socle de droits, notamment en matière de retraite.

Le **régime des auto-entrepreneurs constituait une dérogation à cette règle** en permettant aux personnes relevant du régime micro-fiscal d'opter pour un calcul des cotisations proportionnel à leur chiffre d'affaires (art. L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale). L'article 24 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, ACTPE, a mis fin à ce régime d'option pour prévoir l'application systématique du calcul de la cotisation proportionnellement au chiffre d'affaires pour toutes les personnes relevant du régime micro-fiscal. La prolongation de cette capacité d'option, pour les personnes relevant du régime micro-fiscal mais qui acquittent une cotisation minimale au 31 décembre 2015 fait, au demeurant, l'objet de l'article 14 du présent projet de loi.

Dans le prolongement de cette réforme, l'article 9 de la loi de financement pour 2015 prévoit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, une **dispense de cotisation minimale pour certains publics de cotisants** : les pluriactifs affiliés dans un autre régime, les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal. Pour ces cotisants, la dispense de cotisation minimale est la règle « **sauf demande, de leur part,**

**dans des conditions fixées par décret** ». Cet article réintroduit donc une capacité d'option pour le versement de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal.

Le même article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 permet aux travailleurs indépendants pluriactifs de choisir de rester affiliés à leur régime d'affiliation initial pour le service des prestations maladie en nature. Dans l'hypothèse où le travailleur indépendant pluriactif tire une part plus importante de ses revenus de son activité indépendante, même avec de faibles revenus, la dispense de cotisation minimale peut avoir des effets négatifs sur ses droits à retraite et à prestations en espèces en cas de maladie.

Introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, la commission s'en remettant à la sagesse de l'Assemblée nationale, le présent article a pour objet de **rétablir le versement de cotisations minimales par les travailleurs indépendants pluriactifs et par les bénéficiaires de pensions de retraite et d'invalidité.**

La dispense de cotisation minimale est en revanche maintenue, sauf demande contraire de leur part, pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal, ce qui peut permettre d'éviter - ce qui était l'objectif de la dispense pour les pluriactifs - le versement de cotisations minimales pour des personnes déjà affiliées dans un autre régime et qui exercent une activité indépendante à titre accessoire. Elle est également maintenue pour les bénéficiaires du RSA et élargie aux bénéficiaires de la prime d'activité prévue par l'article L. 842-1 du code de la sécurité sociale et créée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cette suppression de la dispense de cotisation minimale intervient dans le contexte de la suppression de la cotisation minimale maladie des travailleurs indépendants par l'article 20 du présent projet de loi, ce qui évite de faire cotiser les pluriactifs deux fois pour le même risque sans leur ouvrir de droits supplémentaires, et de la simplification et l'unification des taux de cotisation minimale (11,5 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour tous les risques concernés) et d'amélioration des droits à retraite (validation de trois trimestres, contre deux précédemment) au titre de la cotisation minimale.

Le présent article complète les missions de la caisse nationale du RSI, telles que définies par l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale, afin d'y ajouter la mise en œuvre des « *traitements de données à caractère personnel permettant (...) la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions* ». L'ouverture aux assurés de la possibilité de choisir le régime leur servant les prestations maladie en nature peut en effet conduire, comme l'a souligné le rapport Verdier-Bulteau « *à un potentiel découplage entre le régime responsable du remboursement des soins et celui auprès duquel l'effort contributif est le plus important* ». Le fait de disposer de ces données doit permettre au RSI d'adapter son offre en matière de prévention.



## II - La position de la commission

Votre commission est favorable à l'objectif poursuivi par cet article qui garantit aux travailleurs indépendants pluriactifs la constitution de droits à retraite et à indemnités journalières sans leur imposer une double cotisation maladie.

Par cohérence avec la position prise à l'article 14, elle suggère de maintenir, pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal, le principe d'une cotisation minimale assortie d'une option, sur simple demande, pour le **régime micro-social**. Il n'est par conséquent plus nécessaire de prévoir, pour ces personnes, la dispense de cotisation minimale, à cet article.

En revanche, la dispense de cotisation minimale pour les retraités actifs lui semble devoir être maintenue dans la mesure où elle porte sur des revenus faibles, sans avoir de contrepartie en termes de droits. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, l'**amendement n° 47**.

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

### *Article 14 octies (nouveau)*

#### **Report de l'obligation de transmettre une déclaration sociale nominative**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, reporte au 1<sup>er</sup> juillet 2017 l'obligation de transmettre une déclaration sociale nominative*

## I - Le dispositif proposé

En application de l'ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015, l'obligation de transmettre une déclaration sociale nominative (DSN) devait être effective le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La montée en charge du recours à la DSN a été moins importante que prévu avec 50 000 entreprises entrées dans le dispositif contre 1,5 million attendues. Ces 50 000 entreprises, comme l'a souligné Jean-Louis Rey, directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), devant votre commission, représentent cependant 9 des 17 millions de salariés.

Ce chantier d'importance pour l'Acoss, comme pour les entreprises qui doivent revoir l'organisation et les outils de leur processus de paie, a néanmoins pris du retard et son calendrier doit être adapté, ce que prévoit le présent article, introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission.

Jean-Louis Rey a souligné deux difficultés pour la généralisation du recours à la DSN : « *La première, c'est la difficulté des éditeurs de logiciels à mettre sur le marché de bons produits. Ils ont sous-estimé l'ampleur de la tâche et les premiers produits n'étaient pas au niveau. Ce sujet est sur le point d'être clos. La seconde difficulté, c'est le comportement des experts comptables qui n'ont pas donné les signes nécessaires pour accompagner cette réforme* ».

Tout en fixant une date butoir au 1<sup>er</sup> juillet 2017, soit un décalage de 18 mois par rapport à la date initiale, cet article renvoie au décret le soin de définir des dates intermédiaires en fonction des cotisations versées ou des effectifs ainsi que de la qualité de déclarant ou de tiers déclarant.

## **II - La position de la commission**

Votre commission est favorable à ce report ainsi qu'à la mise en place de dates butoirs intermédiaires.

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

## CHAPITRE III

### **Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale**

#### *Article 15*

*(art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-1, L. 135-2, L. 135-3, L. 135-3-1, L. 135-4, L. 136-8, L. 137-17, L. 223-1, L. 245-16 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, art. 1600-0 S du code général des impôts, art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, art. 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 et art. 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance-vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon)*

#### **Réallocation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, refonte de l'architecture et du financement du FSV, simplification des ressources affectées à la Cades**

*Objet : Avec l'objectif de tirer les conséquences de l'arrêt de la CJUE « de Ruyter », cet article procède à une réallocation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital qui s'accompagne d'une refonte de l'architecture et du financement du FSV. Il simplifie les ressources affectées à la Cades. Il procède enfin aux réallocations de recettes entre branches issues de la compensation du pacte de responsabilité.*

#### **I - Le dispositif proposé**

• Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital après l'arrêt de Ruyter

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital portent sur deux types d'assiette, les revenus de placement et les revenus du patrimoine, avec des taux identiques.

Préexistant à la CSG, ils y ont été intégrés lors de sa création, avant d'être rétablis par la suite sous une forme additionnelle. A mesure des augmentations de taux et des créations de prélèvements, le taux global s'établit à 15,5 % depuis 2013. Ces prélèvements ne sont pas déductibles de l'impôt sur le revenu, ce qui porte le taux marginal d'imposition des revenus du capital à 64,5 %. Parmi ces prélèvements, on peut distinguer la contribution au remboursement de la dette sociale, au taux de 0,5 %, dont l'objet est spécifique.

**Leur assiette est identique** : pour les prélèvements sociaux, comme pour les prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, il est fait référence à l'assiette définie pour la CSG aux articles L. 136-6 et L. 136-7 du code de la sécurité sociale, la contribution affectée à la CNSA étant définie comme additionnelle à ces prélèvements sociaux. A la différence de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement qui allie critère de résidence fiscale et affiliation à la sécurité sociale, le critère de l'assujettissement des revenus du capital aux prélèvements sociaux est uniquement fiscal, qu'il s'agisse de personnes domiciliées fiscalement en France ou, en l'absence de domiciliation fiscale « à raison du montant net des revenus (...) retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ».

### Taux des prélèvements sur les revenus du capital

Assiette	Prélèvement	Base légale	Taux
<b>Revenus du patrimoine</b>	CSG	L. 136-6 CSS	8,2%
	Prélèvement social	L. 245-14 CSS	4,5%
	Prélèvement de solidarité	1600-0 S CGI	2,0%
	Contribution additionnelle au prélèvement social	L. 14-10-4 CASF	0,3%
	CRDS	art 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996	0,5%
<b>Produits de placement</b>	CSG	L. 136-7 CSS	8,2%
	Prélèvement social	L. 245-15 CSS	4,5%
	Prélèvement de solidarité	1600-0 S CGI	2,0%
	Contribution additionnelle au prélèvement social	L. 14-10-4 CASF	0,3%
	CRDS	art 16 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996	0,5%

Le produit global de ces différents prélèvements s'établirait, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, à 18,6 milliards d'euros pour l'année 2015. Recouvré par les services de la DGFIP, il fait l'objet d'un transfert à l'Acoss qui assure sa répartition entre ses différents affectataires, dont le nombre et la clé de répartition évoluent au fil des lois de financement successives.

Or la double nature de ces prélèvements, impositions de toute nature en droit interne<sup>1</sup> et ressources affectées au financement de régimes de protection sociale en droit communautaire<sup>2</sup>, a donné lieu à des contentieux, tant de la part de personnes dont le domicile fiscal est en France mais qui travaillent dans un autre Etat membre de l'Union européenne que de

<sup>1</sup> Décision CC n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 sur la LFSS 2001

<sup>2</sup> CJCE 15 février 2000 aff. 34/98 et 169/98, Commission c/ France.

personnes physiques fiscalement domiciliées hors de France dont les revenus fonciers et les plus-values immobilières de source française sont soumis à prélèvements sociaux, en application de la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

Sur le fondement du règlement CEE 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale, la Cour de justice de l'Union européenne<sup>1</sup>, saisie d'une question préjudicielle par le Conseil d'Etat, a jugé non conforme l'assujettissement aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine d'une personne résidente fiscale mais non affiliée à la sécurité sociale française. Elle est par ailleurs saisie, sur le même fondement du cas d'un non-résident fiscal relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre Etat membre, qui conteste l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus d'un bien immobilier détenu en France.

Dans sa décision, la Cour de justice considère que « *des prélèvements sur les revenus du patrimoine, tels que ceux en cause au principal, présentent, lorsqu'ils participent au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, un lien direct et pertinent avec certaines des branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4<sup>2</sup> de ce règlement n° 1408/71, et relèvent donc du champ d'application dudit règlement, alors même que ces prélèvements sont assis sur les revenus du patrimoine des personnes assujetties, indépendamment de l'exercice par ces dernières de toute activité professionnelle* ».

Le présent article vise à répondre à cette jurisprudence en modifiant l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital pour en supprimer le lien « direct et pertinent avec certaines branches de sécurité sociale », ce qui a pour effet de modifier la structure et le mode de financement du fonds de solidarité vieillesse, choisi pour en être le principal affectataire, ainsi que la répartition des recettes entre les différentes branches.

• La réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Les textes relatifs aux différents prélèvements sociaux sur les revenus du capital sont modifiés par le présent article pour procéder à une réallocation de leur produit vers trois affectataires contre six précédemment.

---

<sup>1</sup> CJUE 26 février 2015 de Ruyter.

<sup>2</sup> « 1. Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent :

- a) les prestations de maladie et de maternité ;
- b) les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain ;
- c) les prestations de vieillesse ;
- d) les prestations de survivants ;
- e) les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle ;
- f) les allocations de décès ;
- g) les prestations de chômage ;
- h) les prestations familiales.

Prélèvement	affectataire	2015	PLFSS 2016
CSG	Cnam	5,90%	-
	Cnaf	0,87%	-
	<b>Cades</b>	0,48%	0,60%
	<b>FSV</b>	0,85%	7,60%
	<b>Cnsa</b>	0,10%	-
Prélèvement social	Cnam	2,05%	-
	<b>Cnsa</b>	-	1,15%
	Cnav	1,15%	-
	<b>FSV</b>	-	3,35%
	Cades	1,30%	-
Prélèvement de solidarité	Cnam	2,00%	-
	<b>FSV</b>	-	2,00%
Prélèvement additionnel	<b>CNSA</b>	0,30%	0,30%
CRDS	<b>Cades</b>	0,50%	0,50%
<b>Total</b>		15,50%	15,50%

Ne seraient ainsi financés par ces prélèvements que le fonds de solidarité vieillesse (FSV), pour la part strictement non-contributive de ses transferts, la Cnsa et la Cades.

- La structure du fonds de solidarité vieillesse

Le présent article modifie l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui énumère les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse, pour en cloisonner à la fois les charges et les produits en trois sections distinctes.

La première section énumère les avantages strictement non contributifs au financement desquels est affecté le produit des prélèvements sur les revenus du capital.

Il s'agit des dépenses suivantes, que l'article ordonne et actualise, notamment pour tenir compte de la recodification du code du travail :

- l'allocation aux vieux travailleurs salariés, l'allocation de solidarité aux personnes âgées ainsi que les diverses allocations auquel s'était substitué le minimum vieillesse ;

- les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance de base (régime général, MSA et RSI) de diverses périodes régies par le code de la sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité, rente d'accidents du travail, chômage non indemnisé et stages), des périodes de bénéfice d'allocations prévues par le code du travail (bénéfice d'un contrat de sécurisation professionnelle, d'allocations chômage, d'allocations de

---

solidarité spécifique, d'allocations de fin de formation, d'allocations temporaire d'attente, allocations travailleurs âgés et congés de reclassement) ainsi que des périodes de bénéfice de préretraites d'entreprise ;

- les sommes correspondant à la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ;

- les sommes versées aux régimes de retraite complémentaire pour la validation de certaines périodes (préretraites, allocations équivalent retraite...);

- les sommes correspondant à la prise en compte des périodes de volontariat du service national ;

- les dépenses attachées au service de l'Aspa et à la prise en compte de certaines périodes par le régime de retraite à Mayotte ;

- les sommes correspondant à la prise en compte de périodes de perception d'indemnités journalières ;

- le complément de cotisation vieillesse des apprentis ;

- de façon nouvelle, le remboursement à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des avantages vieillesse non-contributifs. Cette extension du périmètre du FSV, qui n'est pas chiffrée, ne devrait pas peser de façon significative sur ses comptes, la population de Saint-Pierre-et-Miquelon, dont le taux de chômage est faible, étant de 6 299 personnes au recensement de 2012, dont environ un millier de personnes de plus de 65 ans.

La deuxième section retrace la partie du financement du minimum contributif apportée par le FSV qui, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 est fixée, non plus par la loi de financement mais par décret, cette part de financement ne pouvant être inférieure à 50 %.

Elle comporte également la prise en charge des majorations de pensions pour conjoint à charge.

Cette deuxième section aurait également vocation à financer, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, « *le financement d'avantages non-contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient* ». Cette formulation sibylline a donné un fondement juridique au versement, prévu par décret et imputé sur l'exercice 2014, d'une prime exceptionnelle de 40 euros au premier trimestre 2015 aux retraités dont la pension était inférieure à 1 200 euros. Aucune mesure nouvelle à ce titre n'a été annoncée par le Gouvernement.

Une troisième section a vocation à retracer les versements du FSV aux régimes de base, fixés par décret, au titre 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. Les versements à ce titre doivent commencer en 2016.

---

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.

En 2014, le rendement cumulé de ces produits, s'élevait à 100 millions d'euros, portant le total des sommes mises en réserves depuis 2011 à 1,05 milliard d'euros. En 2015, aucun produit financier n'a été constaté, le compte de la réserve n'étant plus rémunéré depuis le 31 mai 2014. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les produits affectés à cette section ont été supprimés et ses recettes sont désormais uniquement constituées des produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la section. Le montant de la réserve s'élève à 886,8 millions d'euros nets de charges comptables.

D'après les chiffrages réalisés par la Cnav en 2014, la charge résultant pour le FSV de ces conditions dérogatoires d'annulation de la décote s'établit à 305 millions d'euros à l'horizon 2022 et à 373 millions d'euros en 2050, date de l'extinction du dispositif. Le montant des réserves nécessaires à l'intégralité du financement serait donc plus qu'atteint. L'article L. 135-3-1 est donc supprimé par le présent article.

Les dépenses couvertes par le fonds seront donc identiques après la réforme prévue par le présent article, à l'exception de celles correspondant à la validation des périodes de perception de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer, dispositif fermé depuis le 31 décembre 2007 et du financement des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants, qui feront l'objet d'un versement direct de la caisse nationale d'allocations familiales, qui en assure le financement, aux différents régimes d'assurance vieillesse de base, sans transiter par le FSV.

A l'inverse, cet article ajoute aux charges du FSV le remboursement à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des avantages vieillesse non contributifs qu'elle sert à ses affiliés.

Les frais de gestion administrative seront répartis entre les sections dans les conditions fixées par décret.

Une nouvelle répartition des produits affectés au fonds de solidarité vieillesse est opérée pour tenir compte du cloisonnement des deux sections recevant des produits.

En 2015, le FSV était affectataire de quelque 14 ressources différentes (CSG, contributions sociales diverses, contribution sociale de solidarité des sociétés, redevance au titre de l'utilisation des fréquences, taxe sur les salaires) définies à l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale.



Le présent article affecte à la première section uniquement le produit de prélèvements sociaux sur les revenus du capital (CSG sur les revenus du patrimoine et des produits de placement, prélèvements sociaux, prélèvements de solidarité) tandis que la deuxième section se voit affecter une part résiduelle de taxe sur les salaires ainsi que le produit de contributions diverses déjà précédemment affectées au FSV.

#### Evolution des produits et des charges du FSV (section II en grisé)

	2015	2016	Différence
<b>CHARGES</b>	25 095	20 176	- 4 919
dont charges techniques	24 836	19 918	- 4 918
<b>Prises en charge de cotisations</b>	<b>12 707</b>	<b>12 956</b>	<b>249</b>
dont périodes de chômage	10 861	11 031	170
<b>Prises en charge de prestations</b>	<b>11 804</b>	<b>6 623</b>	<b>- 5 181</b>
dont minimum vieillesse	3 154	3 095	- 59
dont majorations de pensions	4 749	39	-4 710
dont minimum contributif	3 900	3 490	- 410
<b>Transferts vers les retraites complémentaires</b>	<b>325</b>	<b>339</b>	<b>14</b>
<b>PRODUITS</b>	21 294	16 531	- 4 763
<b>CSG et autres contributions</b>	11 873	16 207	4 334
dont CSG	10 681	9 499	- 1 182
dont forfait social	990	-	
dont contributions retraite et préretraite	194	186	- 8
dont prélèvements sociaux	-	4 091	
dont prélèvements de solidarité	-	2 431	
<b>Impôts et Taxes</b>	<b>4 708</b>	<b>319</b>	<b>- 4 389</b>
dont CSSS	748	-	
dont contribution additionnelle CSSS	112	-	
dont redevance fréquences	37	37	-
dont taxe sur les salaires	3 799	270	
dont autres	12	12	
<b>Prise en charge CNAF</b>	4 708	-	
<b>Résultat net</b>	<b>-3 801</b>	<b>- 3 645</b>	<b>156</b>

Source : Commission des affaires sociales d'après FSV

Globalement les produits affectés au FSV seront moins élevés d'environ 150 millions d'euros et, par nature, les produits qui lui sont affectés sont moins stables et moins prévisibles en ce qu'ils dépendent, notamment, du niveau de la collecte d'assurance-vie.

Compte-tenu du cloisonnement entre les sections, il y aura de fait, deux déficits du FSV, celui de la section « non-contributive » étant contenu, à la différence de celui de la section relative au minimum contributif qui serait, quant à lui, largement responsable du déficit global du fonds.

#### Charges et produits des différentes sections du FSV par sections

	Produits	Charges	Solde
section I	16 021	16 390	- 369
section II	505	3 529	- 3 024
Total	16 526	19 919	- 3 393

Source : Commission des affaires sociales d'après FSV

#### • L'actualisation de dispositions diverses ou la suppression de dispositions devenues inutiles

Le présent article procède à la suppression du troisième alinéa de l'article L. 135-1 qui prévoyait, à titre transitoire, une gestion de la CNSA par le FSV.

Il abroge l'article L. 135-4 du code de la sécurité sociale qui prévoyait que les produits de CSG affectés au FSV lui étaient versés par l'Etat, l'ensemble des transferts de l'Etat étant désormais centralisés à l'Acoss.

Moins anecdotique, l'article supprime le dernier alinéa de l'article L. 135-3, lequel prévoit que « les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement ».

#### • Les réaffectations de recettes

La réallocation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital se traduit par des mouvements de recettes entre les branches et organismes, auxquels s'ajoute la nécessité de tirer les conséquences pour les différentes branches de la compensation du pacte de responsabilité pour la deuxième étape, prévue par le présent projet de loi, mais aussi pour la première, la compensation prévue pour 2015 n'étant pas pérenne. Le présent article actualise la liste des exonérations non-compensées pour y ajouter l'abattement de C3S avec son nouveau plafond. La compensation s'effectuant par des transferts à l'Etat de charges principalement supportées par la Cnaf, celle-ci se trouverait, à défaut de réaffectations, favorisée par rapport aux autres branches.

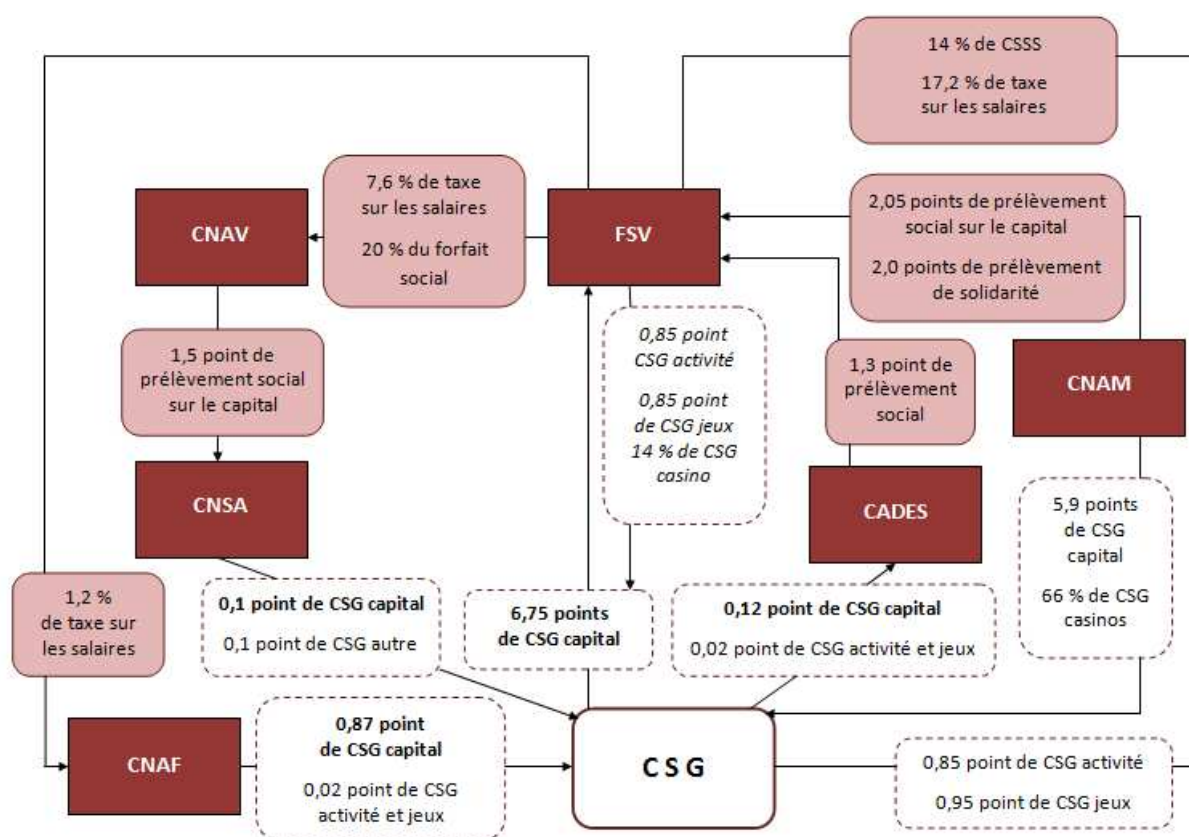
Doivent ainsi être compensés en 2016 :

- 1 milliard d'euros au titre du nouvel abattement de C3S ;
- 3,1 milliards d'euros au titre de l'élargissement aux salaires jusqu'à 3,5 Smic (4,2 milliards en année pleine en 2017) ;
- 1 milliard d'euros au titre du différentiel de rendement de la mesure sur les caisses de congés payés (1,5 milliard d'euros en 2015, 500 millions d'euros en 2016).

S'ajoutent à ces compensations, 193 millions d'euros au titre des mesures de la loi « croissance et activité », mesures qui ne figuraient pas dans le pacte de responsabilité mais dont le Gouvernement estime qu'elles doivent être financées sous son enveloppe, de même des mesures fiscales supplémentaires en faveur des entreprises financées par l'Etat.

Au total, sur le champ social, la compensation est de 5,3 milliards, alors que les transferts de charges à l'Etat concernent, dans leur quasi-totalité la Cnaf.

Le produit de la CSG est reventilé entre les branches, le schéma suivant en retraçant les différents mouvements :



Le produit de la taxe sur les salaires était réparti entre la branche vieillesse (53,5 %), le FSV (28,5 %) et la branche famille (18 %). Le présent article n'affecte plus au FSV qu'une part résiduelle de la taxe sur les salaires (2,5 %) et en réaffecte 17,2 point à la branche maladie, 7,6 à la branche vieillesse et 1,2 point à la branche famille.

La part des droits de consommation sur les tabacs jusqu'alors affectée aux régimes de la SNCF et de la RATP est transférée à la branche famille.

Le forfait social précédemment affecté au FSV est transféré à la Cnav, qui en devient le seul affectataire.

Le produit résiduel de la CSG est réparti entre la Cnam et la Cnaf.

### Compensation des pertes de recettes et transferts internes à la sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	Régime général					FSV	CNSA	Cades	Asso
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches				
Moindre recette «congés payés » (Phase 1 du pacte)	- 0,4	0,0	- 0,4	- 0,1	- 1,0	0,0	0,0	0,0	- 1,0
Mesures de la loi croissance et activité	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,2	0,0	0,0	0,0	- 0,2
Mesures du Pacte (phase 2)	- 0,4	0,0	- 0,4	- 3,1	- 3,9	- 0,1	0,0	0,0	- 4,1
Abattement sur la C3S	- 0,4		- 0,4		- 0,9	- 0,1			- 1,0
Réduction du taux de cotisations familiales				- 3,1	- 3,1				- 3,1
<b>Mesures budgétaires de compensation (PLF)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>5,2</b>
Prise en charge de l'ALF par l'Etat				4,7	4,7				4,7
Transfert du financement de la protection juridique des majeurs				0,4	0,4				0,4
Création de l'AFRS					0,0	0,1			0,1
Ajustement de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale (PLF)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
<b>SOLDE</b>	<b>- 0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>- 0,8</b>	<b>1,7</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Transferts internes à la sécurité sociale</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>- 1,8</b>	<b>- 0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
CSG sur les revenus du capital	- 7,1			- 1,0	- 8,1	8,5	- 0,1	0,1	0,4
Prélèvement de solidarité	- 2,3				- 2,3	2,4			0,1
Prélèvement social	- 2,4		- 1,3		- 3,8	4,1	1,4	- 1,5	0,2
C3S	0,5				0,5	- 0,5			0,0
Taxe sur les salaires	2,3		1,0	0,2	3,6	- 3,6			0,0
CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, et les produits des jeux	9,9			- 0,2	9,7	- 9,9	- 1,2	1,4	0,0
Suppression du préciput				- 0,7	- 0,7				- 0,7
Forfait social			0,1		0,1		- 0,1		0,0
Suppression de la participation des régimes vieillesse au financement de la CNSA			1,0		1,0	- 1,0			0,0
<b>Effet net des transferts PLF/PLFSS</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>- 0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Source : Etude d'impact

---

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

## III - La position de la commission

Sur la compensation du pacte de responsabilité, votre commission considère que le transfert de charges est plus lisible que l'affectation de nouvelles recettes tout en contribuant à clarifier le champ de la sécurité sociale et celui de la solidarité nationale.

Cet article procède par ailleurs aux réallocations de recettes, classiques dans un PLFSS qui sont d'une faible lisibilité et dont on chercherait en vain la logique sinon celle de la nécessité de mettre en balance des produits et des charges, peu important la nature, spécifique ou non des dites charges. De ce point de vue le présent article aboutit néanmoins à une situation plus claire pour le FSV, la Cades et la Cnsa.

Il est notable de constater qu'à l'issue d'une révision profonde de son financement, le déficit du FSV est toujours bien présent et toujours de la même ampleur, tout au long de la période couverte par l'annexe pluriannuelle. Il est simplement plus concentré sur la section désormais considérée comme contributive et qui assure un financement très partiel du minimum contributif.

Comme en 2014, votre commission s'oppose à un élargissement du périmètre du FSV qui ne prenne pas la forme d'une disposition spécifique en loi de financement. Déjà fortement déficitaire, le FSV a dû financer, de façon additionnelle, d'un alourdissement de son déficit la prime pour les retraités modestes sur l'exercice 2014 et la prise en compte des périodes de stages sur l'année 2015. Il ne semble pas opportun que de nouvelles charges puissent être décidées par décret. C'est pourquoi votre commission vous propose de supprimer la référence au « *financement d'avantages non-contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient* ».

A *contrario*, le principe posé par l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale (les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale), bien que respecté de façon pour le moins souple ces dernières années, semble devoir figurer dans le texte de cet article. Compte tenu de la réaffectation des recettes, la première section n'est au demeurant pas loin de l'équilibre.

A l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté **l'amendement n° 48**.

Pour ce qui concerne la réponse apportée à l'arrêt de la CJUE, il semble à votre commission qu'elle n'est pas de nature à tarir définitivement

les sources de contentieux et que l'issue de tels contentieux, par nature incertaine, lui paraît fragilisée par les éléments suivants.

En premier lieu, l'arrêt de la CJUE est très clair sur le fait que des prélèvements ne sauraient être supportés par des personnes affiliées à la sécurité sociale dans un autre Etat membre, si ils sont affectés « *directement et spécifiquement au financement de certaines branches de sécurité sociale ou à l'apurement des déficits de ces dernières* ». Or le présent article maintient l'affectation de prélèvements sociaux sur les revenus du capital à la Cades, contrevenant en cela directement à la jurisprudence.

En second lieu, une ambiguïté demeure quant la possibilité de distinguer, au regard du règlement communautaire de 1971, au sein des prélèvements sociaux, ceux qui sont destinés à financer une prestation non contributive. Le champ couvert par le règlement porte ainsi l'ensemble des risques et la définition des prestations concernées est très large. Par ailleurs, l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, bien que recouvré par la DGFIP, transite désormais par l'Acoss témoignant de leur affectation à la sphère sociale.

Votre rapporteur général comprend la volonté, rappelée par le secrétaire d'Etat Christian Eckert lors de son audition devant votre commission, de préserver l'unité de la CSG dont la nature et la vocation est de financer la sécurité sociale. Il considère cependant que sa composante relative aux revenus du patrimoine et des produits de placement pourrait être transférée sur le prélèvement social, lequel était, jusqu'en 2014, affecté à l'Etat et pourrait lui être de nouveau affecté. A cette occasion, le financement des avantages non contributifs assuré par le FSV pourrait être transféré à l'Etat, qui en a précédemment assuré le financement. Une telle solution paraîtrait de nature à fermer le contentieux tout en clarifiant la responsabilité du financement des différentes prestations. Elle aurait pour inconvénient principal de devoir rapatrier l'intégralité du minimum contributif au sein des régimes de retraites alors que son financement, théoriquement pris en charge pour moitié par le FSV, n'est pas assuré et, à défaut des recettes correspondantes, creuserait leur besoin de financement. Une telle solution tombe sous le coup de l'article 40 de la Constitution, c'est pourquoi votre commission n'est pas en mesure de la proposer.

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

## Article 16

**Prélèvement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier  
au profit du fonds pour la modernisation des établissements  
de santé publics et privés**

*Objet : Cet article vise à transférer 40 millions d'euros des réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) vers le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp).*

### I - Le dispositif proposé

Créé par la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994, le fonds pour l'emploi hospitalier a pour mission d'accompagner les restructurations hospitalières. A 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.

- 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 160 millions d'euros à la fin de l'exercice 2015, et jusqu'à **209 millions d'euros en 2016**.

#### Evolution des réserves du FEH au cours des cinq dernières années

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (p)	2016 (p)
Réserves en fin d'exercice (en millions d'euros)	159,8	197,6	233,4	68,4	112,7	159,3	209

Source : informations transmises par la DGOS

Cette situation s'explique à la fois par la diminution des dépenses du FEH et par le 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, **le FEH est aujourd'hui peu utilisé.** Les sommes associées à ses missions au titre de l'année 2014 sont de fait très modestes : le premier poste de dépenses est celui de l'indemnisation du temps partiel, au titre duquel le FEH a dépensé 177 millions ; le dernier est celui de l'indemnisation de la mobilité, avec seulement 50 500 euros annuels. Au total, 161 059 agents ont bénéficié d'un financement FEH en 2014.

#### Principaux projets financés par le FEH au cours des cinq dernières années

	2010	2011	2012	2013	2014
Indemnisation du temps partiel (en millions d'euros)	167,3	170	175	184,2	177,2
Indemnisation de l'engagement de servir (en millions d'euros)	5	4,6	6,5	3,9	2,75
Indemnisation du congé de formation professionnelle (en millions d'euros)	1,3	1,4	1,5	1,5	1,37
Indemnisation de la mobilité	177 000	nr	nr	nr	50 500
Indemnisation du CET (en millions d'euros)	4,15	1	0,08	0,04	0,05
Indemnisation de la CPA	585 000	443 000	521 000	342 000	nr

Source : Données transmises par la DGOS

• Plusieurs mesures d'ajustement du FEH sont en conséquence envisagées.

En premier lieu, une revue des dépenses du fonds devrait être prochainement diligentée. Surtout, les missions du FEH devraient être revues sur le long terme. Outre son actuel rôle d'indemnisation, **le FEH devrait notamment être utilisé pour le financement de mesures d'apprentissage**, à hauteur de 40 millions d'euros sur trois années à partir de l'année 2016<sup>1</sup>. Aux termes de la DGOS, il s'agit ainsi de « donner un nouveau souffle à ce fonds en élargissant le champ des activités qu'il finance ».

<sup>1</sup> Le projet comme le montant associé étant en cours de validation au moment de l'examen du présent projet de loi.



En second lieu, les réserves du FEH font l'objet de **prélèvements ponctuels** permettant de financer les dépenses de certains acteurs du champ de la protection sociale. L'article 3 de la loi de financement pour 2014 avait ainsi opéré un prélèvement sur les réserves du fonds au profit de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), à hauteur de 81 % des réserves du fonds constatées en 2012.

C'est selon la même logique que le présent article propose d'opérer **un prélèvement de 40 millions sur les réserves du FEH au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)**.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## III - La position de la commission

Votre rapporteur général prend acte de cette disposition, qui permettra de minorer la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fmespp pour l'année 2016.

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

### Article 17

(art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996  
relative au remboursement de la dette sociale)

### **Calendrier du transfert à la Cades des déficits portés par l'Acoss**

*Objet : Cet article anticipe le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) dont le financement a été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.*

## I - Le dispositif proposé

L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 organisait la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) de 130 milliards d'euros de déficits portés par l'Acoss :

- à hauteur de 68 milliards, dès 2011, correspondant aux déficits cumulés en 2010 du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi qu'aux déficits prévisionnels des branches famille et maladie pour 2011 ;

- à hauteur d'un plafond de 62 milliards entre 2011 et 2018, dans la limite de 10 milliards par an, correspondant à la couverture, à compter de 2012, des déficits prévisionnels de la branche vieillesse et du FSV au titre des années 2011 à 2017.

Le financement de ce transfert a été assuré, non par une augmentation de la ressource « naturelle » de la Cades, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), mais par une diversification de ses produits :

- l'affectation de 0,28 point de contribution sociale généralisée (CSG), précédemment destinée à la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) ;

- l'affectation de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, précédemment destinée au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ;

- un versement annuel du fonds de FRR, de 2,1 milliards d'euros, jusqu'en 2024.

Les déficits 2012 et 2013 de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et du FSV, (9,5 et 8,9 milliards d'euros) n'ayant pas saturé le plafond de 10 milliards d'euros fixé par la LFSS pour 2011, l'article 16 de la LFSS 2014 a élargi aux branches maladie et famille le champ des déficits pouvant faire l'objet d'une reprise sans modifier le plafond annuel de 10 milliards d'euros, ni le plafond global de 62 milliards d'euros.

Cette disposition a permis, dans la limite du plafond de 10 milliards d'euros, de transférer à la Cades, 4 milliards d'euros de déficit 2012 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) en 2014. En 2015, les déficits transférés pour la Cnam et la Cnaf (1,9 milliard au titre du solde du déficit 2012 et 1,2 milliard de déficit 2013 pour la Cnam, et 2,5 milliards de déficit 2012 pour la Cnaf) ont été supérieurs aux 4,4 milliards de déficits repris de la Cnav et du FSV de l'année 2014, le déficit du FSV, 3,5 milliards d'euros, n'ayant été repris qu'à hauteur de 3,2 milliards.

Année de reprise	Année de formation du déficit	Branche	Montant repris	Reste à reprendre en fin d'année
2014	2012	Maladie	4	1,9
	2013	Vieillesse	3,3	0
		FSV	2,7	0,155
	<b>Total</b>		<b>10</b>	
2015	2012	Maladie	1,9	0
		Famille	2,5	0
	2013	Maladie	0,32	6,48
		FSV	0,155	0
	2014	Vieillesse	1,479	-0,2
		FSV	3,69	-0,19
<b>Total</b>		<b>10</b>		

A la fin de l'année 2015, le « taux de consommation » du plafond de reprise de dette, fixé par la LFSS pour 2011 est donc de 38,4 milliards sur 62 milliards d'euros.

32 milliards d'euros portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), resteront à reprendre à la fin de l'année 2015 après la reprise de 10 milliards d'euros, opérée par la Cades en février 2015, au titre des déficits suivants :

- 18,3 milliards de déficits des branches maladie et famille, antérieurs à 2015 (6,5 milliards sur les 7,7 milliards de déficit 2013 et 6,5 milliards de déficits 2014 pour la branche maladie ainsi que 2,8 milliards de déficit 2013 et 2,7 milliards de déficit 2014 pour la branche famille ;

- l'ensemble des déficits de l'année 2015.

A la suite des remarques répétées de la Cour des comptes, un consensus s'est formé sur le constat selon lequel le portage de déficits passés n'entre pas dans l'objet social de l'Acoss, expose cet encours de dette croissant à une remontée des taux d'intérêt à court terme et ne permet pas son amortissement par la Cades.

Le présent article modifie l'ordonnance du 24 janvier 1996 pour supprimer le plafond annuel de 10 milliards d'euros et permettre une reprise de dette à hauteur du solde du plafond de 62 milliards d'euros, soit 23,6 milliards d'euros.

Cette reprise concernerait :

- les déficits 2015 de la Cnav et du FSV (4,4 milliards d'euros minoré d'une régularisation de 0,7 milliards d'euros) ;

- les déficits de la Cnam et de la Cnaf antérieurs à 2015 (reliquat 2013 de 6,5 milliards d'euros et déficit 2014 de 6,5 milliards d'euros pour la Cnam, déficits 2013 de 3,2 milliards d'euros et déficit 2014 de 2,7 milliards d'euros pour la Cnaf) ;

- 1 milliard d'euros du déficit de la Cnam de 2015.

Elle suppose un aménagement du programme de financement de la Cades pour 2016 qui devra placer 13 milliards supplémentaires de dette sur les marchés. C'est pourquoi la reprise, dont les conditions sont fixées par décret, devrait intervenir de façon progressive jusqu'à la fin du mois de juillet 2016. A cette fin, l'article 29 du projet de loi prévoit deux plafonds de trésorerie différents pour l'Acoss en 2016 : 40 milliards d'euros du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet et 30 milliards d'euros à compter du 1<sup>er</sup> août.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de son rapporteur, Gérard Bapt, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement supprimant l'obligation d'effectuer les reprises de dette avant le 30 juin.

Comme exposé précédemment, l'ampleur de la reprise suppose de laisser à la Cades le temps d'organiser son programme de financement pour absorber 13 milliards de plus que les années précédentes.

### III - La position de la commission

Le financement des déficits, dont le présent article propose d'anticiper le transfert, est d'ores et déjà assuré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Il s'effectue donc dans des conditions conformes à l'article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale selon lequel « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation du produit d'impositions de toute nature ou de la réalisation d'actifs affectés à la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* ».

Votre commission est favorable à cette anticipation tout en soulignant qu'elle n'apporte qu'une réponse partielle à l'accumulation des déficits portés en trésorerie par l'Acoss.

Le maintien de déficits très élevés pour la branche maladie et le FSV sur la période couverte par l'annexe B du projet de loi conduit à la reconstitution, en quatre ans, sur les branches concernées, d'un stock de dette supérieur à ce transfert. S'y ajoutent 4 milliards de dette de la branche vieillesse du régime agricole, que l'Acoss porte actuellement en trésorerie, en application de la loi de financement pour 2015.

#### Evolution prévisionnelle des déficits portés par l'Acoss

(en milliards d'euros)

Déficits Cnav et Cnam antérieurs à 2015	-18,3
Déficits de l'année 2015	-12,8
<b>Cumul des déficits à fin 2015</b>	<b>-31,1</b>
Reprise de dette par la Cades 2016	23,6
Dette résiduelle après reprise de 2016	-8,2
Déficits des années 2016 à 2019	-26,2
<b>Cumul des déficits à fin 2019</b>	<b>-34,4</b>
Dette portée pour le compte de la CCMSA	-4
<b>Total prévisionnel à fin 2019</b>	<b>-38,4</b>

Source : étude d'impact et annexe B

Trois leviers sont disponibles pour gérer cette situation : le niveau du plafond de découvert de l'Acoss, largement sollicité actuellement, qui n'apporte pas de solution de fond, l'horizon d'extinction de la dette sociale, dont l'allongement conduirait à reporter encore davantage le poids de la dette sur les générations futures et l'augmentation des recettes affectées à la Cades.

Sur ce dernier point, le transfert de 30 milliards d'euros de dette à la Cades suppose une augmentation de 0,086 point de CRDS pour 10 milliards d'euros transférés, soit 0,25 point pour 30 milliards transférés.

L'article 15 du présent projet de loi clarifie de façon tout à fait bienvenue les recettes de la Cades en les recentrant sur la CSG, le transfert du FRR et la CRDS. La CRDS a cependant vocation à financer la dette sociale. Pour en faire la recette exclusive de la Cades, il conviendrait d'en porter le taux actuel à 1,21 % ou à 1 % si le transfert depuis le FRR est maintenu.

Le véritable coût de la dette sociale équivaut donc à un taux de CRDS de 1,25 %, ce qui permettrait par ailleurs de redéployer 6 milliards d'euros de CSG qui font défaut aux branches de la sécurité sociale.

De ce point de vue, l'anticipation des reprises de dette et l'épuisement du plafond prévu par la loi de financement pour 2011 ont pour effet d'avancer le moment où une décision devra être prise pour traiter la question de la dette accumulée et non reprise par la Cades.

Interrogé par votre Commission, le secrétaire d'Etat au budget M. Christian Eckert a indiqué que le Gouvernement s'en tenait aux décisions prises pour l'année 2016. A l'approche de l'horizon d'extinction de la dette déjà reprise par la Cades, il serait souhaitable qu'une décision intervienne en 2017. La question de l'augmentation de la CRDS serait alors difficile à éluder.

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

*Article 17 bis (nouveau)*

*(art. L. 862-4 du code de la sécurité sociale)*

**Taux de la taxe de solidarité additionnelle  
applicable aux contrats « au premier euro »**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, modifie, dans la perspective de la fusion entre la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA), le taux de TSA applicable aux contrats dits « au premier euro ».*

**I - Le dispositif proposé**

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 fusionne, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, deux prélèvements sur les contrats d'assurance maladie complémentaires, la taxe de solidarité additionnelle recouvrée par l'Urssaf et la taxe spéciale sur les conventions d'assurance en une taxe de solidarité additionnelle rénovée, en reprenant l'assiette de la TSCA (primes et accessoires) et en unifiant les taux applicables tout en reprenant la modulation applicable en fonction du caractère responsable ou non des contrats.

Cette fusion, malgré un élargissement marginal de l'assiette, devait être neutre tant pour les redevables que pour les affectataires. Le taux de la TSA rénovée devait donc être égal au taux global des deux taxes, un taux réduit étant applicable aux contrats qui ne relevaient, dans le régime précédent, que de l'une ou l'autre des taxes.

L'étude d'impact du PLFSS pour 2015 précisait ainsi, mais de façon erronée, que les contrats dits « au premier euro » qui se rapportent à la couverture des frais de santé des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (cas des français expatriés) *« sont actuellement soumis à un taux de TSCA de 7 % mais sont exonérés de TSA car ces contrats ne viennent pas en complément de prestations couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire »*. *« Il est proposé de ne pas modifier le niveau actuel d'imposition de ces contrats en les soumettant à un taux spécifique de TSA de 7% »*.

Le présent article, introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, rectifie le taux applicable aux contrats dits au « premier euro », qui ne ressortissent pas à la catégorie des contrats responsables et se trouvent donc actuellement taxés à 14 %.

## **II - La position de la commission**

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

---

## CHAPITRE IV

### Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

*Article 18 A (nouveau)*

#### Insertion par l'activité économique

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de réactiver un dispositif d'affiliation dérogatoire au régime général pour des activités indépendantes dégageant un faible revenu et accompagnées par des structures d'aides à l'insertion par l'activité économique.*

#### 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.

Ce dispositif, conçu comme temporaire, a donc expiré au 31 décembre 2014.

D'après les chiffres fournis en 2014 à votre commission par l'association pour le droit à l'initiative économique, ADIE, 104 personnes étaient accompagnées par l'association dans le cadre de ce dispositif en 2014.

Le présent article, introduit en séance publique par le Gouvernement avec l'avis favorable de la commission, réactive la possibilité d'une affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité réduite à des fins d'insertion à compter du 1<sup>er</sup> janvier 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* ».

Le IV de l'article prévoit la remise d'un rapport au Parlement « dans un délai de six mois avant l'expiration du dispositif ».

## **II - La position de la commission**

Au fil des reconductions successives, ce dispositif d'affiliation dérogatoire au régime général existe depuis 7 ans. Le Gouvernement demande sa réactivation après son expiration il y a un an, sans pour autant présenter les raisons pour lesquelles il n'est ni pérennisé, ni abandonné.

C'est pourquoi votre commission souhaite qu'une évaluation soit conduite dans le courant de l'année 2016 sur l'insertion économique ainsi réalisée et sur la solution pérenne qui pourrait être apportée à ce type de situation. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, **l'amendement n° 49**.

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

*Article 18 B (nouveau)*

*(art. 10 de la loi n° 37-39 du 27 janvier 1987)*

### **Clarification du régime social applicable aux correspondants locaux de presse**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les conditions de dispense d'affiliation à la sécurité sociale des correspondants locaux de presse.*

## **I - Le dispositif proposé**

Les correspondants locaux de la presse régionale ou départementale ne relèvent pas, au titre de cette activité, du régime applicable aux journalistes et assimilés.

Pour faciliter l'exercice de cette activité, la loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social a mis en place une exonération spécifique.

Réformé par la loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, ce dispositif consiste en une dispense d'affiliation au RSI pour l'assurance maladie et à la CNAVPL pour la retraite, pour les revenus n'excédant pas 15 % du plafond annuel de la sécurité sociale (5 706 euros en 2015). Ces revenus ne supportent ni CSG-CRDS, ni contribution à la formation professionnelle et sont, par ailleurs, exonérés de contribution foncière des entreprises.



Si le revenu est égal à 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale (9 510 euros en 2015), le correspondant local bénéficie d'un abattement de 50 % de cotisations d'assurance-maladie et d'assurance-vieillesse.

L'annexe 5 du présent projet de loi évalue à 229 le nombre de personnes bénéficiaires de ce dispositif pour un coût global de 100 000 euros.

Le présent article, introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, supprime la date du 1<sup>er</sup> juillet pour l'appréciation des revenus par rapport au plafond d'exonération de 15 % du plafond de la sécurité sociale.

Pour préciser le champ de la dispense « aux régimes d'assurance maladie, aux régimes d'assurance maladie-maternité et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés » énoncée à une date antérieure à la création de la CSG et de la CRDS, le présent article lui substitue une référence aux régimes « de sécurité sociale des travailleurs indépendants ». Cette précision sécurise le non-paiement de la CSG-CRDS que des correspondants locaux de presse se voyaient réclamer par les Urssaf.

## II - La position de la commission

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

### *Article 18*

#### **Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux**

*Objet : Cet article prévoit la suppression du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du personnel du grand port maritime de Bordeaux et son intégration au régime général de sécurité sociale selon calendrier compris entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018.*

## I - Le dispositif proposé

• Les spécificités restantes de ce régime ne justifient plus son maintien

Créé en 1926<sup>1</sup>, le régime spécial d'assurance maladie du Grand port maritime de Bordeaux (GPMB) couvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès. Gérée par une mutuelle d'entreprise, la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux, il a versé, en 2014, 590 000 euros de prestations à ses 1 021 bénéficiaires dont 611 ayants droit.

---

<sup>1</sup> Le port maritime de commerce de Bordeaux a été créé par un décret du 13 novembre 1924 et a acquis son statut de « port autonome » en 1965 à la suite de la loi n°65-491 du 8 novembre 1965 sur les ports maritimes autonomes. Le Grand port maritime de Bordeaux est depuis 2008 un établissement public à caractère industriel et commercial de l'État.

Ce régime spécial présente en réalité peu de spécificités.

Il prend en charge les prestations en nature dans des conditions identiques au régime général à l'exception de quelques prestations supplémentaires. Par ailleurs, et contrairement à certains régimes spéciaux gérant l'ensemble des risques, le régime du GPMB ne gère plus, depuis 1952, les risques vieillesse et invalidité (pour le volet « pensions »)<sup>1</sup>.

Les spécificités demeurantes concernent surtout les cotisations. Les cotisations salariales, fixées initialement à des taux faibles, ont été supprimées en 1998 au moment où les salaires ont été assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG).

De même, les cotisations employeur sont très faibles puisqu'elles ne s'élèvent qu'à 4,65 % contre 12,8 % au régime général. Ce différentiel s'explique, sans se justifier, par l'absence de prestations en espèce pour le risque maladie et maternité, l'employeur maintenant le salaire intégralement ou partiellement en cas de congé maternité ou maladie.

Le maintien du régime n'apparaît donc plus justifié au regard du faible nombre d'affiliés et de l'absence de spécificité au niveau des prestations servies par rapport au régime général. Au contraire, le maintien du régime et, en particulier, des très faibles cotisations employeur entraîne une distorsion de concurrence à l'égard des autres établissements portuaires<sup>2</sup> ainsi qu'un coût de gestion par personne protégée très élevé.

• La suppression du régime spécial interviendra par décret pris entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018

Le I de cet article prévoit la suppression par décret, pris entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018, du régime spécial du GPMB et son intégration au régime général dans les conditions suivantes :

- les salariés et anciens salariés ainsi que leurs ayants droit seront affiliés, pour les risques maladie, maternité et décès, au régime général de sécurité sociale, qui leur servira, dans la limite des règles qui lui sont propres, les prestations en nature et le capital décès ;

- suivant le principe de maintien des droits servis en cas de transformation d'un régime spécial, la prise en charge des prestations spécifiques actuellement servies par le régime du GPMB sera garantie par l'employeur et sera reprise avec les prestations complémentaires ;

- les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie (visées au 5<sup>o</sup> de l'article L. 321-1) et de l'assurance maternité (article L. 331-3)

---

<sup>1</sup> Décret n°52-286 du 27 février 1952

<sup>2</sup> Les régimes spéciaux des ports autonomes de Strasbourg et du Havre ont été intégrés au régime général respectivement en 1949 et 1957.

---

ne seront pas versées aux assurés en raison du maintien de salaire en cas de congés maladie ou maternité ;

- les salariés demeureront exonérés des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès conformément au premier alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale qui dispose que lesdites cotisations « *sont supprimées lorsque [leur] taux, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement [et] à 4,75 % pour les revenus d'activité* ». A cette date, le taux de cotisation sociale des salariés du port autonome de Bordeaux était de 2,7 %.

Le I prévoit également le transfert des réserves du régime spécial à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans des conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après un examen contradictoire, et en fonction de la part de ces réserves, affectée au régime obligatoire qui sera constatée au 31 décembre 2016.

Le II prévoit un dispositif transitoire sur une période maximale de sept ans à compter de la date du transfert, de relèvement du taux des cotisations dues chaque année par le port maritime de Bordeaux. Le taux cible, visé à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale, est celui applicable aux fonctionnaires de l'Etat qui ne sont assurés au régime général que pour les prestations en nature. Ce taux est aujourd'hui fixé à 9,70 %. L'étude d'impact du projet de loi précise que « *la montée en charge progressive du taux de cotisation employeur ne s'appliquera que pour les agents du port, affiliés au régime spécial à la date du transfert* », tandis que le taux de 9,70 % s'appliquera directement pour tous les salariés recrutés après le transfert.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté une série d'amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement permettant de corriger une erreur matérielle.

## **III - La position de la commission**

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

Article 19

(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale)

**Couverture sociale des gens de mer résidant en France**

*Objet : Cet article vise à affilier obligatoirement à la sécurité sociale française, d'une part, les marins résidant en France et qui travaillent à bord de navires immatriculés dans un Etat étranger avec lequel la France n'est pas liée par un accord de coordination en matière de sécurité sociale et, d'autre part les marins employés à bord d'un navire pratiquant le cabotage maritime s'il opte pour la législation française.*

**I - Le dispositif proposé**

• La couverture sociale des marins étrangers résidant ou travaillant sur un navire pratiquant le cabotage en France est actuellement en contradiction avec nos engagements internationaux et européens

Cet article prévoit tout d'abord d'apporter une couverture sociale satisfaisante aux **marins résidant en France et qui travaillent à bord d'un navire battant pavillon étranger**, dans le respect des stipulations de la convention du travail maritime ratifiée par la France sous l'égide de l'Organisation internationale du travail.

Cette convention oblige en effet chaque Etat signataire à prendre des mesures « *en fonction de sa situation nationale, pour assurer la protection sociale complémentaire [à la couverture minimale qui incombe à l'armateur] à tous les gens de mer résidant habituellement sur son territoire* ». Cette obligation pèse pour toutes les branches de la sécurité sociale déclarées par cet Etat et impose de prévoir une garantie ne pouvant pas être moins favorable à celle dont bénéficient les personnes travaillant à terre et qui résident sur le même territoire. En France, la couverture doit donc s'étendre aux risques maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, retraite, chômage et prestations familiales.

L'obligation découlant de cette convention entre souvent en contradiction avec la situation des marins résidant en France mais travaillant sur un navire battant pavillon étranger. L'exploitation d'une ligne internationale permet en effet à l'armateur de choisir l'Etat d'immatriculation de son navire, ce qui lui permet le plus souvent de choisir le pays dans lequel la législation en matière de protection sociale est la moins contraignante.

La loi du pavillon prévalant en matière sociale, les marins employés sur un navire immatriculé dans un pays à la législation sociale défavorable bénéficient donc d'une protection sociale très faible. S'ils résident en France, cette protection est rarement aussi performante que le système de sécurité sociale français. Ces marins peuvent même, parfois, relever d'un régime

---

d'assurance français en tant qu'ayant droit ou bénéficiaire de la couverture maladie universelle. Outre qu'elle ne permet pas d'assurer effectivement une couverture équivalente aux personnes travaillant à terre, en particulier sur les branches autres que l'assurance maladie, cette solution fait porter sur la solidarité nationale ou aux marins eux-mêmes le coût de leur couverture maladie.

La situation de ces marins est donc incompatible avec le droit international et s'avère parfois humainement et socialement délicate. Leur affiliation obligatoire au régime général est donc nécessaire et suppose une modification du code de la sécurité sociale.

Le champ de cet article couvre également une autre situation concernant, cette fois, les **marins employés à bord d'un navire pratiquant le cabotage maritime et qui auraient opté pour la législation française**.

L'article 38 de la loi n° 2013-431 du 28 mai 2013 portant diverses dispositions en matière d'infrastructures et de services de transports a créé l'article L. 5563-1 du code des transports pour permettre, conformément au règlement européen de 1992 concernant l'application du principe de la libre circulation des services aux transports maritimes à l'intérieur des Etats membres (cabotage maritime), l'application des règles sociales de l'Etat d'accueil aux salariés des navires pratiquant le cabotage.

L'article L. 5563-1 dispose en effet que les gens de mer employés à bord d'un navire pratiquant le cabotage maritime, ou toute prestation de service réalisée à titre principal, bénéficient du régime de protection sociale de l'un des Etats membres de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Si le marin choisit la législation française, il convient de préciser le régime de sécurité sociale compétent, ce qui implique une modification du code de la sécurité sociale.

• Une modification du code de la sécurité sociale est donc indispensable pour affilier ces deux catégories de gens de mer à la sécurité sociale française

Cet article prévoit de compléter l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale qui liste les catégories de personnes, qui sans être des travailleurs salariés au sens de l'article L. 311-2 du même code, sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général.

Il insère deux nouvelles catégories de personnes en plus des trente-deux premières figurant déjà à cet article :

« 33° Dans le respect de la convention du travail maritime, de 2006, de l'Organisation internationale du travail, les gens de mer salariés employés à bord d'un navire battant pavillon d'un Etat étranger autre qu'un navire dans le cas mentionné au 34° et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un Etat

---

étranger, en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale ;

« 34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis au régime de protection sociale d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France en application de l'article L. 5563-1 du même code. »

D'après les chiffres présentés par le rapporteur de l'Assemblée nationale, cette disposition concernerait environ 4 000 marins, dont 1 000 marins français travaillant dans le secteur de la plaisance.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Les députés ont adopté, en séance publique, un amendement du Gouvernement visant à maintenir possible, pour les marins qui sont détachés à bord d'un navire battant pavillon étranger et qui seraient déjà affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins, leur affiliation à ce régime.

## **III - La position de la commission**

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

### *Article 20*

*(art. L. 133-6-8, L. 134-3, L. 134-4, L. 134-5, L. 134-5-1, L. 134-6, L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11, L. 134-11-1, L. 134-12, L. 134-13, L. 134-15, L. 139-1, L. 221-1, L. 241-1, L. 241-2, L. 241-3 à L. 242-3-3, L. 380-1, L. 380-2, L. 380-3-1, L. 381-4, L. 381-8, L. 612-4, L. 613-8, L. 713-21, L. 715-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 721-2 [nouveau] L. 722-5, L. 722-6, L. 731-11, L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime)*

### **Architecture financière de la protection universelle maladie**

**Objet : Cet article tend à opérer les modifications nécessaires pour permettre le financement de la protection universelle maladie, à réformer le régime de la cotisation minimale maladie du régime social des indépendants et à permettre à la Cnam de reprendre les déficits du régime minier.**

## **I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de dix parties.

Le I propose tout d'abord dans un A de modifier le chapitre du code de la sécurité sociale relatif aux relations interrégimes.

Le titre de la première section du chapitre est modifié par le 1° pour viser non plus la compensation généralisée entre régimes mais les seules **relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse**. Ce nouvel intitulé correspond au contenu réel de la section depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui a abrogé toutes les références à l'assurance maladie qu'elle contenait.

L'article L. 134-3 est intégré à la première section avec un nouveau contenu reprenant la partie de l'article L. 134-11-1 issu de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, relative au contenu des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). A ces dispositions est ajoutée la mention explicite que l'ensemble des charges et produits du régime de salariés agricoles est retracé dans le compte de la Cnav.

Le 2° modifie entièrement le contenu de la **section 2**. Son intitulé, qui concerne actuellement les compensations entre le régime général et les régimes spéciaux SNCF, mines, RATP est remplacé par un intitulé relatif aux relations financières entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) et les autres régimes.

La nouvelle section 2 se compose d'un article unique L. 134-4 dont le contenu reprend les dispositions de l'article L. 134-11-1, relatives aux comptes de l'assurance maladie. Ces dispositions sont complétées par l'obligation de retracer dépenses de maladie, maternité, invalidité et décès des régimes spéciaux autres que les prestations en nature relevant du champ de la protection maladie universelle.

Par cohérence l'article L. 134-5 est abrogé.

La **section 3** est renommée et son contenu modifié par le 3° pour intégrer les articles du code relatifs aux relations financières entre régimes au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le 4° propose de transformer l'article L. 134-6 relatif à la présence dans les comptes des caisses nationales du régime général des charges et produits de la branche des salariés agricoles, en un article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime, sous réserve d'une coordination.

Par coordination le 5° supprime les sections 4, 4 bis, 5 et 7 et le 6° les articles qu'elles contenaient.

Le **II** de l'article propose de modifier le livre du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation du régime général et aux actions de prévention et actions sanitaires et sociales des caisses.

Le **A** propose de modifier l'article L. 221-1 relatif aux missions de la Cnam pour prévoir notamment qu'elle établit les comptes consolidés des branches maladie et AT-MP en lien avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et qu'elle est chargée de la gestion du risque.

Le **B** modifie le chapitre général du titre IV du code relatif aux ressources de la sécurité sociale.

L'intitulé de la première section du chapitre est modifié pour viser non plus les assurances sociales mais la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès.

L'article L. 241-1 relatif aux différentes ressources de la sécurité sociale est abrogé.

L'article L. 241-2 relatif aux ressources de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est modifié pour **inclure la couverture de la protection universelle maladie et la mention des différentes catégories de personnes acquittant les cotisations.**

Les alinéas relatifs à la fixation de taux de cotisations forfaitaires et à l'assujettissement des employeurs et des salariés aux cotisations sont supprimés par coordination.

Le renvoi à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) figurant à l'article 1001 du code général des impôts est remplacé par un renvoi à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. En effet, ainsi que le rappelle l'annexe 8 du PLFSS : *« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, en application de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, la TSA et la TSCA sont fusionnées au sein d'une taxe unique, la TSA modifiée, dont le taux est modulé en fonction des caractéristiques du contrat. »*

L'attribution d'une part de la contribution sociale généralisée à l'assurance maladie est également mentionnée explicitement.

Le **3°** modifie la numérotation et l'intitulé de la section relative au risque vieillesse et veuvage.

Le **III** de l'article modifie les dispositions du livre III de la sécurité sociale, relatives aux personnes rattachées au régime général.

L'article L. 380-1 qui prévoit l'affiliation par défaut au régime général de toutes les personnes satisfaisant les conditions de résidence en France est abrogé par le **1°**.

Le premier alinéa de l'article L. 380-2 relatif à la fixation du taux de la cotisation annuelle des personnes relevant de la couverture maladie universelle de base (CMU-b) est modifié pour prévoir que sont redevables toutes les personnes dont les revenus ou ceux de leurs conjoints ou partenaires de Pacs sont inférieurs à un seuil fixé par décret. Ce seuil est celui actuellement prévu comme plafond pour le bénéfice de la CMU de base, 10 % du plafond de la sécurité sociale, soit 3 861 euros en 2016. Sont exclues de l'obligation de cotisation les personnes ayant perçu une pension de retraite, une rente ou un montant d'allocation chômage au cours de l'année.



---

Le 2° précise les différents types de revenus sur lesquels est assise la cotisation. Il s'agit des revenus du capital.

Le 3° précise que le taux de cotisation est réduit pour les personnes ayant des revenus compris entre 50 et 100 % du seuil fixé par décret. Le taux de cotisation croît progressivement pour atteindre celui de la sécurité sociale.

Le 4° précise que les cotisations sont recouvrées au titre de l'année précédente.

L'obligation d'être à jour de ses cotisations pour percevoir le remboursement des prestations et la possibilité de suspension des prestations en cas de fraude ou de fausse déclaration sont supprimées par le 5°.

Le 6° prévoit la transmission des informations fiscales pour établir le revenu des personnes susceptibles d'acquitter les cotisations prévues par l'article L. 380-2.

Le C modifie une référence au sein de l'article L. 380-3-1 relatif aux travailleurs frontaliers.

Le D prévoit une coordination à l'article L. 381-4 relatif à l'affiliation obligatoire des étudiants dont l'âge est inférieur à celui fixé par un décret.

Le E modifie l'article L. 381-8 relatif aux cotisations acquittées par les étudiants. Il prévoit que le montant forfaitaire de cotisation est revalorisé annuellement sur la base d'un coefficient et qu'ils ne sont pas redevables de la cotisation prévue à l'article L. 380-2. Sont également mentionnés les cas d'exonération de la cotisation prévue pour les étudiants.

Le IV procède à une coordination au sein de l'article L. 133-6-8 relatif aux cotisations et contributions de sécurité social dont sont redevables les travailleurs indépendants.

Le V **supprime** au sein de l'article L. 612-4 relatif au calcul des cotisations d'assurance maladie du régime social des indépendants, **l'interdiction de fixer des cotisations inférieures à un seuil fixé par décret.**

Le VI prévoit l'obligation d'une période minimale d'affiliation et du paiement d'un montant minimal de cotisations pour l'obtention des prestations en nature servies par le régime social des indépendants.

Le VII supprime la fixation par arrêté des subventions d'équilibre accordées à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale et à l'Etablissement national des invalides de la marine.

Le VIII procède à des coordinations au sein du code rural et de la pêche maritime.

Le **IX** prévoit la reprise par la Cnam du déficit du régime minier.

Le **X** prévoit la mise en œuvre de l'article au 1<sup>er</sup> janvier 2016 à l'exception des mesures relatives aux cotisations qui ont vocation à s'appliquer sur les revenus perçus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté onze amendements rédactionnels ou de coordination, présentés par le rapporteur.

## **III - La position de la commission**

Votre commission constate que cet article est nécessaire pour prévoir la mise en place de la protection universelle maladie. La réforme de la cotisation minimale des travailleurs indépendants est, pour sa part, très attendue et constituera un allègement de cotisation important pour une part non négligeable de ces personnes.

En dehors de la correction d'erreur de référence opérée par **l'amendement n° 50 adopté par la commission à l'initiative du rapporteur général** votre commission est donc favorable à cet article.

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

---

## CHAPITRE V

### Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

#### Article 21

(art. L. 864-1 et L. 864-2, L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

#### Sélection des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans

*Objet : Cet article tend à mettre en place une mise en concurrence destinée à sélectionner les contrats d'assurance maladie complémentaire pour les personnes de plus de 65 ans.*

#### I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le I tend à insérer dans le titre du code de la sécurité sociale relatif à la protection complémentaire en matière de santé et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé un chapitre IV nouveau comprenant les **dispositions relatives à la complémentaire santé des personnes âgées de plus de 65 ans**.

Ce chapitre comporte deux articles.

L'article **L. 864-1** nouveau propose d'ouvrir un crédit d'impôt de 2 % des primes pour les personnes de plus de 65 ans **qui souscrivent un contrat sélectionné à l'issue d'une procédure d'appel d'offre, respectant les règles des contrats responsables (prévues à l'article L. 871-1) et souscrit auprès d'un organisme d'assurance complémentaire**.

Ce **crédit d'impôt est financé par la taxe de solidarité sur les contrats d'assurance dite TSA modifiée**. Les modalités de son imputation sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

L'article **L. 864-2** fixe le cadre de cet appel d'offre selon un critère de primes prépondérant et des critères de qualité des prestations. Les contrats soumis à l'appel d'offre devront également respecter les règles des contrats responsables. Les modalités d'organisation de l'appel d'offre sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

Le II de l'article procède à une coordination.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements à cet article, un déposé par Mme Delaunay, rapporteure, et plusieurs de ses collègues, avec deux sous-amendements du Gouvernement, un amendement identique déposé par M. Bapt et plusieurs de ses collègues et enfin un déposé par Mme Delaunay en son nom propre.

L'amendement de la rapporteure tend à modifier de manière importante le mode de sélection des contrats bénéficiant du crédit d'impôt.

Il supprime le caractère « prépondérant » du montant des primes parmi les critères de sélection et précise que le montant des primes est apprécié au regard des garanties offertes par le contrat proposé.

Cet amendement permet également d'écarter une offre dont le montant des primes serait anormalement bas.

Il est précisé que les garanties contenues dans les offres doivent être au moins aussi favorables que les contrats complémentaires solidaires.

Outre un sous-amendement de précision, le Gouvernement a présenté un sous-amendement tendant à prévoir que toutes les offres répondant aux critères de l'appel d'offre obtiendront un label.

L'amendement signé par Mme Delaunay en son nom propre tend à faire évoluer comme l'Ondam le taux des primes des contrats labélisés.

## **III - La position de la commission**

Votre commission constate que la mesure proposée découle de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise qui exclut les retraités de la complémentaire d'entreprise et déplace les actifs et leurs familles des contrats individuels vers des contrats collectifs. La proportion des personnes âgées au sein des contrats individuels devrait donc s'accroître fortement ce qui contribuera à la segmentation du marché.

Il est par ailleurs important de souligner que l'augmentation des primes pour les assurés de plus de 65 ans correspond à une augmentation objective du risque et, qu'en moyenne, le niveau de vie des retraités est aujourd'hui supérieur à celui des actifs. Pour ceux dont les revenus sont faibles, de multiples dispositifs comme la CMU complémentaire et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé existent déjà. La multiplicité des dispositifs existants est d'ailleurs source d'obscurité et le Gouvernement vient d'ailleurs de demander à Pierre Boissier, chef de l'inspection générale des affaires sociales, un rapport sur la question.

---

Cet article entend faire baisser le coût des complémentaires santé des personnes de plus de 65 ans mais ne tient pas compte des situations où, comme dans les mutuelles de la fonction publique, les cotisations décroissent avec le revenu grâce à la mutualisation solidaire. Paradoxalement, ce serait le départ des assurés de plus de 65 ans du fait de l'application de cet article qui, pour les mutualistes de la fonction publique, créerait l'impossibilité de répartir le risque plus élevé des personnes de plus de 65 ans avec celui des actifs.

Enfin la détermination d'un taux d'évolution des primes d'assurance fixé sur l'Ondam ne paraît pas refléter une bonne appréhension des coûts de santé pour la population âgée de plus de 65 ans.

Le Gouvernement souligne que les personnes âgées de plus de 65 ans ne seront pas obligées d'adhérer à un contrat labélisé et que les régimes qui leur apportent déjà des garanties suffisantes en termes de couverture et de taux de cotisation ne seront donc pas remis en cause. Les régimes de mutuelles font cependant valoir que la mise en concurrence de mutuelles spécialisées dans la complémentaire santé et d'assurances pose une difficulté étant donné les différences de périmètre d'activité entre les unes et les autres, d'autant que le panier de soins couvert n'est pas encore connu. Elles craignent un départ de leurs adhérents séduits par des offres moins coûteuses.

Sans se prononcer sur la réalité des inquiétudes qui sous-tendent la position des différents acteurs, votre commission note donc que l'utilité sociale du dispositif n'est pas établie, dès lors :

- qu'il existe de multiples dispositifs permettant aux personnes de plus de 65 ans ayant des revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé ;

- que la cohérence et l'efficacité de ces dispositifs ne sera établie que lorsque le rapport finalement demandé à l'Igas sera remis et rendu public ;

- que les mécanismes de mutualisation des risques sont les seuls véritablement susceptibles de faire baisser les primes pour les plus de 65 ans et que certains existent déjà.

Dès lors votre commission estime prématurée toute mesure tendant à définir un nouveau panier de soins pour les plus de 65 ans. Elle a donc adopté à l'initiative du rapporteur général **l'amendement n° 51 de suppression de cet article.**

**La commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 22

(art. L. 242-1, L. 911-7 et L. 911-17-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

**Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels**

*Objet : Cet article tend à prévoir les conditions de participation de l'employeur à la couverture complémentaire pour les salariés par l'intermédiaire d'un « chèque » permettant l'adhésion à un contrat de couverture complémentaire en matière de frais de santé.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de cinq parties.

Le **I** modifie l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa partie relative à l'exclusion des contributions aux prestations complémentaires de prévoyance de l'assiette des cotisations sociales. Il procède à une coordination et étend l'exonération partielle et l'obligation de respecter les règles relatives aux contrats responsables aux versements de l'employeur pour la couverture complémentaire des salariés dont la durée de contrat ou la durée du travail est inférieure aux seuils.

Le **II** modifie l'article L. 911-7 relatif à l'obligation de mise en place d'une assurance complémentaire d'entreprise.

Il supprime la détermination par décret des catégories de salariés qui peuvent être dispensés de l'obligation d'affiliation en raison des caractéristiques de leur contrat.

Cette disposition est remplacée par la possibilité pour les salariés d'être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à condition de remplir les conditions prévues par le nouvel article L. 911-7-1.

Les salariés qui disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire pourront également être dispensés à condition d'appartenir à une des catégories définies par décret. Cette disposition renvoie en pratique aux catégories de salariés déjà énumérées à l'article R. 242-1-6.

Le **III** prévoit d'insérer dans le code un nouvel article L. 911-7-1. Cet article propose de fixer les conditions permettant aux salariés, dont la durée du contrat ou la durée de travail est inférieure à des seuils fixés par décret d'obtenir une couverture complémentaire des frais liés à la maladie, la maternité ou un accident comme les autres salariés.

L'employeur serait tenu de verser une somme « représentative du financement » qu'il accorde au titre de la couverture des autres salariés à condition que le salarié en fasse la demande et ait adhéré à un contrat solidaire.

---

Le bénéfice du versement de ces sommes exclut le salarié des dispositifs de CMU complémentaire et d'ACS.

Un accord de branche ou, à défaut, un accord d'entreprise peut imposer ce mode de financement de la complémentaire santé pour les travailleurs concernés.

Le IV supprime par coordination l'obligation de négocier sur les cas dans lesquels la situation particulière de certains salariés ou ayants droit peut justifier des dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié.

Le VI prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté huit amendements à l'initiative de la rapporteure. Sept sont de nature rédactionnelle ou tendent à effectuer une coordination. L'un des amendements met en place un régime transitoire permettant jusqu'au 31 décembre 2016 à l'employeur d'assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, des salariés par décision unilatérale, sauf à ce qu'ils soient déjà couverts par une complémentaire collective.

## **III - La position de la commission**

Votre commission relève que cet amendement tend à modifier le dispositif de couverture de la complémentaire d'entreprise qui sera mis en place dans quelques semaines.

Que son rattachement au PLFSS est particulièrement tenu puisqu'il ne repose que sur les mécanismes d'exonération dont pourraient bénéficier les employeurs. Ce d'autant plus que l'étude d'impact note qu'en pratique cette mesure n'aura aucun impact financier sur les comptes de la sécurité sociale.

Tout en estimant nécessaire d'assurer la couverture de tous les salariés votre commission constate que certaines entreprises ont déjà mis en place des mécanismes permettant de couvrir ceux qui ont des contrats courts ou un faible nombre d'heures.

Ces complémentaires d'entreprises ne permettent pas de suivre les salariés précaires mais seraient profondément remis en cause si les salariés en contrats courts, dont le profil de risque est spécifique, sortaient du dispositif.

Par ailleurs, s'agissant des salariés travaillant un faible nombre d'heures et donc potentiellement pour plusieurs employeurs le droit d'option des salariés permet d'éviter qu'ils cotisent à plusieurs complémentaires. Votre commission souligne par ailleurs que la cotisation qu'ils payent est proportionnelle à leur salaire.

Surtout la situation de ces salariés devrait être réglée par la négociation collective ou par la mise en place d'un des mécanismes de mutualisation préconisés par le rapport remis par Dominique Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective.

Pour l'ensemble de ces raisons votre commission a adopté à l'initiative du rapporteur général l'**amendement n° 52** tendant à supprimer cet article.

**La commission vous demande de supprimer cet article.**

*Article 22 bis (nouveau)*

**Rapport sur l'extension de la complémentaire d'entreprise  
aux personnes travaillant dans les établissements  
et services d'aide par le travail**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce que le Gouvernement remette un rapport sur les conditions d'extension de la couverture complémentaire d'entreprise aux personnes handicapées travaillant dans les établissements et services d'aide par le travail (Esat).*

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Cet article adopté en séance publique à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Huillier et de plusieurs de ses collègues tend à donner un an au Gouvernement pour remettre un rapport sur les conditions d'extension de la complémentaire d'entreprise aux personnes travaillant dans les **établissements et services d'aide par le travail**.

**II - La position de la commission**

Ainsi que le rappelle l'objet de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, les personnes travaillant dans les Esat ne sont pas des salariés au sens du code du travail. Ils ne sont donc pas éligibles à la complémentaire santé d'entreprise, prévues par l'accord national interprofessionnel repris par la loi du 14 juin 2013.



---

Ainsi que l'a signalé le Gouvernement dans sa réponse à la question écrite de Mme Chantal Guittet, députée du Finistère, publiée en août 2014<sup>1</sup>, la personne handicapée admise en établissement médico-social d'aide par le travail (Esat) est orientée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle bénéficie du code du travail pour ce qui concerne les dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail. Les travailleurs handicapés qui exercent des activités à caractère professionnel au sein d'un Esat ont le statut d'usager de cet établissement ou service. Ils ne sont pas liés à l'Esat qui les accueille par un contrat de travail, mais par un contrat de soutien et d'aide par le travail. Ce contrat, régi par le décret n° 2006-703 du 16 juin 2006, garantit aux travailleurs handicapés de l'Esat un ensemble de droits, dont l'affiliation à un régime de prévoyance. **L'adhésion de l'Esat à ce régime de prévoyance ou de mutuelle collective est facultative.** Elle peut résulter de conventions, d'accords collectifs ou de décisions unilatérales de l'Esat constatées par un écrit remis à chaque travailleur handicapé. C'est le règlement intérieur de l'Esat qui précise généralement l'existence d'un tel accord collectif et si l'adhésion à la mutuelle est obligatoire ou facultative pour les travailleurs handicapés usagers de l'Esat. Par ailleurs, en vertu des dispositions de l'article R. 243-9 du code de l'action sociale et des familles, l'Etat assure à l'organisme gestionnaire de l'Esat la compensation d'une partie des cotisations payées au titre de l'affiliation des travailleurs handicapés à une institution de prévoyance, agréée par l'Etat au sens de l'article L. 931-4 du code de la sécurité sociale, à une mutuelle régie par le code de la mutualité ou à une société d'assurances ou une entreprise d'assurances régie par le code des assurances. Il prend ainsi en charge la part de rémunération garantie directement financée par l'Esat, notamment pendant les périodes d'indemnisation de l'assurance maladie. Cette compensation est égale à 2 % de la part de la rémunération garantie financée par l'Esat.

Dans ces conditions, il apparaît clairement que les personnes travaillant dans les Esat ne sont pas dans la même situation du point de vue de leur rémunération que les salariés. Par ailleurs l'obligation de mettre en place une complémentaire santé accroîtrait considérablement la charge des Esat qui ne sont pas, eux non plus, dans la même situation que les entreprises pour négocier des tarifs avec les prestataires de couvertures complémentaires. Il convient enfin de mesurer l'ampleur du reste à charge pour les personnes travaillant dans les Esat dont plusieurs doivent déjà se trouver dans le cadre des ALD.

Votre commission considère néanmoins que si le Gouvernement souhaite à nouveau examiner la question de la protection complémentaire des personnes travaillant dans les Esat elle n'a pas de raison de s'y opposer.

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

---

<sup>1</sup> Question n° 27542

---

Article 23

(art. 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013)

**Prorogation de la participation des organismes complémentaires  
au financement des nouveaux modes de rémunération**

*Objet : Cet article vise à proroger d'un an le financement par contribution des organismes complémentaires des nouveaux modes de rémunération (NMR) prévus par l'avenant n° 8 à la convention nationale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.*

**I - Le dispositif proposé**

• Signé le 25 octobre 2012, l'**avenant n° 8** à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit en son article 7 une **diversification des modes de rémunération** dans le cadre des activités cliniques (s'agissant notamment de la médecine générale), qui doit permettre d'« *améliorer la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, des patients nécessitant un suivi attentif du fait de leurs pathologies ou de leur âge* ».

Le même article a prévu un **financement conjoint de ces nouveaux modes de rémunération (NMR) par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires (Ocam)**. Il est ainsi précisé que « *les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants* ».

L'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a traduit cet engagement dans la loi en instituant **une participation à la charge des Ocam pour financer les modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale** – c'est-à-dire les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins et non curatives des médecins, notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique ou de veille sanitaire.

Cette participation, recouvrée annuellement par l'Urssaf d'Ile-de-France et affectée à la Cnam, est due par les Ocam au prorata du nombre d'assurés ou ayant droits ayant bénéficié au moins une fois dans l'année civile précédente d'une visite auprès de leur médecin traitant ayant donné lieu à une prise en charge du ticket modérateur par l'organisme complémentaire<sup>1</sup>. Au total, la contribution est égale au produit de ce nombre par un **forfait annuel** fixé par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, **dans la limite de cinq euros et dans celle d'un montant global maximal de 150 millions d'euros par an.**

---

<sup>1</sup> Ce qui exclut donc les assurés bénéficiant de la CMU-c.

---

Pour l'année 2014, le forfait a été fixé à 5 euros sur la base d'une estimation de 28,5 à 31,4 millions de personnes prises en compte dans le calcul de la contribution, pour un rendement total de 149 millions d'euros.

• Le **III** de l'article 4 de la loi précitée a prévu le prélèvement de cette contribution pour les seules années 2013 à 2015. Cette disposition résultait d'un amendement gouvernemental qui précisait que « *compte tenu de l'objectif de généralisation du tiers payant, les modalités de versement de la participation des organismes complémentaires au financement de l'amélioration du suivi, de la prévention et de la qualité des soins ont vocation à être transitoires. La convention médicale arrivant en outre à échéance avant la fin de l'année 2016, et la contribution étant recouvrée au titre d'une année civile, il est donc prévu que ces modalités s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2015* ».

Or, la nouvelle convention médicale ne devrait entrer en vigueur qu'au début de l'année 2017, selon l'évaluation préalable annexée au présent article. Dans la mesure où l'engagement des complémentaires est valable aussi longtemps que la convention est en application, il est donc nécessaire de **prévoir dans la loi l'application de ce prélèvement pour une année supplémentaire.**

## **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 prend acte de la reconduction de cette mesure. **Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 24*

*(art. L. 138-19-1 à L. 138-19-3, L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale)*

### **Fixation des seuils de déclenchement des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)**

*Objet : Cet article a pour objet de fixer le seuil de déclenchement des contributions sur le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments remboursables et sur le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments destinés à lutter contre le virus de l'hépatite C.*

## **I - Le dispositif proposé**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a réformé 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 devenue « taux L ».

Les entreprises exploitant des médicaments remboursables doivent acquitter cette contribution lorsque la progression globale du chiffre d'affaires du secteur est supérieure à un taux fixé par la loi de financement.

Le taux de la contribution est défini en fonction du taux d'accroissement du chiffre d'affaires par rapport au taux cible : si celui-ci est dépassé du taux L + 0,5 point, le taux de la contribution est de 50 % de la part du chiffre d'affaires concernée, il est de 60 % lorsque que le taux d'augmentation est compris entre L + 0,5 point et L + 1 point et de 70 % au-delà.

Le montant de la contribution est réparti à 60 % en fonction du chiffre d'affaires des entreprises redevables et à 40 % en fonction de sa progression.

Le Gouvernement a fixé un objectif de stabilité de la dépense de remboursements de médicaments sur la période 2015-2017. Compte tenu de l'augmentation tendancielle de la part des prises en charge en « affection de longue durée » ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, la dépense remboursée progresse environ 1 point plus vite que le chiffre d'affaires des laboratoires. En conséquence, le taux L a été fixé à - 1 % pour 2015.

Le présent article fixe le taux L à - 1 % pour l'année 2016.

Pour 2016, si l'objectif de stabilité des dépenses de remboursement est atteint, le rendement de la contribution devrait être nul.

La contribution portant sur le chiffre d'affaires réalisé au titre de médicaments contre l'hépatite C est déclenchée par deux conditions cumulatives :

- le chiffre d'affaires global réalisé au titre de médicaments destinés à lutter contre l'hépatite C est supérieur à un certain seuil ;
- ce même chiffre d'affaires s'est accru de plus de 10 % par rapport à l'année précédente.

Le montant W, seuil de déclenchement de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C, est fixé par le présent article à 700 millions d'euros pour 2016, au même niveau qu'en 2015, après un seuil fixé à 450 millions d'euros en 2014.

La contribution W au titre de 2014 a conduit aux résultats suivants :

**Mise en œuvre de la contribution W en 2014**

CAHT brut déclaré	Remises CEPS	Montant notifié en application de W	Coût net pour l'assurance maladie
1212 M€	329 M€	282 M€	601 M€

Source : réponse au questionnaire

---

Ce dernier montant avait pour objectif de faire face à la montée en charge brutale des traitements initialement disponibles de manière dérogatoire en ATU puis « post-ATU ». Il a donné lieu à une atténuation de dépenses pour la Caisse nationale d'assurance-maladie de 282 millions d'euros, dont 76,5 millions d'euros versés dans le cadre d'un conventionnement avec le CEPS.

Le Gouvernement estime que compte tenu de l'évolution des prix fixés par le CEPS pour les médicaments concernés, des conditions de prise en charge et de la capacité du système de soins, il est attendu une relative stabilisation du chiffre d'affaires (net de remises) réalisé par l'industrie pharmaceutique pour les médicaments dédiés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, ce qui justifie de fixer le montant W pour 2016 au même niveau qu'en 2015. Le mécanisme W ne devrait donc pas se déclencher en 2016.

## **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 considère qu'il n'est plus nécessaire de maintenir le mécanisme W, qui a désormais produit ses effets, en 2016. A cette fin, elle a adopté, à l'initiative du rapporteur général, l'**amendement n° 53**.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

## TITRE II

### CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

#### Article 25

#### **Approbation du montant des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale**

*Objet : Cet article a pour objet d'approuver le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattement 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, communément appelées « niches sociales », représentent un volume global de 35 milliards d'euros pour l'année 2014 et un volume prévisionnel de 42,6 milliards d'euros en 2016, qui traduit 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, 6,3 milliards d'euros en 2016).

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. En application de la loi de financement pour 2015, la compensation des exonérations résiduelles applicables aux heures supplémentaires font désormais l'objet d'une compensation budgétaire, tout comme, à partir de 2016, les déductions forfaitaires pour les services à la personne.

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 (p)	2016 (p)
Allègements généraux	20 610,0	20 724,0	20 886	26 256	29 177
Exonérations compensées	6 055,6	3 856,5	3 694	3 556	3 412
Exonérations non-compensées	3 822,3	3 207,3	3 694	3 775	3 686
Exemptions d'assiette	8 340,0	6 444,4	6 746	6 967	6 353
<b>Total</b>	<b>38 827,9</b>	<b>34 232,2</b>	<b>35 020</b>	<b>40 555</b>	<b>42 629</b>

Source annexe 5 PLFSS

---

Hors allègements généraux, le volume des autres types de mesures est en baisse, en conformité avec l'objectif de stabilisation du coût des niches sociales posé par l'article 20 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Avec un montant de 3,4 milliards d'euros, le volume des exonérations compensées est en baisse de 4 %, soit 212 millions d'euros, après une baisse de 3,7 % en 2015.

Cette baisse traduit la fermeture ou la réforme de certains dispositifs (auto-entrepreneurs, contrats vendanges, zones de revitalisation urbaines, suppression par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques du contrat d'accès à l'emploi en outre-mer) dans un contexte de relative stabilité du coût des autres mesures.

Les cinq premiers postes d'exonérations compensées sont les suivants en prévisions pour l'année 2016 :

- contrats d'apprentissage (911 millions d'euros) ;
- entreprises en outre-mer, dispositif visé par l'article 9 du projet de loi (896 millions d'euros) ;
- déductions sur les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés (500 millions d'euros) ;
- exonérations travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (365 millions d'euros) ;
- déduction forfaitaire de 0,75 euro par heure déclarée pour les services à la personne (151 millions d'euros).

Le montant correspondant à la compensation des exonérations, prévu par le présent article, est de 3,5 milliards d'euros. L'annexe 5 indique qu'« en 2016, les crédits budgétaires consacrés à la compensation des mesures d'exonérations ciblées sont calibrés à hauteur du coût des exonérations estimés par le Gouvernement ». A fin 2014, la dette de l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale sur ce poste était de 240 millions d'euros, dont 102 millions d'euros à l'égard 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**

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

*Article 26*

**Approbation des prévisions de recettes  
et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires**

*Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2016 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 2016.

Ce tableau fait apparaître une prévision de déficit de **5,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires en 2016.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, ce montant représente une amélioration du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de :

- 3,7 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2014 figurant à l'article 1<sup>er</sup> du présent projet de loi de financement ;

- 3 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2015 figurant à l'article 5 du présent projet de loi de financement.

Par rapport au solde de l'année 2012 (15,1 milliards d'euros), le déficit des régimes obligatoires de base se réduirait d'un montant cumulé de 9,5 milliards d'euros en 2016.



### Evolution des soldes, par branche, des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Constaté 2012	Constaté 2013	Constaté 2014	Prévisions 2015	Prévisions 2016
Maladie	- 5,9	- 6,9	- 6,5	-7,5	-6,2
Vieillesse	- 6,1	- 3,6	- 0,8	-0,2	0,9
Famille	- 2,5	- 3,3	- 2,7	-1,6	-0,8
AT-MP	- 0,6	0,7	0,7	0,6	0,6
Total	- 15,1	- 13,1	-9,3	-8,6	-5,6
FSV	- 4,1	- 2,9	-3,5	-3,8	-3,7
Tous régimes +FSV	- 19,2	- 16	-12,8	- 12,4	-9,2

Si l'on ajoute le solde du Fonds de solidarité vieillesse, le déficit atteint 9,2 milliards d'euros en 2016.

### Dépenses et recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV en 2016

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse	228,7	227,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8
AT-MP	14	13,4	0,6
<b>Toutes branches hors transferts</b>	<b>472,8</b>	<b>478,3</b>	<b>-5,6</b>
FSV	16,4	20,1	-3,7
Vieillesse avec FSV	ND	ND	-2,8
<b>Toutes branches avec FSV</b>	<b>469,5</b>	<b>478,7</b>	<b>-9,2</b>

Source : Annexe 4 du PLFSS 2013

Pour 2016, le mouvement de ralentissement des dépenses se poursuit : la dépense progresserait de 0,5 % (transfert des allocations de logement familiales) et les recettes augmenteraient de 0,3 %. En recettes, l'année 2016 est marquée par la deuxième étape du pacte de responsabilité pour plus de 4 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

Votre commission, par cohérence avec la position qu'elle adopte sur les différentes branches, en désaccord avec la persistance de déficits très élevés pour la maladie et le FSV et les politiques conduites à l'égard de la branche famille et de la branche AT-MP, ne peut se satisfaire de ces prévisions de recettes et objectifs de dépenses.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**

## Article 27

**Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2016**

*Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2016 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 26 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2016.

(en milliards d'euros)

Régime général	Prévisions de recettes			Objectifs de dépenses		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Maladie	161,4	166,6	<b>171,7</b>	168,8	174,1	<b>177,9</b>
Vieillesse	115,1	119,9	<b>123,6</b>	,7	120,5	<b>123,1</b>
Famille	56,2	52,8	<b>48,8</b>	59,1	54,4	<b>49,6</b>
AT-MP	12	12,4	<b>12,5</b>	11,8	11,8	<b>12</b>
Toutes branches hors transferts	<b>332,7</b>	<b>339,3</b>	<b>344</b>	<b>344,3</b>	<b>348,3</b>	<b>350</b>

**Les recettes progresseraient de 1,4 % tandis que les dépenses progresseraient de 0,5 %.**

Ce tableau fait apparaître une prévision de déficit de 6 milliards d'euros pour le régime général en 2016.

(en milliards d'euros)	Solde			
	2013	2014	2015	2016
<b>Maladie</b>	-6,8	-7,3	-7,5	-6,2
<b>Vieillesse</b>	-3,6	-1,6	-0,6	0,5
<b>Famille</b>	-3,3	-2,9	-1,6	-0,8
<b>AT-MP</b>	0,7	0,2	0,6	0,5
<b>Toutes branches hors transferts</b>	-13,1	-11,7	-9	-6

Le déficit du régime général se réduirait de 3 milliards d'euros par rapport à 2015.

En l'absence de mesures, le gouvernement considère que l'évolution tendancielle des dépenses porterait le déficit du régime général à 10,5 milliards d'euros.

L'annexe 9 retrace les écarts en recettes et en dépenses par rapport à ce solde.

**Tableau d'équilibre financier du PLFSS 2016**

(en milliards d'euros)	Régime général					Tous régimes Toutes branches	Fonds de solidarité vieillesse	Impact CNSA	Impact CADES	Sphère ASSO
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches					
<b>Mesures à compenser intégrées dans le solde tendanciel CCSS (a)</b>	-0,4	0,0	-0,4	-0,3	-1,1	-1,1	0,0	0,0	0,0	-1,2
<b>Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité (phase 1)</b>	-0,4	0,0	-0,4	-0,1	-1,0	-1,0	0,0	0,0	0,0	-1,0
Extinction progressive de la recette CCP	-0,4	0,0	-0,4	-0,1	-1,0	-1,0	0,0	0,0	0,0	-1,0
<b>Mesures de la loi croissance et activité</b>	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,2	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2
suppression de la contribution salariale				0,0	0,0	0,0				0,0
baisse de la contribution patronale sur les AGA				-0,1	-0,1	-0,1				-0,1
mesure PERCO					0,0	0,0	0,0			0,0
mesure forfait social			0,0		0,0	0,0	0,0			-0,1
<b>Soldes tendanciels CCSS septembre 2015 (b)</b>	-10,1	0,7	0,0	-1,2	-10,5	-10,1	-3,7			
<b>Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité (phase 2) (c)</b>	-0,4	0,0	-0,4	-3,1	-3,9	-3,9	-0,1	0,0	0,0	-4,1
Création d'un abattement sur la C3S	-0,4		-0,4		-0,9	-0,9	-0,1			-1,0
Réduction du taux d'AF jusqu'à 3,5 SMIC				-3,1	-3,1	-3,1				-3,1
<b>Mesures visant la compensation du Pacte de solidarité et de responsabilité (d)</b>	0,0	0,0	0,0	5,1	5,1	5,1	0,0	0,0	0,0	5,1
Rebudgétisation ALF				4,7	4,7	4,7				4,7
Transfert du financement de la protection juridique des majeurs				0,4	0,4	0,4				0,4
<b>Autres mesures PLF (e)</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
financement des MAD de la DGOS	0,0				0,0	0,0				0,0
Création de l'AFRS (économies sur l'ASPA)						0,0	0,1			0,1
<b>Ajustement de la fraction de TVA nette (f)</b>	0,1				0,1	0,1				0,1
<b>bilan des pertes de recettes et des transferts opérés en PLF (g = a + c + d + e + f)</b>	-0,7	0,0	-0,9	1,7	0,1	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Transfert intra-sécu (h)</b>	0,8	0,0	0,7	-1,8	-0,2	-0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
CSG capital	-7,1			-1,0	-8,1	-8,1	8,5	-0,1	0,1	0,4
Prélèvement de solidarité	-2,3				-2,3	-2,3	2,4			0,1
Prélèvement social	-2,4		-1,3		-3,8	-3,8	4,1	1,4	-1,5	0,2
C3S	0,5				0,5	0,5	-0,5			0,0
Taxe sur les salaires	2,3		1,0	0,2	3,6	3,6	-3,6			0,0
CSG activité remplacement et jeux	9,9			-0,2	9,7	9,7	-9,9	-1,2	1,4	0,0
Preciput				-0,7	-0,7	-0,7				-0,7
forfait social			1,0		1,0	1,0	-1,0			0,0
évolution du mode de participation des régimes vieillesse au financement de la CNSA			0,1		0,1	0,1		-0,1		0,0
<b>Effet net des transferts PLF/PLFSS 2015 (i = g + h)</b>	0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>ONDAM (j)</b>	3,4	0,0			3,4	3,4				
<b>Mesures relatives aux recettes (k)</b>	-0,3	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	-0,3				-0,3	-0,3				
<b>Mesures relatives à la branche famille (l)</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prolongation de l'expérimentation de la GIPA				0,0	0,0	0,0				0,0
<b>Nouvelles modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale (m)</b>	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,0			
<b>Autres (n)</b>	0,2	-0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transfert de cotisation entre la CNAM et la CNAM-AT	0,3	-0,3			0,0	0,0				
Soutien à la filière agricole (minimales et option de lissage)	-0,1	0,0		0,0	0,0	0,0				
<b>Soldes 2016 après mesures (= b + c + d + e + f + h + j + k + l + m + n)</b>	-6,2	0,5	0,5	-0,8	-6,0	-5,6	-3,7			

## 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 des différents soldes.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**

### *Article 28*

#### **Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV) ; fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et 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 2016 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 **3,7 milliards d'euros en 2016**. Le déficit du fonds se maintient à un niveau élevé après avoir enregistré une nouvelle dégradation de 880 millions d'euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2015.

#### Tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

2015			2016		
Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
16,4	20,2	- 3,8	16,4	20,1	- 3,7

Source : projet de loi

Par rapport à 2015, le fonds est affecté par des évolutions de périmètre qui ne modifient pas le caractère structurel du déséquilibre de ses comptes.

La prise en charge du coût des majorations de pensions pour enfants (4,7 milliards d'euros en 2015), dont le financement est assuré par un transfert de Cnaf au FSV, ne transitera plus par le fonds à compter de 2016, ce qui se traduit par une diminution des charges et des produits de 4,7 milliards d'euros.

Hors cet effet de périmètre, les charges du FSV diminueraient de 200 millions d'euros en 2016 sous l'effet d'une baisse attendue du coût du minimum contributif, liée à une prise en charge proportionnelle et non plus forfaitaire en application de l'article 87 de la LFSS pour 2015, et d'une augmentation du coût des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage. Sur ce dernier poste, qui constitue le premier poste de charges du FSV (11 milliards d'euros en 2016, soit 2 746 euros par chômeur), une diminution de 7% était attendue en 2015 liée à l'évolution du calcul de cette prise en charge basé sur 35 heures hebdomadaires et non plus 39 heures comme précédemment ; elle s'est établie à 4,4 %. Malgré une anticipation de la baisse du chômage, le coût de ce dispositif, qui évolue comme le Smic et la cotisation vieillesse, devrait continuer à progresser de l'ordre de 2 % par an.

**En recettes, malgré une refonte complète des produits qui lui sont alloués, le fonds ne connaît aucune évolution en volume, ce qui explique son installation dans un déficit persistant.**

### La fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades

Le II du présent article propose de fixer à 14,2 milliards d'euros l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2016. Ce niveau est en progression, 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 venir<sup>1</sup> (soit 16,7 milliards d'euros) et le montant des frais financiers nets payés par la Caisse (soit 2,6 milliards)<sup>2</sup>.

Il s'améliore sous le double effet d'une progression des produits, en particulier de la CRDS et d'une diminution des charges.

#### Comptes de résultat prévisionnel de la Cades

<i>(en millions d'euros)</i>	<b>2015 (p)</b>	<b>2016 (p)</b>
CRDS	6 778	6 973
CSG	6 002	7 674
Versement FRR	2 100	2 100
Prélèvement social sur les revenus du capital	1 534	-
<b>Total ressources</b>	<b>16 414</b>	<b>16 747</b>
Frais financiers et autres charges	2 827	2 658
<b>Résultat</b>	<b>13 587</b>	<b>14 089</b>

Source : Annexe 8 et article 15 du PLFSS.

Depuis sa création en 1996, la caisse 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.

<b>Texte</b>	<b>Montant plafond</b>	<b>Déficits concernés</b>
<b>LFSS 2011</b>	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
<b>LFSS 2014</b>	Même plafond	CNAV+ FSV en priorité Maladie et famille par ordre d'ancienneté

<sup>1</sup> Ces ressources se composent 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 de 2,1 milliards d'euros effectué par le FRR.

<sup>2</sup> Ce montant correspond au coût de financement de la Cades.

En application de ces dispositions, la Cades a repris les déficits suivants pour les années 2011 à 2015 :

<i>(en milliards d'euros)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Régime général</b>	65,3	9,7	8,9	10	10
<b>Déficit</b>	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)
<b>Régularisations</b>		-3,1	-1,2		
<b>CCMSA</b>	2,5				

En 2016, en application de l'article 17 du présent projet de loi, les reprises de dette par la Cades seraient portées à 23,6 milliards d'euros.

Seraient ainsi repris en 2016 :

- les déficits 2015 de la Cnav et du FSV (4,4 milliards d'euros minorés de 0,7 milliard au titre de la reprise 2015) ;
- le reliquat du déficit 2013 de la Cnam (6,5 milliards d'euros)
- le déficit 2013 de la Cnaf (3,2 milliards d'euros) ;
- une partie du déficit 2015 de la Cnam.

Resteraient par conséquent à l'Acoss à fin 2016:

- le reliquat du déficit 2015 de la Cnam ;
- le déficit de la branche famille pour 2015 ;
- les déficits de l'année 2016 ;
- les déficits de la branche vieillesse des salariés agricoles

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 la durée de vie de la Cades de quatre ans, 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 restera 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 2014, la valeur de marché des actifs du FRR était de 37,2 milliards d'euros, après des versements cumulés de 8,4 milliards d'euros à la Cades. En 2014, le FRR a dégagé un résultat financier de 1,5 milliard d'euros. A fin 2015, cette valorisation est estimée à 36,5 milliards d'euros avec une performance annualisée depuis l'origine du fonds de 4,2 %.

Lors de son audition par votre rapporteur général, notre collègue Alain Vasselle, président du conseil de surveillance du FRR, a fait part du projet du FRR de mobiliser 2 milliards d'euros au profit du financement de l'économie française, en particulier les fonds propres des PME, le capital-investissement et les infrastructures. Cet engagement supposerait une sécurisation des obligations de passif du FRR dans les années qui viennent et suppose que le fonds ne subisse pas de nouvelles ponctions, par exemple, pour la résorption de la dette.

#### **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.



## 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 ne peut se satisfaire du tableau d'équilibre du FSV présenté à cet article.

Le financement par le déficit de ces dépenses de solidarité n'est pas acceptable, faisant supporter aux générations futures le poids de dépenses courantes d'aujourd'hui.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**

### *Article 29*

#### **Habilitation d'organismes à recourir à des ressources non permanentes**

*Objet : Cet article habilite sept organismes à recourir, en 2016, 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 2015 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Comme en 2014, le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE), pour lequel un plafond de 30 millions d'euros avait été fixé en 2013, ne fait pas partie de la liste, son niveau de trésorerie étant jugé suffisant pour couvrir l'ensemble de ses besoins. En 2016, la situation de la CNRACL et du régime d'entreprise de la RATP ne rendent pas nécessaire une autorisation de recourir à une autorisation de découvert.

En revanche, une autorisation est reconduite pour la Cnieg et le régime d'entreprise de la SnCF. Pour cette dernière, la diminution du plafond s'explique par la mensualisation, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, du versement des prestations qui devrait réduire le décalage avec le recouvrement mensuel des cotisations.

Le plafond de découvert de la CCMSA augmente à 3,95 milliards d'euros.

#### Evolution des plafonds d'avance de trésorerie

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)	22	29,5	34,5	36,3	Jusqu'au 31/07 40	A partir du 01/08 30
Régime des exploitants agricoles (CCMSA)	2,9	4	4,2	3,7	3,95	
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	1,45	1,45	0,95	0,6	0	
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	0,9	0,95	0,9	1	Jusqu'au 31/01 1,05	A partir du 01/02 0,35
Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg)	0,6	0,4	0,44	0,2	0,250	
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	0,05	0,03	0,015	0,015	0	
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	0,65	0,75	0,45	0,4	0,350	
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE)	0,05	0,03	0	0	0	

Source : Lois de financement de la sécurité sociale et PLFSS 2016

Le plafond des ressources non permanentes proposé en 2016 pour le régime général (Acoss) s'élève à **40 milliards d'euros**, soit un montant inférieur au plafond historique de 65 milliards d'euros, atteint en 2010 mais en croissance régulière depuis l'importante reprise de dette de 2011, l'Acoss n'ayant jamais totalement renoué, sous l'effet de la dégradation persistante des comptes sociaux, avec sa mission exclusive de financement de la seule trésorerie infra-annuelle des branches.

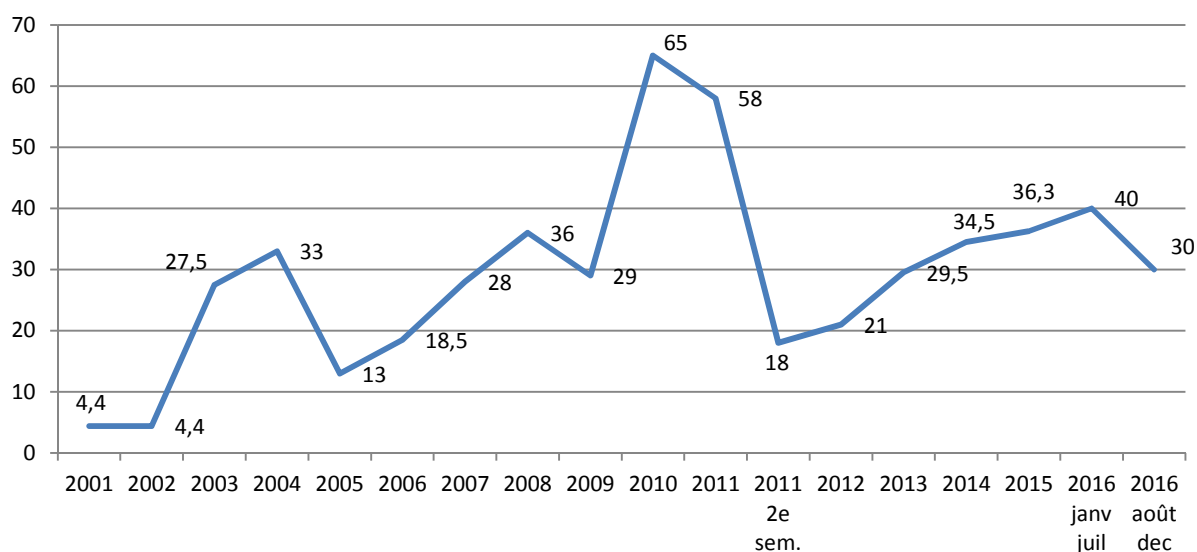
Comme en 2011, le présent article prévoit deux plafonds de découvert pour l'Acoss, pour tenir compte du transfert programmé de 26,3 milliards d'euros à la Cades.

Pour 2016, le profil de trésorerie de l'Acoss fait apparaître un besoin maximal de 38,9 milliards d'euros brut, au 15 janvier 2016 ; le besoin moyen brut s'établirait à 27,7 milliards d'euros et le besoin au 31 décembre 2016 à 24,9 milliards d'euros.

Cet article prévoit également deux plafonds pour la caisse de retraite des mines, dont l'intégration financière de la branche maladie avec le régime général est prévu à l'article 20 du présent projet de loi, avec une reprise de ses déficits cumulés. Le II du présent article étend au régime des mines la possibilité ouverte par l'article 31 de la loi de financement pour 2015 au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles de bénéficier, contre rémunération, de prêts et avances de l'Acoss d'une durée inférieure à douze mois. Cette possibilité vise à réduire le montant des frais financiers acquittés par le régime et de le faire bénéficier de l'expertise et de la signature de l'Acoss.

#### Evolution du plafond de découvert de l'Acoss

(en milliards d'euros)



Source : LFSS

Le plafond de découvert de l'Acoss après reprise de dettes par la Cades 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 (8,2 milliards d'euros) ;
- la trésorerie de l'ensemble des branches dont les déficits en fin d'année 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.

## **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 vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 30*

#### **Approbation du rapport figurant en annexe B**

*Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale ainsi que de l'Ondam pour les quatre 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<sup>er</sup> 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 2014 à 2019, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général. Il présente également les recettes, les dépenses et les soldes du fonds de solidarité vieillesse pour la même période.

Il a en principe vocation à définir un programme pluriannuel complétant la trajectoire définie par la loi de programmation des finances publiques et détaillant les hypothèses sur lequel elle se fonde.

Si le rapport est relativement disert sur l'année 2016 et les différentes mesures qui figurent par ailleurs dans le projet de loi, il n'apporte aucune précision pour les années qui suivent sur les prévisions ou projections macroéconomiques qui sous-tendent les hypothèses de recettes (croissance, évolution de la masse salariale) et de dépenses, ni sur les orientations que le Gouvernement entend privilégier pour parvenir aux résultats annoncés.

Ce manque est d'autant plus regrettable que ces hypothèses ont dues être révisées pour 2015 et 2016 et que la fin de période était marquée par une forte progression de la masse salariale du secteur privé qui franchissait en loi de programmation des finances publiques une marche très significative entre 2016 et 2017.

#### Les hypothèses macro-économiques pour 2015 et 2016

	2015 (PLFSS 2015)	2015 (PLFSS 2016)	2016 (PLFSS 2015)	2016 (PLFSS 2016)	2017	2018
PIB en volume	1	1	1,7	1,5	1,85	1,85
Inflation	0,9	0,1	1,4	1	1,75	1,75
Masse salariale du secteur privé	2	1,7	3,5	2,8	4,2	4,2

Source : annexes B pour les années 2015 et 2016 et RESF pour les années 2017 et 2018

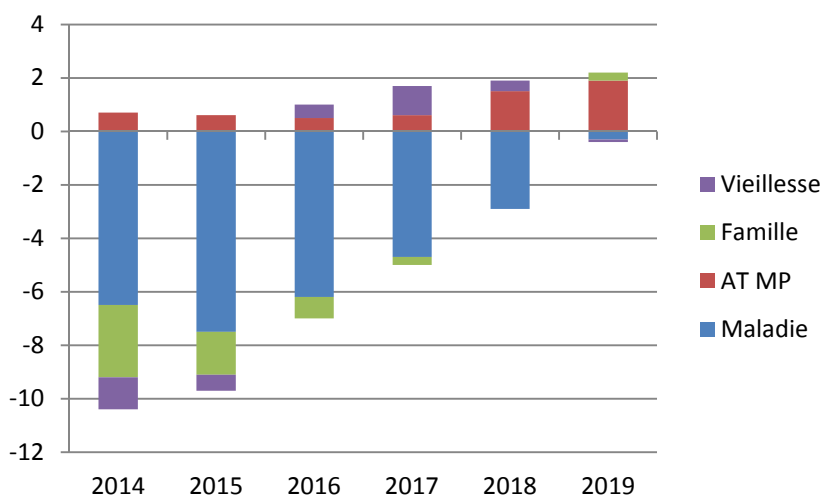
Le rapport est muet et, en cela, **non conforme aux dispositions organiques sur l'Ondam** au-delà de l'année 2016. Seul le programme de stabilité, présenté en avril 2015 et non repris dans le texte du rapport, a informé le Parlement d'un taux de progression de l'Ondam également fixé à 1,75 % pour l'année 2017.

Y figure en revanche, à l'issue de considérations diverses sur l'Ondam 2016, une annonce particulièrement surprenante sur le transfert, pour les années 2016 et 2017, de 0,05 point de cotisations entre la branche AT-MP, en excédent pour la deuxième année consécutive en 2016, vers la branche maladie, en déficit chronique, soit un transfert de 250 millions d'euros en 2016 puis en 2017. Le rapport justifie ce transfert de la façon suivante : « en effet, le remboursement de soins et l'évolution des tarifs assure une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne in

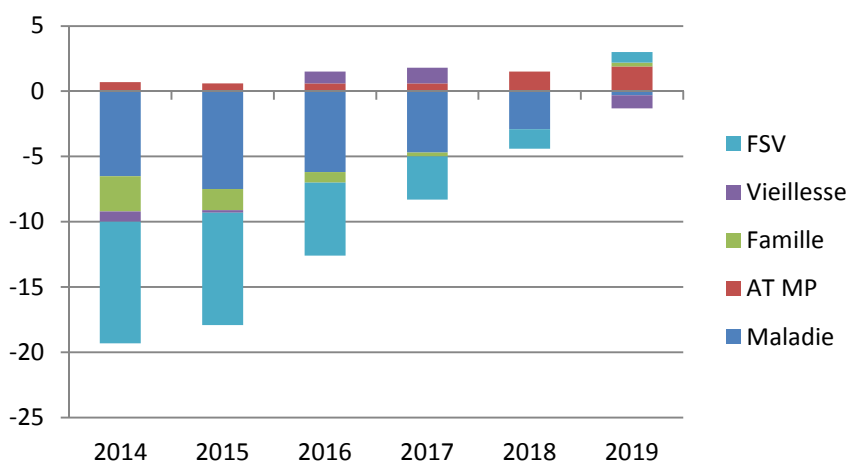
fine une diminution du coût moyen du traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP ». Si, avec 12 milliards d'euros de dépenses, la branche est en mesure de restituer 250 millions d'euros, soit 2 %, de gains d'efficacité liés au progrès technique dans le secteur médical, comment expliquer que la branche maladie, avec 177,9 milliards de dépenses, ne soit pas en mesure de faire de même ? On notera également que le déficit de la branche maladie pour 2016 n'est donc pas de 6,2 milliards d'euros mais de 6,4 milliards d'euros, compte non tenu du transfert de cotisations de la branche AT-MP. Cette mesure est d'autant moins justifiable que la branche AT-MP est la seule à fonctionner selon une logique assurantielle, les cotisations, qui ont augmenté ces dernières années, ayant vocation à équilibrer le régime.

L'examen des perspectives pluriannuelles fait apparaître les éléments suivants :

**Décomposition par risques des soldes du régime général**



**Décomposition par risques des soldes des régimes obligatoires de base et du FSV**



### Recettes, dépenses et solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base

<i>(en milliards d'euros)</i>		2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Maladie</b>	Recettes	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
	Dépenses	193,2	198	201,1	206,1	209,9	213,7
	<b>Solde</b>	<b>-6,5</b>	<b>-7,5</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>-2,9</b>	<b>-0,3</b>
<b>AT-MP</b>	Recettes	13,8	13,9	14	14,1	15,1	15,7
	Dépenses	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8
	<b>Solde</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Famille</b>	Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
	Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
	<b>Solde</b>	<b>-2,7</b>	<b>-1,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,0</b>	<b>0,3</b>
<b>Vieillesse</b>	Recettes	219,1	223,5	228,7	234,1	240,0	247,2
	Dépenses	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
	<b>Solde</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>
<b>Toutes branches</b>	Recettes	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
	Dépenses	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	515,4
	<b>Solde</b>	<b>-9,3</b>	<b>-8,6</b>	<b>-5,6</b>	<b>-3,3</b>	<b>-1,5</b>	<b>0,8</b>
<b>FSV</b>	Recettes	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,4
	Dépenses	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	20,2
	<b>Solde</b>	<b>-3,5</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,8</b>
<b>Solde tous régimes + FSV</b>		<b>-12,8</b>	<b>-12,4</b>	<b>-9,3</b>	<b>-6,9</b>	<b>-4,6</b>	<b>-2</b>

Source : Annexe B PJLFSS 2016

Le retour à l'équilibre des comptes est reporté au-delà de l'horizon couvert par le rapport annexé, le solde, FSV compris étant de - 1 milliard d'euros pour le régime général en 2019 et de - 2 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base.

Le fonds de solidarité vieillesse est installé dans un déficit supérieur à 3 milliards d'euros sur l'ensemble de la période avec des dépenses en progression malgré la résorption annoncée du chômage sous l'effet d'un mode de calcul des cotisations qui a pour effet de la compenser. Sur la période, le taux de couverture des dépenses par les recettes est en moyenne de 83 % sans que le surcroît de recettes constaté en fin de période, et qui permet d'améliorer légèrement de taux de couverture, ne soit explicité.

Après une période conjoncturelle d'amélioration de son solde, la branche vieillesse renoue avec les déficits dès l'année 2019, à hauteur de 100 millions d'euros pour le régime général et d'un milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, attestant du caractère structurel des déséquilibres, notamment pour des raisons démographiques.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

De la même manière qu'elle a donné un avis défavorable à la programmation des finances publiques, votre commission ne peut se satisfaire du scénario proposé à l'annexe B.

Elle souligne également qu'en ne fournissant aucune information sur l'évolution de l'Ondam sur la période quadriennale couverte par l'annexe B, cet article ne se conforme pas aux prescriptions, de niveau organique, de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Elle souhaite enfin marquer sa désapprobation à l'égard du transfert, annoncé au détour d'un paragraphe de ce rapport, de cotisations de la branche AT-MP vers la branche maladie.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**



---

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016

#### TITRE I<sup>ER</sup>

#### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

##### Article 31

(art. L. 523-1 et L. 581-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution et art. L. 3252-5 du code du travail)

#### **Généralisation du dispositif de garantie contre les impayés des pensions alimentaires**

*Objet : Cet article tend à généraliser le dispositif de garantie des impayés de pensions alimentaires.*

#### **I - Le dispositif proposé**

L'article 27 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, dont l'examen avait été délégué au fond à votre commission, a prévu l'expérimentation d'un mécanisme de garantie contre les impayés de pensions alimentaires (Gipa). Cette expérimentation a été mise en œuvre dans vingt départements<sup>1</sup> par deux décrets et un arrêté du 21 octobre 2014<sup>2</sup>.

- Conditions de versement de l'allocation de soutien familial

- a) Le droit actuel*

L'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale définit les situations ouvrant droit à l'allocation de soutien familial (ASF).

---

<sup>1</sup> Les départements concernés sont l'Ain, l'Aube, la Charente, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, le Finistère, la Haute-Garonne, l'Hérault, l'Indre-et-Loire, la Loire-Atlantique, la Haute-Marne, la Meurthe-et-Moselle, le Morbihan, le Nord, le Rhône, la Saône et Loire, Paris, la Seine-et-Marne, le Territoire de Belfort et la Réunion.

<sup>2</sup> Décrets n° 2014-1226 et n° 2014-1227 relatifs à l'expérimentation du renforcement des garanties contre les pensions alimentaires impayées et arrêté du 21 octobre 2014 fixant la liste des départements dans lesquels est expérimenté le renforcement des garanties contre les pensions alimentaires impayées.

**Article L. 523-1 du code de la sécurité sociale**

« Ouvert droit à l'allocation de soutien familial :

1°) tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;

2°) tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;

3°) tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice. »

L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire majoré mentionné au même article, qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.

Il est ainsi prévu que cette allocation est versée à tout enfant orphelin de l'un de ses parents ou des deux ou dont la filiation légale à l'égard de l'un de ses parents ou des deux n'est pas établie. Cette allocation peut également être versée lorsque le ou les parents se soustraient totalement ou partiellement, ou sont hors d'état de faire face à leur obligation d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par une décision de justice ou sont dans l'impossibilité de la verser.

Dans ce dernier cas, l'ASF est versée à titre d'avance sur créance alimentaire, dans les conditions fixées par l'article L. 581-2 du même code. Lorsque le parent ne verse qu'une partie de la somme due, une allocation différentielle est versée afin de compléter le montant reçu jusqu'au montant de l'ASF, qui s'élève à 100,09 euros par mois pour un enfant privé de l'aide de l'un de ses parents<sup>1</sup>. L'organisme débiteur de l'ASF est alors subrogé dans les droits du créancier et peut récupérer auprès du débiteur les sommes dues, dans la limite du montant de l'ASF.

*b) Les modifications apportées par le présent article*

Le présent article complète l'article L. 523-1 afin de prévoir un décret devant définir les conditions selon lesquelles le ou les parents doivent être regardés comme hors d'état de faire face à leur obligation.

Un 4° est ajouté au même article du code de la sécurité sociale, afin d'étendre le versement d'une ASF différentielle lorsque l'obligation de versement d'une pension alimentaire ou d'entretien est satisfaite mais que le montant correspondant est inférieur au montant de l'ASF. Les modalités d'application de ces dispositions doivent être précisées par décret en Conseil d'Etat.

<sup>1</sup> Lorsque l'enfant est privé de l'aide de ses deux parents, l'ASF s'élève à 133,39 euros.

---

Enfin, l'article L. 581-2 est complété afin de préciser que cette allocation différentielle versée lorsque le parent s'acquitte totalement de son obligation n'est pas recouvrable par la caisse de sécurité sociale.

- Procédure de paiement direct

L'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est relatif à la procédure de paiement direct dans le cas du règlement d'une pension alimentaire, c'est-à-dire notamment à la retenue sur salaire. Il précise que cette procédure permet de recouvrer les sommes dues au titre des six derniers mois. Le présent article complète ces dispositions afin de prévoir que lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte de la personne à laquelle est due une pension alimentaire, la procédure de paiement direct est applicable pour récupérer les sommes dues au titre des vingt-quatre derniers mois. Dans ce cas, le paiement s'étale sur une période de vingt-quatre mois, contre douze actuellement.

L'article L. 3252-5 du code du travail encadre le prélèvement sur salaire des impayés de pension alimentaire. Le présent article complète ces dispositions, en cohérence avec les dispositions ajoutées au code des procédures civiles d'exécution. Il est ainsi précisé que ce prélèvement peut permettre de recouvrer les sommes dues au titre des vingt-quatre derniers mois lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales agit pour le compte du créancier.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels de la rapporteure.

## **III - La position de la commission**

Le mécanisme Gipa se compose de plusieurs volets. D'une part, il ouvre le droit à une allocation différentielle lorsque la pension est intégralement versée mais que son montant est inférieur au montant de l'ASF. La situation actuelle n'est en effet pas satisfaisante dans la mesure où un créancier dont la pension n'est pas intégralement versée pourra bénéficier d'un complément à hauteur de l'ASF, alors qu'un créancier dont la pension est versée, mais inférieure à ce montant, n'y aura pas droit. En outre, cet état du droit dissuade pour cette raison les juges de fixer des « petites » pensions alimentaires.

Par ailleurs, l'allongement du délai pendant lequel les caisses, subrogées dans les droits du créancier, pourront recouvrer les sommes en question auprès du débiteur apparaît pertinent.

Ce dispositif vise à répondre à des difficultés auxquelles font face les parents isolés qui sont dans la plupart des cas des mères. Un rapport d'étape sur sa mise en œuvre a été publié par le ministère des affaires sociales en octobre 2015. S'il est encore trop tôt pour dresser un bilan complet de ses effets, il apparaît que la mise en œuvre de ce dispositif dans les vingt départements expérimentateurs est globalement satisfaisante et votre rapporteur est favorable à sa généralisation.

On note que le maintien de l'ASF pendant une durée de six mois en cas de remise en couple, qui était prévu à titre expérimental, n'est pas repris dans le présent article.

Enfin, il a été indiqué à votre rapporteur que les décrets qui seront pris pour l'application du présent article reprendront les dispositions des décrets du 21 octobre 2014 pris dans le cadre de l'expérimentation.

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

#### *Article 32*

*(art. L. 212-1, L. 755-10 et L. 755-10-1 du code de la sécurité sociale et art. 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale)*

#### **Transfert de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les départements d'outre-mer vers les caisses d'allocation familiales**

*Objet : Cet article transfère aux caisses d'allocations familiales la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique et à La Réunion.*

### **I - Le dispositif proposé**

Le présent article modifie le code de la sécurité sociale afin de transférer la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les départements d'outre-mer (Dom), qui revient actuellement à leur employeur, vers les caisses d'allocations familiales (Caf).

L'article L. 212-1 du code de la sécurité sociale dispose que les Caf sont chargées du service des prestations familiales dues aux salariés, aux employeurs, aux travailleurs indépendants des professions non-agricoles ainsi qu'aux personnes non-actives. Sont également explicitement visés les ressortissants de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNARCL) et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

L'article L. 212-1 précise par ailleurs que le service de ces prestations aux personnels de l'Etat peut être transféré par décret à certains organismes. C'est ainsi que le versement des prestations dues aux fonctionnaires en poste en métropole est assuré par les Caf depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

En revanche, il ressort des dispositions combinées du premier alinéa de l'article L. 755-10 et de l'article L. 755-10-1 que les prestations familiales dues aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière en poste dans les Dom sont versées dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967, c'est-à-dire par l'employeur, à l'exception de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) et de l'allocation de logement familiale (ALF).

Le 1<sup>o</sup> du présent article supprime, à l'article L. 212-1, la mention des fonctionnaires retraités domiciliés dans les DOM et la possibilité de confier à un organisme la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires de l'Etat. Parallèlement, le premier alinéa de l'article L. 755-10 est abrogé.

Il faut alors lire la rédaction de l'article L. 212-1 comme visant les fonctionnaires par assimilation aux salariés et les retraités de la fonction publique par assimilation aux personnes inactives. Les Caf sont donc compétentes pour la gestion des allocations familiales sur l'ensemble du territoire, aucune disposition spécifique aux Dom n'étant plus prévue.

Les dispositions de l'article L. 755-10-1, qui deviennent surabondantes, sont également abrogées.

Par ailleurs, une modification de précision est apportée à l'article L. 755-10 afin de mentionner explicitement les trois fonctions publiques.

Il est précisé que les dispositions du présent article sont applicables à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin et qu'elles entrent en vigueur à une date fixée par décret qui ne peut être postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Enfin, le présent article abroge l'article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, dont les dispositions sont devenues obsolètes.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

La gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste en métropole a été transférée aux Caf depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Progressivement, ce transfert a également été décidé pour les régimes spéciaux de La Poste (1<sup>er</sup> janvier 2004), de France Télécom (1<sup>er</sup> janvier 2005), des industries électriques et gazières (1<sup>er</sup> janvier 2013), et de la RATP et de la SNCF (1<sup>er</sup> janvier 2015).

Le versement par l'employeur des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste outre-mer fait donc exception. Par ailleurs, dans la mesure où certaines prestations familiales sont déjà versées par les Caf (ALF et Paje), cette situation est source de complexité pour les allocataires qui doivent s'adresser à des interlocuteurs différents.

Le transfert de gestion opéré par le présent article apparaît donc comme une mesure de simplification à laquelle votre rapporteur ne peut qu'être favorable. L'alignement du droit applicable dans les Dom concernés sur le droit en vigueur en métropole, qui résulte de l'abrogation du premier alinéa de l'article L. 755-10 du code de la sécurité sociale, entraînera le versement, par les employeurs publics concernés, d'une cotisation familiale au taux de droit commun.

Le Gouvernement a par ailleurs annoncé un alignement du montant des allocations familiales et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé versés aux fonctionnaires en poste dans les Dom sur celui versé aux autres allocataires. Cet alignement, qui devra être opéré par voie réglementaire, nécessite une modification du décret n° 55-389 du 6 avril 1955. En revanche, les fonctionnaires en poste dans les Dom continueront à percevoir les allocations familiales à partir du deuxième enfant, comme c'est le cas pour l'ensemble des allocataires en métropole, et non dès le premier enfant, comme c'est le cas pour les autres allocataires des Dom.

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

*Article 33*

*(art. 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977  
portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon  
de diverses dispositions relatives aux affaires sociales)*

**Extension de l'allocation de soutien familial et du complément  
de libre choix du mode de garde à Saint-Pierre-et-Miquelon**

*Objet : Cet article étend à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon l'allocation de soutien familial et le complément de libre choix du mode de garde.*

**I - Le dispositif proposé**

La collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon (6 300 habitants) est une collectivité d'outre-mer dont le statut est régi par l'article 74 de la Constitution et par la loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer. Les prestations de sécurité sociale y sont gérées par la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon (CPS), conformément aux dispositions 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.

---

En ce qui concerne les prestations familiales, l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 prévoit que les dispositions du code de la sécurité sociale sont applicables, sous réserve d'un certain nombre d'adaptations. Notamment, alors que la plupart des prestations familiales prévues en métropoles sont servies par la CPS, il n'en va pas de même pour l'allocation de soutien familial (ASF), versée notamment aux familles monoparentales, et pour le complément de libre choix du mode de garde (CMG), versée sous condition de ressources aux familles ayant recours à un assistant maternel agréé ou à une structure habilitée.

Le présent article vise à rendre applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon l'ASF et le CMG.

### **1. Extension de l'allocation de soutien familial**

L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale dresse la liste des prestations familiales. L'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 précise à son 1° que ses dispositions sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon à l'exception de son 4° (allocation de logement), de son 6° (ASF), de son 8° et de son 9° (allocation de présence parentale). En supprimant la référence au 6° de l'article L. 511 du code de la sécurité sociale, le présent article permet l'extension de l'ASF dans la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Par ailleurs, le présent article crée un 5° *bis* à l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 afin d'ajouter les dispositions des articles L. 523-1 à L. 523-3 du code de la sécurité sociale relatifs à l'ASF à la liste des dispositions du code de la sécurité sociale qui sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Par coordination, le dernier alinéa de l'article L. 555-3, qui exclut que les majorations d'allocations pour enfant soient servies en déduction de l'ASF, est rendu applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon (6°).

### **2. Extension du complément de libre choix du mode de garde**

Le CMG fait partie de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), conformément au 4° de l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale. Il est régi par les articles L. 531-5 à L. 531-9 du même code. L'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 rend applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la Paje, à l'exception de celles relatives au CMG. Le 3° du présent article lève cette restriction et rend ainsi le CMG applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Par ailleurs, le présent article supprime, par cohérence, le deuxième alinéa de cet article 11 ainsi que le quatrième alinéa, devenu sans objet. Enfin, il est précisé que, pour l'application de l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale, les mots « les caisses » sont remplacés par les mots « la caisse de prévoyance sociale ».

### **3. Mesures de toilettage juridique**

Par ailleurs, le présent article supprime, à l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977, des références ou des mentions devenues sans objet :

- au 9°, suppression d'une référence au dernier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, qui a été supprimé par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 (4°) ;

- au 11°, suppression du renvoi à des dispositions de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale qui ont été supprimées par la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 (5°).

### **4. Mesures de coordination juridique relatives au recouvrement des créances**

Les articles L. 581-1 à L. 581-10 du code de la sécurité sociale sont relatifs au recouvrement des créances alimentaires par les caisses de sécurité sociale. Le présent article (7°) rend applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions de ces articles, sous réserve de plusieurs adaptations sémantiques. Ainsi, les mentions des organismes et services débiteurs de prestations familiales, ainsi que les variantes de cette mention, sont remplacées par la mention de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, et les mentions du représentant de l'Etat dans le département sont remplacées par la mention du représentant de l'Etat dans la collectivité.

### **5. Entrée en vigueur**

Le II du présent article prévoit que ses dispositions entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de la rapporteure visant à compléter les mesures d'adaptation sémantique prévues par le 7° du présent article.

## **III - La position de la commission**

L'extension à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'ASF et du CMG, qui avait été annoncée par le Président de la République lors de sa visite dans l'archipel en décembre 2014, est une bonne chose.

Concernant l'ASF, l'étude d'impact jointe au projet de loi estime à 124 le nombre de foyers monoparentaux avec un ou plusieurs enfants à charge dans la collectivité.

L'extension du CMG devrait permettre de soutenir financièrement les parents ayant recours à une assistante maternelle pour faire garder leur enfant, les 35 places de la crèche de Saint-Pierre ne permettant pas de faire



face à l'ensemble des besoins de la population. Cette mesure pourrait également permettre une réduction du travail dissimulé en incitant les salariés concernés à obtenir l'agrément d'assistant maternel.

Les masses financières en jeu ne sont guère importantes à l'échelle des prestations servies par la branche famille, puisqu'elles devraient représenter une dépense comprise entre 446 000 et 745 000 euros par an pour la Caisse de prévoyance et de solidarité de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si l'entrée en vigueur du présent article est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2016, des mesures réglementaires conditionneront son application. Il sera en effet nécessaire de modifier le décret en Conseil d'Etat n° 2008-1024 et le décret simple n° 2008-125 du 7 octobre 2008 étendant et adaptant à Saint-Pierre-et-Miquelon le régime des prestations familiales. L'évaluation préalable jointe au projet de loi précise que ces mesures seront prises au premier trimestre 2016.

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

*Article additionnel après l'article 33*  
(art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale)  
**Versement de la prime à la naissance**

***Objet : Cet article vise à préciser l'intention du législateur afin que la prime à la naissance soit versée avant la naissance de l'enfant.***

Sur proposition de votre rapporteur, la commission des affaires sociales a adopté un article additionnel visant à préciser les dispositions de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale relatif à la prime à la naissance et à l'adoption.

Cet article dispose en effet que cette prime, d'un montant de 923,08 euros est attribuée avant la naissance de l'enfant, sous condition de ressources. Si la date de versement de cette prime doit être précisée par décret, il ne fait pas de doute que la volonté du législateur a été que cette date soit antérieure à la naissance de l'enfant. Ainsi, l'article D. 531-2 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2015, prévoyait que la prime à la naissance était versée avant la fin du septième mois de grossesse.

Or, le décret n° 2014-1714 du 30 décembre 2014 a modifié l'article D. 531-2 afin de préciser que la prime à la naissance est versée avant la fin du deuxième mois suivant la naissance.

Ce décalage pourrait sembler neutre pour les familles concernées. Toutefois, une grande partie des dépenses liées à l'accueil d'un enfant sont réalisées avant la naissance et ne peuvent être différées jusqu'à la fin du deuxième mois de l'enfant.

Outre qu'il est manifestement incompatible avec la lettre de la loi, qui prévoit que la prime est attribuée avant la naissance de l'enfant, ce décalage pénalise donc les familles bénéficiaires qui sont au demeurant des familles modestes.

Par ailleurs, l'économie pour la branche famille résultant en 2015 de cette mesure est tout à fait artificielle puisqu'il constitue un simple report de dépenses sur l'année suivante.

C'est pourquoi il est apparu nécessaire à votre commission de préciser la volonté du législateur, dans l'intérêt des familles concernées. Le Gouvernement devra donc, à peine d'y être contraint par le juge, revenir sur le décalage opéré par le décret du 30 décembre 2014.

L'**amendement n° 54** adopté par votre commission précise que la date de versement de la prime, fixée par décret, ne peut être postérieure à la naissance de l'enfant.

**La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

#### *Article 34*

### **Objectif de dépenses de la branche famille**

*Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2016 à 49,6 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses doit permettre de réduire le déficit de la branche de moitié par rapport à 2015, soit 0,8 milliard d'euros contre 1,6 milliard en 2015.

#### **II - La position de la commission**

L'objectif proposé correspond à une réduction des dépenses de la branche de 5 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2016 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, et de 4,7 milliards par rapport aux prévisions formulées par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2015.

Les mesures prévues en 2016 ayant un impact budgétaire non significatif en 2016, cette moindre dépense s'explique essentiellement par le transfert vers le budget de l'Etat de l'allocation de logement familiale (ALF), jusqu'à présent prise en charge par la branche famille. Ce transfert correspond à la compensation des pertes de recettes occasionnées pour la branche par l'extension des allègements de cotisations familiales patronales décidés dans le cadre du pacte de compétitivité et de solidarité.

---

En dehors de cette mesure de périmètre, les dépenses de la branche baissent sous l'effet de la montée en charge des mesures décidées dans le cadre de la modulation des allocations familiales, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2015, qui entraînerait une moindre dépense de plus de 880 millions d'euros en 2016, après 400 millions d'euros en 2015

Cette mesure remet en question l'universalité des allocations familiales, qui est un des principes fondamentaux de notre politique sociale. En effet, la politique familiale s'est construite sur le principe de la solidarité horizontale, des célibataires et des couples sans enfant vers les familles. Si un certain nombre de prestations sous conditions de ressources ont, par la suite, été créées en faveur des familles les plus modestes, les allocations familiales, socle de la politique familiale française, restaient universelles.

En outre, cette mesure s'ajoute à une série de mesures sociales et fiscales qui, depuis 2012, ont pesé sur le revenu des familles. Or, si les familles les plus modestes ont bénéficié d'un certain nombre de mesures, les familles des classes moyennes ont été mises à contribution, sans qu'il ne soit demandé aux célibataires et aux couples sans enfant de participer à l'effort de réduction du déficit de la branche.

Si votre rapporteur partage l'objectif affiché par le Gouvernement de parvenir à un équilibre des comptes de la branche, condition nécessaire de la pérennité de notre politique familiale, cela ne peut se faire aux dépens des familles.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**

## TITRE II

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

#### Article 35

(art. L. 5552-16 du code des transports)

#### **Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance vieillesse**

*Objet : Cet article vise à étendre, au régime d'assurance vieillesse des marins, la possibilité de prendre en compte les périodes effectuées dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP) ou dans celui d'un autre dispositif tel que le contrat de transition professionnelle (CTP), parmi les périodes indemnisées par l'assurance chômage et permettant la validation de trimestres d'assurance vieillesse.*

#### **I - Le dispositif proposé**

• Le droit de la sécurité sociale des marins n'a pas été adapté aux évolutions récentes intervenues dans le code de la sécurité sociale

L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale qui définit les périodes qui, sans avoir donné lieu à versement de cotisations à la charge du salarié, permettent la validation de trimestres d'assurance vieillesse au régime général, a été récemment modifié à plusieurs reprises :

- en 2011<sup>1</sup>, pour y intégrer les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68 du code de travail. Cet article vise les allocations versées au bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP), dispositif ayant remplacé, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2011, le contrat de transition professionnelle (CTP) instauré en 2006 ;

- en 2014<sup>2</sup>, pour y intégrer les périodes de stage.

La définition des périodes de chômage donnant lieu à la perception de revenus de remplacement ou d'allocation spécifique et qui sont prises en compte pour le calcul des droits à la retraite, s'est donc élargie pour les assurés relevant du régime général.

---

<sup>1</sup> Par la loi n° 2011-893 du 28 juillet 2011 pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels.

<sup>2</sup> Par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

---

Le code des transports, qui fixe les règles du régime d'assurance vieillesse des marins, est actuellement beaucoup plus restrictif en la matière. Les évolutions récentes intervenues dans le code de la sécurité sociale pour le régime général, en particulier celles concernant la prise en compte des dispositifs conventionnels nouveaux de l'assurance chômage pour le calcul des droits à la retraite, n'ont pas été transposées dans le code des transports.

D'après les informations obtenues par votre rapporteur<sup>1</sup>, lorsqu'une entreprise maritime est touchée par un plan de sauvegarde de l'emploi et que ses salariés bénéficient d'un dispositif comme le CSP, l'Etablissement national des invalides de la marine (Enim) en charge de la gestion du régime de protection sociale des marins, refuse à ces derniers de prendre en compte ces périodes pour le calcul de leur pension. Les entreprises doivent alors saisir l'administration de tutelle, en l'espèce le ministère des transports, de la mer et de de la pêche, afin de trouver une solution dérogatoire pour prendre en compte ces périodes. Ces solutions peuvent prendre la forme d'une délibération du conseil d'administration de l'Enim pour validation provisoire dans l'attente de la modification du code des transports.

Les différences entre le régime général et celui des marins n'étant pas justifiées, une adaptation du code des transports apparaît indispensable pour aligner sur le régime général, la définition des périodes de privation d'emploi ouvrant droit à validation de trimestres d'assurance vieillesse.

- Cet article vise à remédier à ces lacunes

Le I modifie l'article L. 5552-16 du code des transports. Cet article est inséré dans la section 3 du chapitre II du titre V du livre V de la cinquième partie de ce code qui définit les services pris en compte pour la détermination des pensions de retraite des marins.

Le *a* du 8° de l'article L. 5552-16 dispose actuellement que sont prises en compte les périodes pendant lesquelles, avant d'avoir atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, les marins sont privés d'emploi et perçoivent le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 5421-1 du code du travail. Ce revenu de remplacement concerne les travailleurs involontairement privés d'emploi ou dont le contrat de travail a été rompu conventionnellement.

Le I prévoit de substituer à cette rédaction, une rédaction faisant explicitement référence à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale. Seront désormais prises en compte, les périodes pendant lesquelles, les marins sont privés d'emploi et perçoivent :

*« a) Un revenu de remplacement, une allocation ou une rémunération parmi ceux mentionnés au 2° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ».*

---

<sup>1</sup> Réponse de l'Etablissement national des invalides de la marine à une question de votre rapporteur

Le 2° de l'article L. 351-3 vise notamment les allocations versées dans le cadre d'un CSP ou d'une action de reclassement, de placement ou de reconversion professionnelle. Le régime des marins s'aligne donc sur les dispositions en vigueur au régime général.

De plus, cette rédaction, en mentionnant directement le code de la sécurité sociale, permet de « *faciliter l'adaptation des dispositions applicables aux marins aux éventuelles évolutions relatives à l'indemnisation de la privation d'emploi* », comme le précise l'étude d'impact.

Le II prévoit que cet article entre en vigueur au titre des pensions liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cet alignement du droit de la sécurité sociale des marins sur le régime général va occasionner une charge nouvelle pour l'Enim qui pourrait atteindre, selon l'étude d'impact, 180 000 euros en 2017 et 360 000 euros en 2018, correspondant à la montée en charge progressive du dispositif. En 2016, l'Enim ne supporterait pas de charge nouvelle car les marins seraient encore en CSP.

En réponse à votre rapporteur, l'Enim a estimé qu'il n'y avait en réalité « *pas de coût supplémentaire dans les faits, puisque les armements maritimes parviennent par requêtes auprès des ministres de tutelle à obtenir la mise en place de solutions juridiques dérogatoires au cas par cas* ».

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

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

### *Article 36*

## **Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016**

***Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016.***

## **I - Le dispositif proposé**

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2016, en conformité avec les tableaux d'équilibre figurant aux articles 26 et 27.

Cet article est pris en application du 2° du D du I de l'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale pour la branche vieillesse.

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 à 227,8 milliards d'euros, soit une progression de 1,8 % par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses en 2015 (223,8 milliards d'euros).

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à 123,1 milliards d'euros, soit une progression de 2,2 % par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses pour 2015 (120,5 milliards d'euros).

La faiblesse du rythme de progression des dépenses s'explique par la poursuite de la montée en charge du dispositif de recul de l'âge légal, décidé par la réforme de 2010, qui conduirait au maintien du nombre de départs à la retraite au niveau de 2015, c'est-à-dire 610 000. Le recul de l'âge légal engendrerait en 2016 une économie de 5,1 milliards d'euros d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2015. Ces économies sont toutefois partiellement compensées par la hausse du nombre de départs à la retraite anticipés, dont le flux atteindrait, d'après le même rapport, un « pic » en 2016 avec 184 000 départs, soit une dépense de près de 3 milliards d'euros ;

Par ailleurs, le retour d'une inflation plus soutenue en 2016 (de l'ordre de 1 %) sera compensé par le décalage de la revalorisation des retraites du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> octobre, l'effet annuel de cette revalorisation étant de 0,33 % contre 0,03 % en 2015.

## **II - La position de la commission**

Votre commission prend acte du retour à l'équilibre des régimes de base de l'assurance vieillesse. Cet équilibre, qui résulte d'une conjoncture rare marquée par un plus fort dynamisme des recettes que des dépenses, sera temporaire. Il est en effet prévu un retour du déficit des régimes de base dès 2019.

Par ailleurs, le léger excédent de 0,9 milliard d'euro est loin de compenser le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui se stabilisera en 2016 à un niveau très élevé de 3,7 milliards d'euros.

Cette année encore, la branche vieillesse ne sera pas à l'équilibre.

Malgré ce que pouvait soutenir le Gouvernement, la réforme de 2014 a été insuffisante et n'a pas résolu le problème de soutenabilité de notre système de retraite.

L'absence de mesure de redressement des comptes de l'assurance vieillesse a conduit votre commission à adopter un article additionnel (art. 36 bis A) visant à reporter d'un an l'âge légal de départ à la retraite.

Les objectifs de dépenses des régimes de base, de mêmes que ceux concernant le FSV à l'article 56, ne peuvent être adoptés.

**La commission vous demande donc de rejeter cet article.**

*Article additionnel après l'article 36*  
(art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de sécurité sociale)  
**Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite**  
**à 63 ans en 2019**

**Objet :** *Cet article additionnel vise à poursuivre le relèvement de l'âge légal au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour le porter à 63 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, sans toutefois modifier l'âge d'annulation de la décote qui demeure à 67 ans.*

Le Sénat avait adopté l'année dernière un article additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 visant à poursuivre le relèvement de l'âge légal au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2017<sup>1</sup>, le portant à 64 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1960. Cet article reculait de deux ans également l'âge du taux plein, de 67 à 69 ans. Il n'avait pas été repris par l'Assemblée nationale.

La conclusion de l'accord entre les partenaires sociaux du 30 octobre 2015 sur l'avenir de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Arrco) et de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc) a permis la création d'un dispositif de coefficients temporaires, permettant une décote ou une surcote du montant de retraite complémentaire en fonction d'un nouvel âge pivot de départ à la retraite, correspondant à l'âge du taux plein au régime de base augmenté d'un an.

---

<sup>1</sup> La loi du 9 novembre 2010 avait procédé au relèvement graduel de l'âge légal de 60 à 62 ans.



Ce nouveau dispositif doit inciter les salariés du secteur privé à retarder d'un an leur départ à la retraite, par rapport à l'âge auquel ils auraient pu prétendre au taux plein, sous peine d'une décote de 10 % sur le montant de leur retraite complémentaire au cours des trois années suivant la liquidation de leur retraite. Il s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1957.

Ce dispositif entrera en vigueur l'année où les régimes de base de l'assurance vieillesse devraient renouer avec les déficits, marquant la fin d'une période de rééquilibrage temporaire de la branche vieillesse. Une solution de court terme doit donc être trouvée.

Le relèvement de l'âge légal, parce qu'il permet des retombées financières immédiates, est le seul levier utilisable et efficace.

Il permettra par ailleurs de ne pas introduire une nouvelle disparité entre le secteur public et le secteur privé. En effet, les régimes de retraite des fonctionnaires sont des régimes uniques servant des pensions de base et complémentaire. Ne pas relever la borne d'âge légal pour la retraite de base alors que les salariés du secteur privé vont être contraints de travailler une année supplémentaire pour bénéficier de la totalité de leur retraite complémentaire, revient à rétablir une différence entre les deux secteurs, ce que la réforme des retraites de 2003 s'était employée à effacer.

Cet article additionnel proposé par votre commission vise à relever graduellement l'âge légal de départ à la retraite pour le fixer à 63 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1957. Il modifie ainsi l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale qui définit l'âge légal et les modalités de son relèvement progressif.

Il maintient en revanche, pour tous les assurés, l'âge du taux plein à 67 ans et modifie en ce sens l'article L. 351-8 du même code, qui définit les conditions d'obtention du taux plein pour les personnes ne justifiant pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans un régime de base obligatoire.

Ce dispositif s'inscrit dans le prolongement de la loi du 9 novembre 2010 qui procède au relèvement de l'âge légal à 62 ans pour la génération née en 1955 en le poursuivant au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Date de naissance	Age légal de départ	Date d'entrée en vigueur
A partir du 1 <sup>er</sup> juillet 1951	60 ans et 4 mois	1 <sup>er</sup> juillet 2013
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1952	60 ans et 9 mois	1 <sup>er</sup> janvier 2014
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1953	61 ans et 2 mois	1 <sup>er</sup> janvier 2015
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1954	61 ans et 7 mois	1 <sup>er</sup> janvier 2016
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1955	62 ans	1 <sup>er</sup> janvier 2017
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1956	62 ans et 6 mois	1 <sup>er</sup> janvier 2018
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1957	63 ans	1 <sup>er</sup> janvier 2019

---

Le report de l'âge légal s'inscrit également dans le calendrier de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P). L'entrée en vigueur, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, de quatre des dix facteurs de pénibilité prévu par le C3P permet aux salariés exposés à la pénibilité de commencer à accumuler des points. Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, les salariés nés en 1957 et qui seraient en situation de poly-exposition pourraient avoir accumulé suffisamment de points pour que le report d'un an de l'âge légal ne les contraigne à travailler que trois mois supplémentaires. Le C3P permet donc d'amoinrir l'impact du report de l'âge légal sur la génération de 1957.

**Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel (amendement n° 55) dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

*Article 36 bis (nouveau)*

*(art. L. 161-22, L. 634-6 et L. 643-6 du code de sécurité sociale)*

**Mise en œuvre du nouveau dispositif  
de plafonnement du cumul emploi-retraite**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à rendre applicable, au sein des caisses de retraite, le nouveau dispositif de plafonnement, tel qu'issu de la loi du 20 janvier 2014, en cas de cumul d'une pension de vieillesse et d'un revenu d'activité professionnelle.*

**I - Le dispositif proposé**

Adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, à l'initiative du rapporteur pour la branche vieillesse, Michel Issindou, cet article modifie le code de sécurité sociale pour rendre applicable, par les caisses de retraite, le nouveau mécanisme de plafonnement du cumul emploi-retraite, prévu par les articles 19 et 20 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

• Le dispositif de plafonnement du cumul emploi-retraite tel que modifié par la loi de 2014 est aujourd'hui difficilement applicable par les caisses de retraite

Dans le cadre du cumul emploi-retraite plafonné<sup>1</sup>, les retraités actifs peuvent cumuler des revenus issus de la reprise d'une activité professionnelle avec leurs pensions de retraite de base et complémentaire dans la limite d'un plafond propre à chaque régime. Ces plafonds sont déterminés par décret comme le précisent les articles L. 161-22 du code la sécurité sociale pour les assurés du régime général, L. 634-6 pour les assurés du régime social des indépendants (RSI) et L. 643-6 pour les assurés des professions libérales.

---

<sup>1</sup> Le cumul emploi-retraite intégral, qui permet de cumuler sa pension avec tous les revenus d'activité, est possible à condition d'avoir atteint l'âge légal de la retraite, d'avoir liquidé toutes ses pensions et de pouvoir bénéficier du taux plein. Si ces conditions ne sont pas réunies, le retraité actif voit le cumul de ses revenus plafonné.

Avant la loi de 2014, en cas de dépassement de ce plafond, les caisses de retraite devaient suspendre intégralement le service des pensions de retraite, obligeant les assurés à rembourser une annuité entière de pension et ce, dès le premier euro de dépassement.

L'article 20 de la loi de 2014 permet de ne plus suspendre le service des pensions de retraite en cas de dépassement mais de réduire les montants de pensions servies à due concurrence du dépassement dans des conditions fixées par décret.

Ce système d'écrêtement s'avère, dans la pratique, complexe à mettre en œuvre pour les retraités polypensionnés qui auraient repris une activité professionnelle. En effet, comme l'a indiqué le rapporteur lors de la séance publique à l'Assemblée nationale, la rédaction actuelle des articles L. 161-22, L. 634-6 et L. 643-6, « *qui fait état d'un éclatement des pensions servies par les régimes concernés en laissant croire qu'il puisse être procédé à une application globale de ces pensions, pourrait être interprétée comme obligeant chacune des caisses concernées à vérifier ce qui est versé à l'assuré par d'autres régimes, ce qui, en termes de gestion pratique, est absolument impossible* ».

En d'autres termes, les caisses de retraite n'ayant pas les moyens de connaître l'intégralité des ressources du retraité-actif, en particulier lorsqu'il est polypensionné, ne peuvent appliquer la règle du plafond.

- Le dispositif proposé répond au problème soulevé

Cet article modifie les articles L. 161-22, L. 634-6 et L. 643-6 du code de la sécurité sociale pour permettre la mise en œuvre concrète de la règle de l'écrêtement par les caisses de retraite.

Le 1° modifie tout d'abord l'article L. 161-22. Si le *a* opère une simple modification de coordination au deuxième alinéa de cet article, le *b* réécrit le troisième alinéa définissant le dispositif de plafonnement du cumul emploi-retraite.

Cet alinéa est actuellement ainsi rédigé :

*« Lorsque l'assuré reprend une activité lui procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par les régimes mentionnés au deuxième alinéa ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont supérieurs au plafond mentionné à l'alinéa précédent, il en informe la ou les caisses compétentes et les pensions servies par ces régimes sont réduites à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. »*

La nouvelle rédaction proposée est simplifiée :

*« Lorsque l'addition des revenus et pensions mentionnés au deuxième alinéa est supérieure au plafond mentionné au même alinéa, l'assuré en informe la ou les caisses compétentes et chacune des pensions servies par ces régimes est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret ».*

Cette rédaction reprend l'application de la règle d'écrêtement qui existe au sein des régimes de la fonction publique. Elle permet au régime concerné selon la nature de l'activité reprise, de récupérer directement auprès de l'assuré le montant du dépassement.

## **II - La position de la commission**

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

*Article 36 ter (nouveau)  
(art. L. 173-2-1 du code de la sécurité sociale)*

### **Précisions sur le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à préciser que le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites pour les polypensionnés, institué par la loi du 20 janvier 2014, s'applique, d'une part, pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1953 et, d'autre part, pour le calcul des pensions de réversion dès lors que la retraite de droit propre afférente aurait été calculée selon les mêmes règles.*

## **I - Le dispositif proposé**

Adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, à l'initiative de Michel Issindou, cet article modifie l'article L. 173-2-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 173-1-2<sup>1</sup> institue un dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites pour les assurés percevant des pensions servies par au moins deux régimes de retraite de base, parmi les trois régimes alignés<sup>2</sup>. Ce dispositif permet de simplifier et de rendre plus équitable la liquidation des retraites de ces assurés polypensionnés, par rapport aux pensionnés ne relevant que d'un seul régime.

Le présent article ajoute à l'article L. 173-1-2 un III *bis* et un III *ter* permettant de préciser le dispositif.

Le III *bis* dispose que l'article L. 173-1-2 s'applique pour les assurés nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1953.

Le III *ter* étend l'application du dispositif aux pensions de réversion en prévoyant qu'elles soient calculées dans le cadre de la liquidation unique, dès lors que la retraite du conjoint décédé ou disparu a ou aurait pu relever elle-même de ce dispositif.

---

<sup>1</sup> Créé par l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

<sup>2</sup> Régime général, régime des salariés agricoles, Régime social des indépendants.

---

La date du 1<sup>er</sup> janvier 1953 correspond à la génération retenue, à partir de laquelle, s'applique l'alignement des règles relatives au salaire annuel moyen entre les régimes concernés.

## **II - La position de la commission**

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

*Article 36 quater (nouveau)*

*(art. L. 351-2 du code de la sécurité sociale)*

### **Adaptation du droit concernant les travailleurs à très faible activité avec le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites dans les régimes alignés**

*Objet : Dans la perspective de la mise en œuvre du dispositif de calcul et de liquidation unique dans les régimes alignés, cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise, d'une part, à supprimer la dérogation concernant la possibilité de reporter d'une année la prise en compte des cotisations d'assurance vieillesse pour les assurés à très faible activité et, d'autre part, à supprimer le plafond mensuel de cotisations retenues pour le décompte des périodes d'assurance.*

## **I - Le dispositif proposé**

Le premier alinéa de l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale fixe la règle selon laquelle les périodes d'assurance ne peuvent être retenues que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations au titre de l'année civile au cours de laquelle ces périodes d'assurance ont été acquises.

La deuxième phrase de cet alinéa prévoit qu'un décret fixe les modalités de la dérogation à ce principe pour les personnes ne justifiant pas du versement minimum requis de cotisation. Sont particulièrement visés les travailleurs saisonniers qui du fait de leur affiliation, à au moins deux régimes différents au cours de la même année, ne parviennent pas à valider les quatre trimestres nécessaires.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite institue, à l'article L. 173-1-2 du code de la sécurité sociale, un mécanisme de calcul et de liquidation unique des retraites pour les trois régimes de base alignés, qui entre en application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

A compter de cette date, l'intégralité des périodes cotisées au cours d'une carrière, y compris si elles ont été effectuées dans des régimes différents, seront liquidées par un seul régime, selon une règle de priorité définie par un décret.

La dérogation prévue à l'article L. 351-2 devient donc sans objet, ce qui justifie sa suppression par le présent article.

Ce dernier supprime également le deuxième alinéa de l'article L. 351-2, qui détermine le plafond mensuel de cotisations retenues pour le décompte des périodes d'assurance mentionnées au premier alinéa. Cet alinéa précisant la dérogation, il devient également inutile.

## **II - La position de la commission**

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

*Article 36 quinquies (nouveau)*

*(art. L. 351-3-1 du code de la sécurité sociale)*

### **Périodes assimilées pour les personnes détachées**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à exclure les personnes détachées en France, et qui ne sont pas affiliées obligatoirement à un régime d'assurance vieillesse, du champ des périodes assimilées à des périodes d'assurance vieillesse.*

## **I - Le dispositif proposé**

Adopté en séance publique à l'initiative du groupe socialiste, républicain et citoyen, cet article introduit un article L. 351-3-1 dans le code de la sécurité sociale qui rend inapplicables aux personnes détachées en France, les dispositions du 1° de l'article L. 351-3.

L'article L. 351-3 définit les périodes qui, à titre dérogatoire au principe fixé à l'article L. 351-2, « sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension » alors que même le bénéficiaire ne s'est pas acquitté de cotisation. Ces périodes sont dites assimilées et permettent d'ouvrir un droit futur à la retraite.

Aux termes du 1° de l'article L. 351-3, sont donc considérées comme des périodes assimilées dans des conditions déterminées par décret : « les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ».

---

Les différents décrets d'application du 1° de cet article précisent les modalités d'assimilation :

- en cas de maladie, si un assuré perçoit des indemnités journalières au titre de ce risque pendant au moins 60 jours, il se voit reconnaître la validation d'un trimestre d'assurance vieillesse ;

- en cas de maternité, si un assuré perçoit des indemnités journalières au titre de ce risque pendant au moins 90 jours, une période assimilée d'un trimestre d'assurance vieillesse lui est reconnue ;

- en cas d'accident du travail, un trimestre de cotisation à l'assurance vieillesse est reconnu assimilé pour chaque période de trois mois de versement d'une rente d'accident du travail, liée à une incapacité permanente au moins égale à 66 %.

Une personne détachée en France peut donc, au titre de ces prestations en espèces, bénéficier de l'ouverture de droits à la retraite, alors même qu'elle n'est pas affiliée à un régime obligatoire d'assurance retraite.

Afin de limiter le phénomène de dumping social, les accords bilatéraux de sécurité sociale liant la France à d'autres Etats prévoient, le plus souvent, l'obligation pour les travailleurs détachés d'être assurés au système de protection sociale pour les risques dits courts (maladie, maternité, accident du travail). Cette protection, qui ne couvre pas les risques longs (retraite, chômage, invalidité), permet de limiter l'avantage comparatif, en termes de coût du travail, que représentent ces travailleurs.

Or, au titre des assurances couvrant des risques courts, les travailleurs détachés peuvent se voir reconnaître des droits se rattachant à l'assurance vieillesse et ce sans avoir jamais cotisé.

L'article L. 351-3-1 ainsi créé permet d'exclure « *les personnes détachées en France qui relèvent d'un accord international de sécurité sociale et qui ne sont pas affiliées à un régime français de retraite obligatoire* », de l'application des dispositions prévues au 1° de l'article L. 351-3.

## **II - La position de la commission**

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

*Article 36 sexies (nouveau)*  
*(art. L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale)*  
**Adaptation des règles de cumul emploi-retraite  
à la situation des anciens mineurs**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à autoriser les anciens mineurs à cumuler une pension de vieillesse du régime des mines et le revenu d'une activité professionnelle, leur permettant, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, d'ouvrir de nouveaux droits à la retraite.*

### **I - Le dispositif proposé**

Cet article additionnel a été adopté par l'Assemblée nationale, en séance publique, à l'initiative des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen.

L'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a créé l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale qui généralise à l'ensemble des régimes de retraite le principe de cotisations non génératrices de droits nouveaux à retraite en cas de reprise d'activité par une personne pensionnée et ce quels que soient l'activité reprise et les régimes qui servent la pension de retraite.

Cette nouvelle règle pénalise les anciens mineurs, qui ayant été mis à la retraite avant l'âge légal à la suite de la fermeture progressive des mines, ont repris une activité professionnelle leur permettant de cumuler un revenu avec leur pension servie par le régime des mines. La mise en œuvre du « pacte charbonnier » de 1994 avait autorisé les anciens mineurs, pour favoriser leur reconversion, à percevoir leur retraite tout en reprenant une activité professionnelle. L'âge des mineurs contraint de cesser leur activité professionnelle pouvait en effet être très éloigné de l'âge légal de départ à la retraite. L'Etat s'était par ailleurs engagé, à la faveur de ce plan, à garantir l'intégralité des droits des anciens mineurs.

Cette possibilité de cumul emploi-retraite permettant de cotiser pour l'ouverture future de droit entre donc aujourd'hui en contradiction avec l'article L. 161-22-1 A.

Le présent article vise donc à compléter, par un XI, l'article 19 de la loi du 20 janvier 2014 pour instaurer un mécanisme dérogatoire à l'article L. 161-22-1 A :

« XI. – Un décret fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières visées au titre 1 de la loi n°2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015 ».



Les anciens mineurs pourront donc continuer à percevoir leur pension du régime minier tout en continuant une activité professionnelle leur permettant de cotiser, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, pour l'obtention de droits futurs à la retraite.

D'après l'exposé des motifs de l'amendement, le décret prévu à cet article doit faire l'objet d'une concertation avec les fédérations nationales de mineurs.

## **II - La position de la commission**

A l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté un **amendement d'harmonisation rédactionnelle n° 56** au sein de l'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

Les IX et X de cet article prévoient que des décrets en Conseil d'Etat précisent les modalités d'application de l'article 19 de la loi de 2014 à certains régimes spéciaux. Il convient de soumettre à la même procédure le décret, prévu dans le XI introduit par cet article, qui fixera au régime des mines l'article 19 de la loi de 2014.

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

### *Article 36 septies (nouveau)*

#### **Demande de rapport sur les conditions de revalorisation des pensions de retraite du régime des cultes**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, au Parlement, d'un rapport du Gouvernement sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes.*

## **I - Le dispositif proposé**

Adopté par l'Assemblée nationale à la suite d'un amendement de la commission des affaires sociales reprenant une initiative de députés de la majorité et de l'opposition, cet article prévoit la remise au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, d'un rapport du Gouvernement sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes.

Le régime des cultes, dont la gestion est assurée par la Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (Cavimac), protège les ministres des cultes et les membres des congrégations et des collectivités religieuses en France, dès lors qu'ils ne sont pas couverts par un autre régime au titre d'une autre activité professionnelle.

Créé en 1979, ce régime de sécurité sociale verse des pensions de retraite dont les montants sont très faibles et les modes de calculs sensiblement différents selon les périodes validées<sup>1</sup>.

Le rapport demandé doit permettre de faire le bilan sur les dysfonctionnements et inégalités générés par ce régime afin d'envisager, sur le modèle de ce qui avait été opéré par la loi de 2014 pour le régime des exploitants agricoles, de revaloriser les pensions des ministres des cultes et membres de congrégations collectivités religieuses de France.

## **II - La position de la commission**

Votre rapporteur salue l'initiative des députés de porter dans le débat public le problème du niveau des pensions des membres des clergés de France.

Si le Sénat a pris l'habitude d'être vigilant sur l'inscription dans la loi des demandes de rapport, votre commission considère que ce sujet mérite effectivement qu'un état des lieux puisse être rendu public.

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

---

<sup>1</sup> La faiblesse des pensions s'explique par le fait que les assurés de ce régime n'ont pu commencer à cotiser qu'à partir de la date de création du régime en 1979. Par ailleurs, les différences de calcul selon les périodes validées entraînent des différences importantes dans le montant des pensions, alors même que la durée de pension peut être identique. Comme l'indique l'exposé des motifs des amendements adoptés, « pour une carrière complète, un assuré reçoit une pension de 382,83 euros par mois pour une retraite liquidée avant 2006. Pour un assuré ayant validé le même nombre de trimestres sur les mêmes périodes et ayant liquidé sa retraite entre 2006 et 2010 la pension varie, selon la date de liquidation, de 400 euros à 680 euros ». Les assurés de ce régime ne peuvent cotiser à un régime d'assurance complémentaire que depuis 2006.

---

### TITRE III

#### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

##### Article 37

#### Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata et à la branche maladie 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 des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et à la branche maladie du régime général.*

#### I - Le dispositif proposé

La branche AT-MP du régime général prend à sa charge **trois 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.

- Les dotations au Fiva et au Fcaata (I et II)

Les paragraphes I et II du présent article établissent 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 **430 millions d'euros pour 2016, un montant en hausse de 13,2 % par rapport à 2015 où il s'établissait à 380 millions ;**

- le II fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata à **600 millions d'euros en 2016, un montant en baisse de 13,4 % par rapport à 2015 où il s'établissait à 693 millions.**

Le total de ces deux dotations représente ainsi un montant de 1,030 milliard, après 1,073 milliard d'euros en 2015.

- 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 d'euros et 1,3 milliard d'euros**. Sur ce fondement, le montant arrêté pour 2015 a été fixé à 1,0 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 d'euros 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 2016.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## III - La position de la commission

Pour 2016, les dépenses du Fiva sont évaluées à 525 millions d'euros. Le solde de l'exercice 2015 devrait être déficitaire de 33 millions d'euros tandis que le déficit net cumulé s'établirait à 24 millions d'euros à la fin de l'année. Compte tenu d'une dotation de l'Etat fixé à 10 millions d'euros et des autres produits du fonds (100 millions d'euros), le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit de porter la dotation de la branche AT-MP à 430 millions d'euros. Fin 2016, le résultat net serait excédentaire de 17 millions d'euros, permettant de ramener le déficit net cumulé à 9 millions. Le fonds de roulement du fonds, estimé à environ 70 millions d'euros fin 2016, lui permettrait de faire face à ses dépenses d'indemnisation et garantirait une réserve prudentielle d'environ deux mois de dépenses.

---

Si les perspectives financières du fonds ne remettent donc pas en cause sa capacité à indemniser les victimes de l'amiante, **vo**tre commission regrette à nouveau le net désengagement dont fait preuve l'Etat dans le financement du Fiva. Entre sa création et 2015, le Fiva a été doté de 4,74 milliards d'euros, dont 4,3 milliards en provenance de la branche AT-MP. Bien que le projet de loi de finances pour 2016 prévoit comme en 2015 une dotation complémentaire de l'Etat de 10 millions d'euros après plusieurs exercices successifs au cours desquels sa participation avait été nulle, cette dotation reste notoirement insuffisante. La dotation prévue pour l'année prochaine ne correspond qu'à environ un cinquième du montant des participations assurées par l'Etat avant 2013 (47 millions d'euros en 2012).

La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir une participation de l'Etat à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, au regard tant des missions régaliennes de l'Etat que de son rôle assumé en tant qu'employeur.

Quant au Fcaata, il présente un solde excédentaire depuis 2010. De 109 millions d'euros en 2013, l'excédent a été ramené à 70 millions en 2014. Il atteindrait 12 millions d'euros en 2015. Le maintien d'une situation excédentaire est rendue possible par la baisse tendancielle des dépenses du Fcaata liée à la réduction constante des effectifs d'allocataires. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, une dotation de la branche AT-MP de 600 millions d'euros en 2016 permettrait de maintenir à l'équilibre le résultat cumulé du fonds malgré un résultat net prévisionnel déficitaire de 42 millions d'euros en 2016. Cette situation n'appelle pas de remarques particulières.

En revanche, **vo**tre commission s'interroge comme l'année dernière sur l'avenir du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Le montant de cette participation atteint aujourd'hui un niveau historiquement haut. Sa progression continue, entièrement supportée par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, ne peut conduire qu'à un certain scepticisme quant aux réels efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration tandis que les modalités d'évaluation de cette sous-déclaration continuent elles-mêmes de susciter des interrogations légitimes.

**Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 38*

**Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2016**

*Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2016 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 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP à :

- **13,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 1,5 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2015** (fixé à 13,2 milliards d'euros à l'article 5 du projet de loi) et en hausse de 2,3 % par rapport aux dépenses constatées en 2014 (fixées à 13,1 milliards d'euros à l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi) ;

- **12 milliards d'euros pour le seul régime général, en progression de 1,7 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2015** (fixé à 11,8 milliards d'euros par à l'article 5 du projet de loi) et en hausse de 3,4 % par rapport aux dépenses constatées en 2014 (fixées à 11,6 milliards d'euros à l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi).

Compte tenu des prévisions de recettes inscrites aux articles 26 et 27 du présent projet de loi, l'excédent de la branche AT-MP atteindrait l'année prochaine 0,6 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, dont 0,5 milliard d'euros pour le régime général.

**II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

**III - La position de la commission**

Les mesures intégrées à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2016 devraient diminuer le montant des prestations de la branche AT-MP de 48 millions d'euros et les nouvelles modalités de revalorisation des prestations sociales conduiraient à une économie de 37 millions, pour un gain de 84 millions d'euros en dépenses.

Cependant, du fait d'un transfert de cotisations de 0,05 point de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général, annoncé à l'annexe B du PLFSS pour 2016, les cotisations augmenteraient de 0,5 %, à un rythme sensiblement inférieur à la masse salariale du secteur privé (+2,8 %). Cette évolution conduira à amputer l'excédent de la branche AT-MP de 250 millions d'euros en 2016 et du même montant en 2017. La mise en place de ce nouveau transfert est 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'efficacité du système de soins, essentiellement financé par la branche maladie ». 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.

**La commission vous demande de rejeter cet article.**

## TITRE IV

### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

##### Amélioration de l'accès aux droits

###### Article 39

(art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 112-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 162-1-14, L. 162-1-18, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-14, L. 712-6, L. 712-7, L. 712-8, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 861-1, L. 861-2, L. 861-3, L. 861-5, L. 871-1, du code de la sécurité sociale, art. L. 722-10, L. 722-11, L. 742-3, L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 111-1 du code de la mutualité)

##### **Création d'une protection universelle maladie**

**Objet :** *Cet article tend à prévoir le maintien au sein du régime dont elles relèvent de toutes les personnes qui, du fait d'un changement dans leur situation, pourraient ne plus bénéficier de la couverture maladie de base.*

##### **I - Le dispositif proposé**

Cet article fixe un critère unique d'affiliation à la sécurité sociale qui est la résidence durable et régulière sur le territoire. Il ne change pas pour autant les règles d'affiliation aux différents régimes ni ne crée de droit d'option pour les assurés. Son impact essentiel est de faciliter, pour les assurés, les mesures de mutation au sein des régimes et de remplacer le régime de la couverture maladie universelle de base (CMU-b) par un



---

maintien des personnes qui relèveraient de cette couverture dans le régime où elles se trouvent. A ce titre la notion d'ayant-droit majeur est supprimée. De plus le régime des délégations de gestion aux mutuelles est remis à plat sur le plan législatif, ce qui implique un très important travail réglementaire.

L'article se compose de dix parties.

Le I modifie le premier chapitre du code de la sécurité sociale qui fixe les principes de son organisation. Il se compose de trois points.

Le 1<sup>o</sup> propose de modifier le premier article du code de la sécurité sociale (article L. 111-1) pour supprimer la notion d'ayant droit et préciser les conditions de couverture des risques par la sécurité sociale.

La mention selon laquelle la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale, figurant au premier alinéa de l'article, est inchangée.

La rédaction actuelle de l'article L. 111-1 prévoit d'abord la couverture par la sécurité sociale des travailleurs et de leurs familles contre « *les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain* ». Cette disposition reprend l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance du 4 octobre 1945. A titre subsidiaire, **l'article prévoit la couverture de « toute autre personne » et de sa famille résidant sur le territoire français pour les risques liés à la maladie, à la maternité, à la paternité et aux charges de familles.** La distinction entre « *les risques de toutes nature* » dont sont protégés les travailleurs et ceux, limitativement énumérés, dont la solidarité nationale prémunit les autres tient au risques accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et vieillesse. **Contrairement au risque maladie-maternité-paternité et aux allocations familiales dont la couverture est universelle, il n'existe en effet aucun principe d'affiliation à un régime d'assurance vieillesse sur simple critère de résidence. Le risque AT-MP est pour sa part intrinsèquement lié à la condition de travailleur.**

La rédaction proposée par le présent article reprend le principe de la couverture universelle des risques maladie-maternité-paternité et des charges de famille mais en regroupant les deux cas de couverture soit : « *toute personne travaillant ou résidant en France* ». Le maintien des deux conditions distinctes se justifie par le fait que toute personne qui travaille en France doit payer les cotisations ouvrant droit à la sécurité sociale même si elle n'y réside pas et que certaines personnes peuvent, tout en travaillant à l'étranger, relever de la législation française de sécurité sociale.

Cette nouvelle rédaction intègre au premier article du code de la sécurité sociale la nécessité que la résidence en France soit stable et régulière pour ouvrir droit à la sécurité sociale. Cette condition figure actuellement à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale inséré par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Est supprimée toute référence aux familles des travailleurs ou des résidents. Cette suppression, qui est cohérente par rapport à la couverture sur simple critère de résidence, a pour conséquence **l'affiliation directe des actuels ayants droit majeurs.**

Le second alinéa proposé reprend la rédaction de l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance de 1945 sur la protection des travailleurs contre les risques de toute nature et la précision que cette protection s'exerce au travers de l'affiliation à un ou plusieurs régimes obligatoires. Il comporte toutefois plusieurs modifications. D'une part, en cohérence avec l'alinéa précédent, la référence à la famille et aux ayants droit est supprimée. D'autre part la notion de « *capacité de gain* » est remplacée par celle de « *revenu* ». Cette dernière modification n'est pas sans poser de difficulté. En effet la capacité de gain est intrinsèque à la personne tandis que le revenu ne l'est pas. Ainsi **la capacité de gain est limitée par la maladie, la maternité-paternité, la vieillesse, les accidents du travail ou les maladies professionnelles qui sont les risques couverts par la sécurité sociale. A l'inverse une personne peut être capable de gagner sa vie mais être privée de revenu par un licenciement ou la faillite de l'entreprise. Or le risque chômage ne fait, lui, pas partie du champ de la sécurité sociale.**

On peut enfin noter que le second alinéa prévoit la couverture des travailleurs contre les risques de toute nature mais que sa lecture combinée avec l'alinéa précédent limite sa portée aux seuls risques AT-MP et vieillesse.

Le dernier alinéa de l'article L. 111-1 est modifié pour prévoir que la sécurité sociale assure la prise en charge des frais de santé indépendamment du service des prestations sociales qui entrent dans son champ. Cet ajout permet de distinguer ce qui relève du remboursement des soins, garanti à tous, et ce qui relève du maintien des revenus liés au travail c'est-à-dire les indemnités journalières. La mention de la soumission de leur service au respect des dispositions du code de la sécurité sociale est complétée par la référence aux conventions internationales et aux règlements européens.

Le 2<sup>o</sup> propose de modifier l'article L. 111-2-1 qui affirme les choix de la Nation en matière d'assurance maladie et de retraite par répartition. Il se divise en deux.

Le a) modifie les deux premiers alinéas de l'article relatifs à l'assurance maladie.

Tout en conservant un caractère universel, obligatoire et solidaire, la référence à l'assurance maladie est remplacée par celle à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale.

Le deuxième alinéa de l'article, qui précise que cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun sans considération de son âge ou de son état de santé, et contribue en fonction de ses ressources, fait l'objet d'une nouvelle formulation. Il découle de la lecture combinée des deux alinéas que **la protection contre le risque maladie doit**

---

**s'interpréter comme la prise en charge des consultations préventives et la protection contre les conséquences de la prise en charge des frais liés au diagnostic et au traitement des pathologies.**

Le b) modifie le troisième alinéa qui dispose que l'Etat garantit l'accès effectif des assurés aux soins. Cette disposition est remplacée par la **garantie par l'Etat de l'accès effectif à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale.**

Le 3° propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 111-2-2 relatif aux conditions d'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale. Cette nouvelle rédaction procède à une simplification du dispositif puisqu'elle conserve le principe de l'affiliation obligatoire de tous les travailleurs salariés ou non mais supprime l'ensemble des règles permettant l'exemption des travailleurs étrangers de l'affiliation à l'assurance vieillesse. Elle ajoute cependant le principe de l'affiliation à un régime obligatoire des personnes travaillant à l'étranger mais soumises à la législation française de sécurité sociale. Ce cas recouvre principalement la situation des travailleurs détachés au sein de l'Union européenne.

Le 3° tend à insérer un nouvel article L. 111-2-3. Celui-ci renvoi à un **décret en Conseil d'Etat les conditions d'appréciation du critère de la stabilité de résidence et de la régularité du séjour.**

Le II vise à modifier le chapitre IV *ter* du code de la sécurité sociale qui traite de la lutte contre la fraude.

Il se compose de huit points.

Le 1° tend à insérer dans les **missions des agents de contrôle des caisses**, énumérées à l'article L. 114-10, celle de contrôler le respect des conditions de résidence.

Le 2° propose d'insérer un nouvel article L. 114-10-1 qui oblige les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale à organiser le contrôle de la condition de résidence et fixe le principe que ce contrôle doit être effectué par recoupement avec les contrôles effectués par les autres organismes de sécurité sociale.

Le 3° renumérote l'article L. 115-7, relatif au contrôle de la situation des affiliés étrangers, pour l'insérer à la suite de l'article L. 114-10-1. Il procède à une coordination.

Le 4° prévoit l'insertion d'un nouvel article L. 114-10-3 qui dispose que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) établira un référentiel de contrôle homologué par l'Etat. Cet article organise également la procédure contradictoire avec l'assuré en cas de constat de non-respect des conditions d'éligibilité aux prestations de santé.

Le 5° procède à une modification rédactionnelle à l'article L. 114-12 et prévoit, par coordination, que les données permettant d'établir le respect des conditions de résidence figurent parmi celles transmises entre les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Le 6° propose de compléter l'article L. 114-12-1, relatif au répertoire national commun des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de sécurité sociale, pour y inclure les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence.

Le 7° propose d'insérer dans le code un nouvel article L. 114-12-4 pour prévoir que les administrations fiscales, sociales et les gestionnaires des régimes obligatoires mettent en œuvre les échanges d'informations nécessaires au contrôle de l'obligation de résidence en utilisant notamment le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Le 8° renumérote l'article L. 162-1-14 relatif aux pénalités prononcées par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pour le placer après l'article L. 114-17 relatif aux pénalités prononcées par le directeur d'un organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou d'assurance vieillesse. Il procède également à une coordination.

Le III entend insérer un **chapitre préliminaire relatif à la prise en charge des frais de santé** et composé de quatre sections dans le titre du code de la sécurité sociale relatif, notamment, aux prestations et aux soins.

Le 1° prévoit, au sein de ce chapitre préliminaire, une première **section relative aux bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé** et composée de sept articles.

La a) propose une rédaction pour les articles L. 160-1 à L. 160-4.

L'article L. 160-1 prévoit la condition alternative pour l'ouverture de la prise en charge des frais de santé liés à la maladie ou à la maternité : le travail en France ou la résidence stable et régulière.

L'article L. 160-2 prévoit, par rattachement à un assuré, la **prise en charge des frais de santé des enfants mineurs sans activité professionnelle**. Les différentes catégories de mineurs susceptibles d'être rattachés à un assuré quand ils sont à sa charge sont énumérées, conformément aux dispositions actuelles du code.

Le **statut d'ayant droit prend fin l'année où l'enfant atteint sa majorité, qu'il poursuive ou non des études**. A condition de remplir les conditions de travail ou de résidence, il est donc directement affilié à la sécurité sociale.

**Les mineurs de seize ans qui poursuivent des études supérieures bénéficient à titre personnel de la prise en charge des frais de santé.**

Tout mineur de seize ans peut demander de bénéficier à titre personnel de la prise en charge des frais de santé.

---

Les personnes et établissements peuvent également demander qu'un mineur qui leur a été confié par l'aide sociale à l'enfance soit identifié de façon autonome par rapport à l'assuré dont il est l'ayant droit. La prise en charge des frais de santé du mineur bénéficie alors à la personne ou à l'établissement à qui il a été confié.

Le texte proposé pour le nouvel article L. 160-3 prévoit **les cas dans lesquels les frais de santé encourus en France peuvent être pris en charge alors que les conditions de travail ou de résidence ne sont pas remplies**. Il s'agit des frais encourus par :

- les personnes bénéficiant d'une pension de retraite à taux plein ou d'une pension de réversion servie par un régime de base ;
- les titulaires d'une rente ou allocation AT-MP hors professions agricoles ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité servie par un ou plusieurs régimes de base même si cette pension est transformée en pension de vieillesse.

Les frais d'hospitalisation ne peuvent cependant être remboursés qu'après qu'un contrôle ait été effectué.

Le texte proposé pour l'article prévoit également le cas où la prise en charge est prévue par les règlements européens et conventions internationales. Elle s'étend alors aux frais de santé encourus à l'étranger.

Le texte proposé pour l'article L. 160-4 prévoit d'autres cas de prise en charge des frais de santé pour les personnes ne résidant ni ne travaillant en France :

- les membres de la famille d'un travailleur détaché depuis la France, s'ils ne sont pas affiliés au régime local ;
- les membres de la famille à la charge d'un assuré, à condition que cette prise en charge soit prévue par une convention internationale de sécurité sociale ou un règlement européen ;
- les fonctionnaires français en poste à l'étranger et leur famille.

Le b) renumérote l'article L. 161-2-1 relatif aux modalités d'affiliation à la sécurité sociale pour en faire l'article L. 160-5 et procède à deux modifications.

Le premier alinéa fait l'objet d'une nouvelle rédaction. Il conserve le principe d'un bénéfice direct des prestations sur simple déclaration, justifiée, à une caisse primaire, mais subordonne cette déclaration à des conditions fixées par décret et supprime l'obligation pour la caisse de rechercher le régime auquel la personne devrait être affiliée.

Par coordination, le dernier alinéa prévoyant un décret en Conseil d'Etat est supprimé.

Le c) renumérote l'article L. 380-3, relatif aux personnes résidant en France et non prises en charge par la sécurité sociale, pour en faire l'article L. 160-6. Il précise toutefois que ces personnes peuvent obtenir la prise en charge des frais de santé si elles exercent une activité professionnelle complémentaire en France.

Un 3° est rétabli au sein de l'article pour exclure du bénéfice de la prise en charge les personnes bénéficiant d'une pension de retraite servie par un régime étranger qui prend également en charge leur frais de santé.

Le 5° de l'article est modifié pour préciser le régime applicable aux travailleurs détachés temporairement en France et à leur famille.

Il est également procédé à des coordinations.

Le d) renumérote l'article L. 332-3, qui fixe le principe de l'absence de prise en charge des frais de santé encourus à l'étranger et ses exceptions. Il procède à des coordinations.

Le 2° crée une **section relative aux prestations**.

Le a) propose une rédaction pour l'article L. 160-8 afin de définir le contenu de la prise en charge « des risques et conséquences de la maladie ». Il reprend l'essentiel de l'article L. 321-1 du code relatif au contenu de l'assurance maladie sans toutefois reprendre les dispositions relatives aux indemnités journalières.

Le b) renumérote les articles L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1 et L. 322-7 pour en faire les articles L. 160-9 à L. 160-12 et procède à des coordinations.

Le L. 331-2, qui devient L. 160-9, définit le contenu de l'assurance maternité.

Le L. 322-1, qui devient L. 160-10, traite des montant remboursés par les caisses primaires et de la possibilité de les verser à un tiers.

Le L. 332-1, qui devient L. 160-11, est relatif à la prescription des créances de l'assuré.

Le L. 322-7, qui devient L.160-12, prévoit que les prestations en nature sont incessibles et insaisissable sauf au titre du recouvrement suite à des manœuvres frauduleuses du bénéficiaire.

Le 3° crée une nouvelle **section relative à la participation de l'assuré social**.

Il renumérote les articles L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 qui deviennent les articles L. 160-13 à L. 160-16.

Les articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4 constituent l'actuelle section du code relative à la participation de l'assuré. L'article L. 322-8 pose le principe de l'absence de participation des affiliés au régime minier.

---

Le 4° introduit une **section relative à l'organisation et au service des prestations**, composée d'un article unique.

Le texte proposé pour cet article L. 160-17 prévoit la **prise en charge des frais de santé des personnes travaillant en France par le régime obligatoire de sécurité sociale auquel elles sont affiliées**. Un décret déterminera les conditions de cette prise en charge ainsi que celles de la prise en charge des personnes n'exerçant pas une activité professionnelle, lesquelles auront en outre la possibilité de demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, partenaire ou concubin.

Les **mutuelles d'étudiants et de fonctionnaires, qui bénéficient d'un régime délégué, pourront continuer à prendre en charge les frais liés à la santé de même que les organismes d'assurance qui servent les prestations de base des travailleurs indépendants**.

Il est prévu une évaluation des résultats de ces délégations, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'Etat, et la possibilité de les révoquer.

Le **IV** modifie le chapitre 1<sup>er</sup> du titre VI de livre 1<sup>er</sup> relatif aux prestations.

Le 1° rétabli un article L. 161-1 qui **définit la famille au sens de la sécurité sociale en reprenant les dispositions de l'article L. 313-3 du code**.

Le 2° supprime l'article L. 161-2 relatif aux conditions minimales pour permettre l'affiliation à un régime obligatoire.

Le 3° procède à une coordination à l'article L. 161-3.

Le 4° modifie par coordination l'article L. 161-8 relatif au maintien des prestations quand une personne ne remplit plus les conditions d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance maladie ou de maternité.

Le 5° propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 161-15 afin de prévoir la possibilité pour le conjoint séparé de droit ou de fait qui ne peut faire reconnaître la situation d'ayant droit de ses enfants mineurs du fait du défaut de présentation des justificatifs par leur autre parent d'obtenir directement la prise en charge de leurs frais de santé.

Le 6° procède à une coordination à l'article L. 161-15-1.

Le **VI** complète les missions de l'Uncam pour y inscrire le référentiel de contrôle prévu à l'article L. 114-10-3.

Le **VII** procède à une coordination au sein de l'article L. 200-1 qui définit les missions du régime général de sécurité sociale.

Le **VIII** procède à des coordinations au sein du livre III du code relatif aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général.

Le IX procède également à des coordinations :

- le A pour prévoir le taux particuliers de cotisations applicables aux personnes ne résidant pas en France mais bénéficiant à titre obligatoire de la couverture des frais de santé (article L. 131-9) ;

- le B pour prévoir le cas des personnes bénéficiant du complément de libre choix d'activité ou de la prestation d'accueil du jeune enfant (article L. 161-9 du code du travail) ;

- le C en matière de coordination entre régimes (article L. 172-1 A) ;

- le D pour la compétence des Urssaf ;

- le E pour les dispositions relatives aux ressources contenues dans le Livre IV du code ;

- le F pour les dotations annuelle de la Cnam aux caisses primaires (article L. 252-1) ;

- le G pour les bénéficiaires d'une rente AT-MP (article L. 371-3) ou d'une pension militaire (article L. 371-6) ;

- le H pour les personnes détenues (articles L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5), pour les artistes auteurs (articles L. 382-3, L. 382-14-1) et pour les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (article L. 382-21) ;

- le I pour le régime des prestations ;

- le J pour le champ d'application des prestations familiales ;

- le K pour le régime social des indépendants ;

- le L pour les régimes spéciaux ;

- le M pour le régime des complémentaires santé et l'aide au paiement de la complémentaire santé ;

- le N abroge des articles devenus inutiles ou dont le contenu a été repris ailleurs dans le code ;

- le O modifie le code rural et de la pêche maritime pour les dispositions relatives au régime de protection sociale des non-salariés agricoles ;

- le P modifie le code de l'action sociale et des familles pour prévoir qui sont les personnes à la charge d'un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat qui peuvent bénéficier également de cette aide. Outre le conjoint, concubin ou pacsé et les enfants dans les conditions générales, figurent les personnes à la charge effective du bénéficiaire et vivant avec lui depuis douze mois consécutifs, dans la limite d'une seule personne (article L. 251-1) ;

- le Q pour le code de la mutualité ;



- le R enfin, entend procéder à une coordination dans « toutes les dispositions législatives et réglementaires » et permet de procéder par décret en Conseil d'Etat aux renumérotations requises ;

- Le X prévoit l'entrée en vigueur des dispositions de cet article au 1<sup>er</sup> janvier 2016, à l'exception des habilitations données aux groupements mutualistes et au statut d'ayants droit majeurs, qui sont prolongées jusqu'au 31 décembre 2019.

Une indemnité est prévue pour les organismes qui subiraient un préjudice du fait du transfert « en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent ».

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinquante amendements à cet article dont quarante-six, déposés par la rapporteure Mme Michèle Delaunay, sont rédactionnels ou de coordination. Les six amendements restant tendent :

- à l'initiative des rapporteurs, mais aussi de M. Bapt en son nom propre et de plusieurs de leurs collègues, à **préciser le régime des gestions déléguées en prévoyant le maintien dans la loi du principe des remises de gestion et en précisant qu'il ne peut être mis fin aux délégations de gestion qu'en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales** ;

- à l'initiative du Gouvernement, à remplacer la notion de délégation par celle d'habilitation et à supprimer le terme du 31 décembre 2019 fixé aux habilitations en cours, celles-ci demeurant donc en vigueur au-delà de cette date.

## III - La position de la commission

Votre commission est favorable à la mise en place d'une prestation universelle maladie (PUMA) qui est de nature à simplifier la vie de nombreux assurés. L'ampleur de la tâche à accomplir par les différents régimes et les administrations en matière de mise en œuvre informatique et de rédaction de textes réglementaires apparaît cependant considérable, le précédent constitué par l'instauration de l'interlocuteur social unique est, de ce point de vue, un exemple de triste mémoire.

Il faut donc espérer que le PUMA ne créera pas une nouvelle catastrophe industrielle qui, au lieu de simplifier la vie des assurés, aboutira à des dysfonctionnements durables au sein de régimes déjà particulièrement sollicités comme le régime social des indépendants.

Par ailleurs cette réforme, présentée comme l'une des grandes réformes sociales du quinquennat par le Secrétaire-d'Etat au budget, est essentiellement administrative et ne touche pas à la structure différente des

régimes. Elle crée néanmoins un socle commun de remboursement des dépenses d'assurance maladie ce qui pose la question de sa gestion. Celle-ci restera-t-elle attribuée aux différents régimes ou sera-t-elle un jour centralisée à la Cnam ? Les inquiétudes suscitées auprès des mutuelles par la remise à plat du régime de délégation de gestion tendent à rejoindre cette interrogation.

La ministre de la santé a eu l'occasion de protester contre la dénonciation de mesures qui n'ont jamais été proposées ou envisagées par le Gouvernement. L'absence de vision claire sur les intentions finales de l'exécutif s'agissant de l'organisation de l'assurance maladie est néanmoins nécessairement source d'ambiguïtés. Votre commission souhaite qu'un dialogue puisse s'engager avec le Gouvernement sur la place qu'il entend donner à la Cnam par rapport aux autres gestionnaires de régimes d'assurance maladie obligatoires.

A l'initiative du rapporteur général, elle a adopté l'**amendement n° 57** afin de marquer la nécessité, pour s'assurer de l'applicabilité de l'article, d'opérer des coordinations et des clarifications rédactionnelles.

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

*Article 39 bis (nouveau)*

*(art. L. 323-3 du code de la sécurité sociale)*

**Suppression de la modulation de la durée des indemnités journalières servies par les caisses primaires dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de fixer une durée maximale au mi-temps thérapeutique.*

## **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Laclais et de plusieurs de ses collègues, tend à modifier l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, relatif à l'indemnité servie par les caisses primaires d'assurance maladie en cas de mi-temps thérapeutique. Il tend à supprimer la possibilité pour la caisse de moduler le délai du mi-temps en deçà de la durée maximale fixée par décret.

Cette suppression est motivée par les approches différentes des caisses dont certaines fixent une durée maximale de six mois et d'autres de plus d'un an.

### **III - La position de la commission**

Votre commission considère que c'est au médecin qui suit les progrès du patient de déterminer la durée du mi-temps thérapeutique et qu'il convient que la caisse primaire se conforme à cette décision. Dès lors, fixer une durée uniforme par décret permet d'éviter les restrictions systématiques. Votre commission relève que l'amendement adopté par l'Assemblée nationale n'a pas été jugé contraire à l'article 40 de la Constitution et que cette mesure n'est donc pas considérée comme entraînant une charge supplémentaire pour l'assurance maladie.

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

*Article 39 ter (nouveau)*

#### **Résiliation des contrats en cours des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre une résiliation dérogatoire des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé.*

### **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, tend à tirer les conséquences de la perte du bénéfice de l'aide à la complémentaire santé pour les personnes n'ayant pas souscrit un contrat répondant aux nouvelles conditions fixées par la loi. Les personnes bénéficiant actuellement de l'ACS mais n'ayant pas anticipé que leur contrat ne figure pas parmi ceux sélectionnés à l'issue de l'appel d'offre organisé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, se trouveront privées de cette aide. Afin de leur permettre de rentrer dans le cadre du nouveau dispositif et donc de continuer à bénéficier de l'aide, cet article tend à autoriser ceux qui ont renouvelé leur contrat complémentaire après le 30 juin 2015 à le résilier sans frais jusqu'au 30 juin 2016 pour souscrire un nouveau contrat sélectionné dans le cadre de l'appel d'offre.

### **II - La position de la commission**

Votre commission considère que cette disposition s'apparente à une mesure technique pour faciliter la transition des bénéficiaires de l'ACS vers le nouveau système mis en place suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

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

Article 40

(art. L. 169-1 à L. 168-14 [nouveaux] du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 1226-1 du code du travail ; ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 ;  
art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977)

**Extension de la prise en charge par l'assurance maladie  
des victimes d'actes de terrorisme**

*Objet : Cet article réforme le régime de prise en charge par l'assurance maladie des frais engagés par les victimes d'actes de terrorisme ou par leurs familles afin de le rendre plus lisible et plus favorable.*

**I - Le dispositif proposé**

• Cet article réforme la prise en charge des victimes d'actes terroristes par les régimes obligatoires de sécurité sociale. En l'état actuel du droit, cette prise en charge repose en effet sur deux dispositifs qui, aux termes de l'évaluation préalable, apparaissent « complexes et peu lisibles pour les assurés » : d'une part, le fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI), mis en place en 1986<sup>1</sup> et qui assure la réparation intégrale des dommages corporels ; d'autre part, les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), qui ouvrent aux victimes d'actes de terrorisme la gratuité des soins et de l'appareillage<sup>2</sup>. Ce dernier dispositif, mal connu des victimes, est en outre particulièrement difficile d'accès.

Il s'agit ainsi de 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.**

Selon les informations transmises à votre rapporteur par la Cnam, le dispositif ainsi proposé a **déjà fait l'objet d'une mise en œuvre** après les attentats de janvier 2015, du Bardo, de Saint-Quentin et du Thalys, **sur la base de courriers de couverture ministérielle. La présente mesure vise à le pérenniser et à le rendre opposable.**

Aux termes de l'évaluation préalable, quatre axes de simplification et de renforcement ont ainsi été prévus : une définition claire des victimes et des frais pris en charge ; une couverture élargie ; une gestion simplifiée pour les victimes ; un financement partagé entre la sécurité sociale et l'Etat.

• Le **paragraphe I** crée ainsi, au sein du titre VI du livre 1<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, **un nouveau chapitre IX relatif à la « Prise en charge des victimes d'actes de terrorisme »** et comprenant quatre sections.

<sup>1</sup> Article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme.

<sup>2</sup> L'extension ayant été opérée par l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé.

---

- La **première section**, qui regroupe les articles L. 169-1 à L. 169-5, vise les **personnes présentes** sur les lieux de l'acte de terrorisme considéré.

L'article L. 169-1 définit tout d'abord le **champ d'application** de cette section. Sont concernées toutes les personnes présentes sur les lieux, qu'il s'agisse des victimes, de personnes blessées ou de personnes simplement impliquées. L'identité de ces personnes devra avoir été communiquée par l'autorité judiciaire compétente (procureur de la République ou autorité diplomatique ou consulaire) au fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme. Plusieurs précisions interviendront sur ces différents points par décret.

Les articles L. 169-2 à L. 169-4 prévoient ensuite, pour ces personnes, le principe d'une **prise en charge intégrale par l'assurance maladie des soins dispensés**.

L'article L. 169-2 précise ainsi que les personnes figurant sur la liste officielle établie par le Parquet seront **exonérés de toute participation aux soins** (qu'il s'agisse du ticket modérateur, de la franchise médicale annuelle, des participations forfaitaires de 1 euro et de 0,5 euro, du forfait journalier hospitalier ou encore de la participation forfaitaire de 18 euros) pour l'ensemble des frais engagés en lien avec l'acte de terrorisme. Il est également prévu un assouplissement des conditions et des formalités requises pour le bénéfice des indemnités journalières maladie et AT-MP ; il est ainsi prévu que **les délais de carence ne s'appliqueront pas en cas d'arrêt de travail** lié aux suites de l'attentat.

L'article L. 169-3 prévoit le **remboursement des produits et prestations** inscrits sur la liste prévue par l'article L. 165-1, dès lors que leur délivrance est directement liée aux conséquences de l'acte de terrorisme. Il s'agit des dispositifs médicaux, des produits de santé autres que les médicaments ainsi que des prestations associées de services, et notamment d'adaptation. Il est précisé que ce remboursement intervient de manière intégrale, « *dans la limite des frais réellement exposés* », à condition toutefois que le montant considéré n'excède pas une limite fixée par arrêté.

L'article L. 169-4 prévoit que l'application de ces deux articles vaut pour **une durée d'un an à compter de la date de survenue de l'acte de terrorisme**, en dehors du cas des frais engagés au titre de consultations de suivi psychiatrique.

L'article L. 169-5 prévoit un régime spécifique pour ces derniers : les victimes pourront bénéficier des exonérations prévues par l'article L. 169-2 pendant un délai de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, mais pour une durée de bénéfice de deux ans au maximum.

- La **deuxième section**, qui regroupe les articles L. 169-6 à L. 169-8, concerne les **proches parents** des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme.

Elle comporte une **première sous-section** relative au **capital décès** et composée d'un unique article L. 169-6, qui prévoit, dès lors que le décès résulte d'un acte de terrorisme, la dispense de justification de cotisation minimale ou d'un quota minimal d'heures travaillées pour l'ouverture des droits à l'assurance décès.

La **seconde sous-section** porte sur la **prise en charge de consultations de suivi psychiatrique pour les familles des victimes**.

L'article L. 169-7 définit tout d'abord le **périmètre d'application** de ces dispositions. Sont concernés les proches parents des personnes décédées ou blessées dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente (procureur de la République ou autorité diplomatique ou consulaire) au fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme. Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, des ascendants ou des descendants jusqu'au troisième degré, ou encore des frères et sœurs.

L'article L. 169-8 prévoit l'application à ces personnes du régime dérogatoire prévu par l'article L. 169-5 pour les victimes directes.

- La **troisième section**, qui rassemble les articles **L. 169-9 à L. 169-13**, détermine les **modalités d'application** de ce régime dérogatoire de prise en charge des frais de maladie.

L'article L. 169-9 prévoit tout d'abord la mise en place d'un mécanisme de **tiers payant sans avance de frais** pour les prises en charge et exonérations de participations aux frais prévues par les articles L. 169-1 à L. 169-3. Il semble donc que les consultations de suivi psychiatrique ne seraient pas concernées.

L'article L. 169-10 précise que le changement de régime de sécurité sociale est sans incidence sur la durée prévue pour le bénéfice de ce dispositif dérogatoire, pour le délai d'un an prévu pour les actes et prestations courants comme pour ceux mis en place s'agissant des consultations de suivi psychiatrique.

L'article L. 169-11 pose le principe d'un **financement partagé entre la sécurité sociale et l'Etat**. L'assurance maladie assurera le financement des dépenses maladie correspondant au droit commun, hors mesures d'exonération de participation. En conséquence, l'Etat prendra en charge le montant des exonérations de participation prévues par l'article L. 169-2 ainsi que par l'article L. 169-6. S'agissant du remboursement des dispositifs médicaux, des produits de santé autres que les médicaments ainsi que des prestations associées prévu par l'article L. 169-3, il est précisé que l'Etat financera la différence entre les frais effectivement remboursés et la part servant de base au remboursement de l'assurance maladie.

---

L'article L. 169-12 prévoit que **la Cnam jouera, dans ce dispositif, un « rôle de coordination »** entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie. D'un point de vue pratique, il a notamment été précisé à votre rapporteur général que la caisse exercera à ce titre une mission de « *facilitateur* » en centralisant les questions relatives à la prise en charge des soins et en assurant la coordination de l'envoi aux victimes par l'ensemble des caisses, y compris celles ne relevant pas du régime général, d'une attestation spécifique permettant de faire valoir les droits à la prise en charge dérogatoire auprès des professionnels et établissements de santé.

L'article L. 169-13 prévoit que les modalités d'application des trois premières sections seront définies par décret.

- La **quatrième section enfin**, composée d'un unique article **L. 169-14**, prévoit la possibilité pour le FGTI de diligenter une expertise médicale commune pour la mise en œuvre des différents régimes de réparation mis en place par les textes (loi du 9 septembre 1986 et loi du 13 janvier 1990 précitées, auxquelles s'ajoutent les dispositions mises en place par le présent article dans le code de la sécurité sociale). Il est précisé que les délais et les conditions de la réalisation de cette expertise seront fixés par décret.

- Le **paragraphe II** prévoit une coordination dans le code du travail.
- Le **paragraphe III** prévoit l'application à Mayotte de ce régime dérogatoire de prise en charge, en en transposant les dispositions dans un nouveau chapitre *I<sup>er</sup> bis* de l'ordonnance de 1996 organisant le fonctionnement de l'assurance maladie sur ce territoire.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de sa rapporteure pour l'assurance maladie, notre collègue députée Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a adopté 13 amendements rédactionnels ou de précision à cet article. Elle a ainsi notamment supprimé l'article L. 169-8, dont les dispositions sont intégrées dans l'article L. 169-7.

Un amendement identique présenté par le Gouvernement et par notre collègue député M. Stéphane Claireaux et plusieurs membres du groupe RRDP a par ailleurs étendu le régime de prise en charge défini par le présent article au territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **III - La position de la commission**

Dans le contexte des événements tragiques auxquels notre pays a très récemment eu à faire face, votre commission se félicite de la mise en place de ce régime simplifié et renforcé de prise en charge des soins liés aux conséquences d'un acte terroriste, pour les victimes directes comme pour les parents proches.

Elle souligne toutefois que, dans la mesure où le délai pendant lequel la prise en charge intégrale de ces frais de santé est prévue apparaît relativement court (une année seulement), il conviendra d'assurer la prise en charge immédiate des personnes après la survenance d'un attentat, le cas échéant en s'assurant de leur bonne information sur le dispositif existant.

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

*Article 41*

*(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 5134-1 du code de la santé publique)*

**Suppression de la participation financière et confidentialité pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour une personne mineure**

*Objet : Cet article vise à garantir la gratuité et la confidentialité des consultations réalisées en vue de la prescription d'un contraceptif pour une personne mineure ainsi que des examens de biologie effectués dans ce cadre.*

**I - Le dispositif proposé**

Afin de faciliter l'accès des jeunes filles mineures à la contraception, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013<sup>1</sup> a prévu la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des contraceptifs remboursables (article L. 322-3 du code de la sécurité sociale). Elle a également garanti le secret de leur délivrance lorsqu'ils sont prescrits à des mineures d'au moins quinze ans (article L. 5134-1 du code de la santé publique).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014<sup>2</sup> a ensuite introduit le tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base pour les consultations réalisées en vue de la prescription d'un contraceptif à des mineures d'au moins quinze ans ainsi que sur les examens de biologie réalisés à cet effet (articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale).

Ainsi, en l'état actuel du droit, la mineure doit faire l'avance au professionnel de santé de la part des dépenses laissée à sa charge (ticket modérateur), éventuellement remboursée par sa complémentaire santé. Aucune garantie de confidentialité n'est prévue pour les consultations et examens préalables à la prescription d'un contraceptif puisqu'en l'absence de gratuité, l'organisme complémentaire de santé se voit transmettre les informations relatives au ticket modérateur et à l'identification de l'assurée. Les jeunes filles mineures qui souhaitent bénéficier d'une totale confidentialité n'ont d'autre solution que de s'adresser à un centre de planification qui prend en charge directement à la fois la consultation et le contraceptif.

---

<sup>1</sup> Article 52 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

<sup>2</sup> Article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.



---

Le présent article entend combler cette lacune en permettant de garantir la gratuité, et donc le secret, des consultations effectuées tant par un médecin que par une sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif ainsi que la gratuité et le secret des examens de biologie réalisés dans ce cadre.

Pour ce faire, le **paragraphe I** permet de supprimer la participation financière de l'assurée mineure d'au moins quinze ans sur les consultations et actes nécessaires à la prise d'un contraceptif et bénéficiant déjà du tiers payant en application des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale. **Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions de la suppression de la participation de l'assurée mineure.**

Le **paragraphe II** étend le principe de la protection par le secret déjà en vigueur pour la délivrance des contraceptifs à ces consultations et à ces actes ainsi qu'à leur prise en charge par l'assurance maladie.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le **coût de la prise en charge du ticket modérateur par l'assurance maladie** pour les mineures d'au moins quinze ans est évalué à **3,9 millions d'euros par an**, dont 2,75 millions au titre des consultations et actes des médecins généralistes, spécialistes et des sages-femmes et 1,15 million d'euros au titre des examens de biologie.

## 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 est favorable au dispositif proposé au présent article, qui tire les conséquences du constat formulé par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport d'avril 2015<sup>1</sup>. Celui-ci soulignait l'insuffisance des mesures actuelles qui « *n'atteignent pas un objectif de gratuité et surtout empêchent la confidentialité en impliquant les organismes complémentaires qui ne peuvent pas, au regard des clauses contractuelles qui les lient aux ouvrants droit, anonymiser les relevés de remboursement.* »

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

---

<sup>1</sup> Igas, « L'accès gratuit et confidentiel pour les mineurs à la contraception », avril 2015.

*Article 41 bis (nouveau)*

*(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale)*

**Gratuité du dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir la gratuité des actes de dépistage du cancer du sein pour les femmes particulièrement à risque.*

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à compléter l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit les cas de dispense du ticket modérateur, pour y inclure le cas des personnes nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein du fait d'une situation clinique fixée par décret en Conseil d'Etat. Cette dispense porte uniquement sur les frais d'examen des dépistages.

**II - La position de la commission**

Ainsi que l'a souligné la ministre de la santé, il est paradoxal que les femmes les plus à risque de développer un cancer du sein, et qui doivent donc subir des examens plus fréquents que les examens obligatoires (un dépistage gratuit est proposé à toutes les femmes de cinquante à soixante-quatorze ans une fois tous les deux ans), subissent un reste à charge.

Les critères cliniques fondant le décret en Conseil d'Etat seront ceux fixés par l'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé.

Votre commission est donc favorable à cette mesure tout en regrettant que son coût n'ait pas été chiffré par le Gouvernement.

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

---

*Article 41 ter (nouveau)*  
*(art. L. 613-20 du code de la sécurité sociale)*  
**Mise en place d'un mi-temps thérapeutique  
pour les travailleurs indépendants**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre le mi-temps thérapeutique pour les travailleurs indépendants.*

### **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a inséré cet article en adoptant deux amendements identiques, l'un de la rapporteure Mme Michèle Delaunay, l'autre de Mme Bulteau et de plusieurs de ses collègues. Il se compose de deux parties.

Le I tend à modifier l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations supplémentaires du régime social des indépendants pour y inclure le service d'une indemnité journalière dans le cadre du mi-temps thérapeutique.

Le II prévoit son entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### **II - La position de la commission**

Votre commission relève le paradoxe qu'il y a, dans un contexte de contestation des cotisations du régime social des indépendants, à prévoir de nouvelles prestations qui apparentent les indépendants aux salariés. L'indemnité journalière liée au mi-temps thérapeutique fera partie des prestations complémentaires obligatoires du RSI, lesquelles doivent être gérées à l'équilibre ce qui implique une augmentation des cotisations si le dispositif s'avère couteux.

Elle considère néanmoins que si les assurés souhaitent pouvoir bénéficier de cette mesure il doit être possible de la mettre en œuvre.

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

## CHAPITRE II

### Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée

#### Article 42

(art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale)

#### Contrats de coopération pour les soins visuels

*Objet : Cet article tend à mettre en place deux types de contrats de coopération entre médecins ophtalmologistes et auxiliaires de la filière visuelle, dans le cadre de l'exercice en cabinet individuel et dans celui de l'exercice regroupé au sein de structures pluri-professionnelles.*

#### I - Le dispositif proposé

• Face à la situation alarmante de la filière visuelle, une urgente nécessité de renforcer les coopérations pour faire face aux besoins

L'organisation et le fonctionnement de la filière visuelle font aujourd'hui l'objet de très fortes préoccupations. Alors que le constat alarmant dressé par le rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé (*voir encadré ci-après*) reste d'actualité, ces premières constatations ont été confirmées et complétées par le très récent rapport d'information de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) sur la restructuration de la filière visuelle.

Ces préoccupations se sont traduites, au cours de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, par l'adoption d'une première série d'aménagements, au travers de deux amendements gouvernementaux portant respectivement sur les compétences des orthoptistes et sur celles des opticiens-lunetiers.

Le rapport de l'Igas relève ainsi que « *la filière de santé visuelle est marquée par d'importantes difficultés d'accès, avec des délais d'attente qui peuvent dans certaines régions atteindre ou dépasser 6 à 9 mois, des coûts élevés liés à d'importants dépassements d'honoraires, et une prise en charge insatisfaisante des urgences* ».

Ces difficultés d'accès s'expliquent notamment par la **démographie défavorable** des médecins ophtalmologistes : en raison de la baisse du *numerus clausus* au cours de la dernière décennie, les professionnels sont trop peu nombreux pour répondre aux besoins ; en outre, en raison de leur âge moyen élevé, de nombreux départs à la retraite devraient intervenir entre

2015 et 2025, ce qui pourrait encore aggraver la situation. Par ailleurs, selon l'évaluation préalable annexée au présent article, plus d'un ophtalmologiste sur deux est installé en secteur 2 : cette situation concernait 2 694 ophtalmologistes à la fin de l'année 2013, pour 2 080 ophtalmologistes installés en secteur 1.

Le rapport de M. Alain Milon et Mme Catherine Génisson sur les coopérations entre professionnels de santé notait que **la résolution de ces difficultés était encore compliquée par l'organisation de la filière visuelle**, qui se caractérise par l'existence d'un véritable **millefeuille de professions**, qui se sont développées **parallèlement et sans véritable cohérence d'ensemble**.

**La filière visuelle : des compétences éclatées, une organisation à clarifier**

*Extrait du rapport d'information n° 318 (2013-2014) du 28 janvier 2014,  
fait par M. Alain Milon et Mme Catherine Génisson  
au nom de la commission des affaires sociales du Sénat*

• Les compétences en matière de santé oculaire et visuelle font l'objet d'une répartition particulièrement complexe entre :

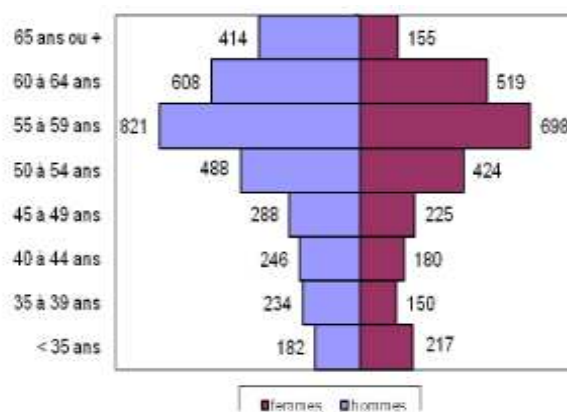
- les **médecins spécialistes en ophtalmologie**, qui disposent d'une compétence générale d'intervention au terme d'une formation d'une durée de 10 ans ;
- les **orthoptistes**, professionnels de santé reconnus par le code de la santé publique, qui bénéficient d'une formation d'une durée de 3 ans dans les facultés de médecine, sanctionnée par un certificat de capacité d'orthoptiste. Ils assurent le **dépistage, la rééducation, la réadaptation et l'exploration fonctionnelle des troubles de la vision**, et peuvent coter les actes ainsi réalisés. Ils peuvent également, sous la responsabilité d'un médecin, réaliser diverses techniques d'imagerie du fond d'œil, les électrorétinogrammes, les OCT et les échographies ;
- les **optométristes**, dont la profession n'est pas à l'heure actuelle reconnue par les textes. La qualité d'optométriste s'acquiert après un double cursus comprenant l'obtention du BTS opticien-lunetier (2 ans) puis d'un master biologie santé, spécialité sciences de la vision (3 ans de la licence au master 2) dans une faculté de sciences, sanctionné par un diplôme d'Etat délivré par le ministère de l'éducation. Selon les informations fournies à vos rapporteurs, on dénombrerait environ 2 000 titulaires de cette formation de niveau master. La profession telle qu'elle existe actuellement en France, formée dans les facultés de sciences et non de médecine, est compétente sur **la seule partie fonctionnelle de la vision**, et non sur le dépistage pathologique. A l'heure actuelle, les actes pratiqués ne peuvent l'être que sous le contrôle d'un médecin et ne font pas l'objet d'une cotation dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). De ce fait, les optométristes sont soit salariés au sein de cabinets ou de services d'ophtalmologie, où ils effectuent le plus souvent des examens préparatoires à la consultation médicale, soit, pour la majorité d'entre eux, opticiens-optométristes ;
- les **opticiens**, titulaires du BTS opticien-lunetier au terme d'un cursus de deux ans, avec la possibilité d'opter pour une licence professionnelle permettant d'acquérir une compétence particulière en réfraction, contactologie, basse vision ou pathologie. Il est à noter qu'en application de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, les opticiens sont depuis 2006 autorisés à adapter une prescription médicale de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, dans le cadre d'un renouvellement, pour les personnes âgées de plus de 16 ans.

- Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins d'ophtalmologie dans plusieurs régions, et alors que les jeunes professionnels formés en orthoptie et en optométrie aspirent à davantage de reconnaissance, l'organisation de la filière doit impérativement être clarifiée.

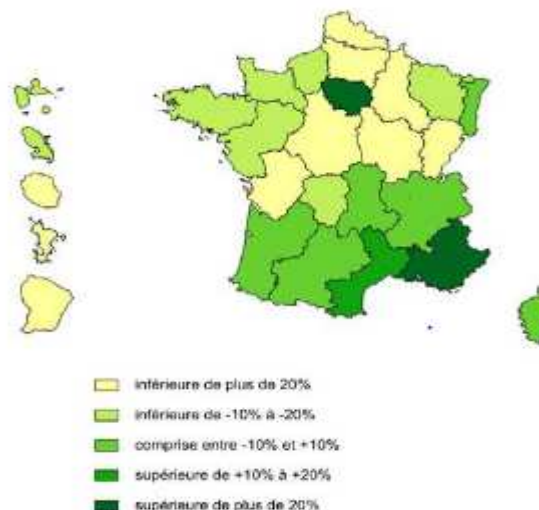
La filière visuelle fait face à un **important problème démographique**. Certaines régions souffrent d'un manque criant de professionnels – notamment en secteur 1 – et il arrive que les délais de rendez-vous atteignent 18 mois, pour un délai moyen de 4 à 8 mois.

Cette situation pose la question de l'accès aux soins, alors que le vieillissement de la population devrait mécaniquement entraîner une augmentation des pathologies oculaires liées à l'âge (glaucome, rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire...).

*Pyramide des âges des médecins ophtalmologistes au 1<sup>er</sup> janvier 2013*



*Densité des médecins ophtalmologistes en 2013  
(nombre de médecins pour 100 000 habitants)*



Plusieurs systèmes de santé étrangers offrent l'exemple d'une organisation différente. Au Royaume-Uni, aux Pays-Bas ou encore au Canada, les médecins spécialistes en ophtalmologie sont très peu nombreux et leur activité est concentrée sur les cas pathologiques et la chirurgie. La mesure de la réfraction et plusieurs examens de dépistage relèvent en revanche des orthoptistes ou optométristes, dont la compétence varie selon les pays.

---

Face à cette situation, le rapport de l'Igas recommande en particulier de « *simplifier et élargir le champ des coopérations conduites au titre de l'article 51 de la loi HPST* ». C'est l'objet du présent article, qui propose la mise en place d'un contrat de coopération pour les soins visuels.

• Un recours croissant des professionnels aux formules de coopération, dont la diffusion reste cependant contrainte

Plusieurs expériences de coopération entre ophtalmologistes et auxiliaires de la filière visuelle (notamment des orthoptistes) ont déjà montré des résultats encourageants, notamment par le gain de temps médical qu'elles permettent. La pratique des médecins ophtalmologistes est ainsi orientée vers les actes sur lesquels leur compétence est véritablement nécessaire, tandis que les autres professions de la filière visuelle peuvent voir leur pratique enrichie et, à terme, leur attractivité renforcée.

Par ailleurs, selon l'évaluation préalable annexée au présent projet de loi, le mode de pratique des ophtalmologistes qui salarient un orthoptiste, qui concernerait 15 % des ophtalmologistes libéraux, permettrait d'accroître jusqu'à 35 % le nombre de consultations effectués par un ophtalmologiste.

Selon les informations transmises à votre rapporteur général, les protocoles de coopération en matière visuelle, qui interviennent depuis 2012, concernent en majorité le secteur libéral. Deux d'entre eux, autorisés par plusieurs ARS, connaissent un engouement particulier de la part des professionnels de santé et ont reçu un avis favorable<sup>1</sup> du collège des financeurs quant au financement dérogatoire des actes concernés. Un protocole relatif à la réalisation d'examen par un orthoptiste en première intention, afin d'optimiser la prise en charge de patients en consultation d'ophtalmologie à l'hôpital, est cependant en cours d'instruction par l'ARS d'Ile-de-France.

---

<sup>1</sup> Par arrêté en date du 12 janvier 2015.

**Principaux protocoles de coopération autorisés par les ARS  
dans le cadre de la filière visuelle**

<b>Protocoles autorisés</b>	<b>Nombre d'ARS concernées</b>	<b>Nombre de professionnels de santé engagés</b>
Dépistage itinérant rétinopathie diabétique	6	2 (Bourgogne)
Réalisation d'actes par orthoptiste sans prescription médicale	14	30 (répartis dans 26 équipes)
Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste Renouvellement/adaptation des corrections optiques <b>chez l'enfant</b> (6 à 15 ans) en cabinet de ville <i>Avis favorable du collège des financeurs</i>	17	90 (répartis dans 29 équipes)
Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste Renouvellement/adaptation des corrections optiques <b>chez l'adulte</b> (16 à 50 ans) en cabinet de ville <i>Avis favorable du collège des financeurs</i>	18	une centaine
Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou un(e) infirmier(e)	11	30 (répartis dans 3 équipes)
<u>En milieu hospitalier :</u>  <b>chez les enfants</b> de 6 à 15 ans : Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques et analysé via <b>télé médecine</b> par un ophtalmologiste	1 (Haute Normandie en 2015)	5 (CHU de Rouen)
<b>chez les adultes</b> de 16 à 50 ans : idem ci-dessus	1 (Haute Normandie en 2015)	5 (CHU de Rouen)

*Source : Informations transmises par la DGOS*

Selon les informations fournies par la DGOS, « l'existence de plusieurs protocoles de coopération entre les orthoptistes et les ophtalmologistes permet de considérer qu'un certain nombre d'actes peuvent être délégués aux orthoptistes et que ces derniers sont en mesure d'en assumer la charge ».

Ainsi que le relevait le rapport précité de la commission des affaires sociales, plusieurs éléments font cependant obstacle à leur diffusion, notamment le cadre contraignant des protocoles de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), ainsi que les modalités de financement.



*Extrait du rapport d'information n° 318 (2013-2014) du 28 janvier 2014,  
fait par M. Alain Milon et Mme Catherine Génisson  
au nom de la commission des affaires sociales du Sénat*

Un exemple encourageant de coopération entre médecin ophtalmologiste et orthoptistes dans la région Nord-Pas-de-Calais

Lors de leur déplacement à l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, vos rapporteurs ont rencontré un médecin ophtalmologiste dont une partie de l'activité est organisée en coopération avec des orthoptistes, au sein d'un centre médical pratiquant tous les actes d'ophtalmologie (traitement du glaucome, de la DMLA...), à l'exception des actes chirurgicaux.

Dans ce cadre, les patients sont tout d'abord reçus par un orthoptiste pour un premier examen approfondi de 30 minutes comprenant la réalisation de mesures à l'autoréfractomètre, de la tonométrie à air pulsé sans contact, d'un bilan orthoptique moteur et sensoriel, la mesure de la réfraction subjective et objective, la kératométrie, la prise de photos non mydriatiques du fond de l'œil, l'examen par OCT des fibres visuelles et de l'épaisseur maculaire, un examen du champ visuel automatisé et manuel et de la vision des couleurs.

Ce premier examen, qui permet d'effectuer un dépistage de certaines affections ophtalmologiques, permet de **faire gagner un temps précieux pour l'examen pratiqué dans un second temps, si nécessaire, par le médecin**. Celui-ci peut ainsi recevoir 5 à 6 patients par heure et concentrer son attention sur les cas pathologiques. Les patients se déclarent très satisfaits de ce mode de fonctionnement, et notamment du temps qui leur est consacré par l'orthoptiste.

Le développement et la pérennité de cette forme de coopération sont cependant **limités par les modalités de son financement**. Dans certains cas, les actes effectivement pratiqués par l'orthoptiste ne correspondent à aucune cotation de l'assurance maladie. Alors que l'examen classiquement pratiqué dans ce cadre comprend à la fois un examen de la réfraction et un dépistage de certaines pathologies, il est ainsi nécessaire de recourir à l'indication « bilan orthoptique », dont la sincérité n'est que partiellement satisfaisante.

Ainsi que le médecin auditionné par vos rapporteurs l'a relevé, la nomenclature générale des actes professionnels comprend très peu d'actes orthoptiques, la liste de ceux-ci n'ayant pas évolué en même temps que le décret de compétences de la profession en 2007. De ce fait, **la nomenclature ne reflète pas nécessairement la réalité des actes pratiqués**. Cette situation est **problématique quant à la rémunération des professionnels libéraux**, d'autant que leur activité nécessite l'achat d'un matériel très coûteux, qui représenterait environ un an de rémunération.

Il est à noter qu'il existe plusieurs exemples de fonctionnement coopératif avec des optométristes, tant en secteur hospitalier qu'en cabinet libéral, dans lesquels le salariat permet de lever ces problèmes.

Vos rapporteurs ont également eu connaissance d'un protocole autorisé par l'ARS de Bourgogne entre un médecin et un orthoptiste libéral portant sur la prise de clichés à distance à l'aide d'un rétinographe non mydriatique et la dilatation mydriatique.

- Deux outils contractuels visant à encourager le travail en coopération au sein de la filière visuelle

Le présent article propose de modifier l'article **L. 162-12-21** du code de la sécurité sociale pour créer **deux outils contractuels** visant à encourager, de manière plus pérenne que les protocoles de l'article 51, le partage des tâches et le travail en coopération entre les médecins ophtalmologistes et les auxiliaires médicaux de la filière visuelle. Selon l'évaluation préalable, il s'agit ainsi d' « accélérer le changement des modalités de travail des ophtalmologistes » et de remédier au « coût d'entrée associé à l'organisation d'un travail pluri-professionnel ».

Il est à noter que ces dispositions viennent se substituer à celles relatives au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). L'évaluation préalable indique qu'elles étaient devenues obsolètes dans la mesure où le CAPI a été remplacé, dans le cadre de la convention médicale de 2011, par le mécanisme de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), et où les derniers CAPI en vigueur sont arrivés à échéance au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

- Le premier de ces outils, prévu par le I de cet article, concerne les médecins ophtalmologistes exerçant en libéral et conventionnés avec l'assurance maladie : il s'agit d'un **contrat individuel de coopération pour les soins visuels**.

Ce contrat, conclu entre les médecins exerçant en secteur 1 et l'assurance maladie, aura pour objet **d'inciter au recrutement ou à la formation d'un auxiliaire médical**, qui pourrait être un orthoptiste, un opticien-lunetier ou encore un infirmier. A ce titre, les informations transmises par la DGOS indiquent clairement que **les orthoptistes seront prioritairement concernés par cette mesure**, à l'exception des optométristes – qui, du reste, ne sont pas reconnus comme auxiliaires médicaux par le code de la santé publique. Les éléments fournis précisent en effet que « la mesure ne [vise] pas à déroger aux règles définissant l'exercice des auxiliaires médicaux, elle concerne donc ceux qui sont aujourd'hui autorisés par la législation à pratiquer les actes de soins oculaires (examens de dépistage, rééducation, examen de l'acuité visuelle...) ».

Le contrat sera conclu pour une durée de **trois ans non renouvelable**. L'outil est ainsi conçu comme une **aide de départ**, visant à inciter à la mise en place d'un mode de pratique reposant sur le partage des tâches ; celui-ci deviendrait pérenne en dehors de toute aide contractuelle dès lors que la montée en charge du dispositif aura permis d'améliorer l'activité du cabinet grâce à un accroissement du nombre de consultations.

Il contiendra des **engagements individualisés** de la part du médecin, dont une liste non exhaustive est prévue par le texte de l'article : il pourra s'agir du nombre de patients uniques reçus en consultation<sup>1</sup>, du respect des tarifs conventionnels, ou encore de la mise en place d'actions spécifiquement destinées à favoriser la continuité des soins. Ces engagements seront assortis de plusieurs « **objectifs en matière d'organisation des soins** », également définis de manière non exhaustive, et portant notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical et la participation à des actions de dépistage et de prévention<sup>2</sup>. Les modalités d'évaluation de ces objectifs seront également prévues dans le cadre du contrat.

Contrepartie de ces différents engagements, des **contreparties financières**, dont le montant dépendra de l'atteinte des objectifs fixés, seront prévues par le contrat. L'évaluation préalable précise que le niveau maximal de cette aide serait fixé, par voie réglementaire, à hauteur maximale de 10 000 euros annuels, et avec une moyenne de 6 500 euros par professionnel et par an. Le III de l'article précise que le financement de cette aide s'imputera sur l'Ondam soins de ville.

Il est enfin précisé que les « conditions particulières » relatives à la conclusion d'un contrat individuel de coopération pour les soins visuels seront précisées par **décret en Conseil d'Etat**. Ces précisions porteront notamment sur la profession de l'auxiliaire médical et sur les modalités de son recrutement.

- Le second de ces outils, prévu par le II de la rédaction proposée pour l'article L. 162-12-21, concerne les professionnels exerçant en maisons de santé et en centres de santé pluri-professionnels : il s'agit du **contrat collectif pour les soins visuels**.

Ce contrat, conclu entre ces structures d'exercice collectif et l'agence régionale de santé (ARS) ou un organisme local d'assurance maladie, aura pour objet d' « *inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures* ». Selon l'évaluation préalable, il s'agirait de **mettre en place des coopérations à temps partiel entre orthoptistes et ophtalmologistes dans le cadre d'une structure d'exercice collectif**, les professionnels concernés pouvant conserver une activité à titre principal en ville ou en établissement.

Contrairement au contrat individuel, le contrat sera conclu pour **une durée de trois ans qui pourra être renouvelée** : il s'agirait donc, dans le cas des structures collectives, d'une aide potentiellement pérenne.

Comme le contrat individuel, ce contrat collectif comportera des **engagements** de la part de chacune des parties au contrat - l'article, plus succinct sur ce point que pour les contrats individuels, ne mentionne à ce

---

<sup>1</sup> L'évaluation préalable indique que le niveau moyen de l'augmentation du nombre de consultations permise par la présence d'un auxiliaire médical est estimé à 30 % « pour un cabinet organisé de façon satisfaisante ».

<sup>2</sup> Par exemple, le dépistage de la rétinopathie diabétique.

titre que le « *respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins* ». L'aide versée, estimée par l'étude d'impact à 15 000 euros par structure, pourrait être intégrée dans les dispositions du prochain accord conventionnel interprofessionnel<sup>1</sup> portant sur la rémunération des structures pluri-professionnelles de proximité, soit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Comme pour le contrat individuel, cette aide s'imputera sur l'Ondam soins de ville.

Cette intégration sera réalisée sur le foncement d'une **évaluation** des contrats collectifs réalisée par les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie, et transmise au Parlement.

- Ces deux types de contrats seront définis à partir de **contrats-types** déterminés selon des modalités spécifiques à chacun d'entre eux.

S'agissant du contrat individuel de coopération, la compétence de droit commun pour la définition du contrat-type reviendra aux partenaires conventionnels dans le cadre de la convention médicale. Si aucun accord n'est trouvé sur ce point lors des négociations avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016, il reviendra cependant aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et à l'Uncam de déterminer, par voie conjointe et après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Unocam, de déterminer le contenu de ce contrat.

S'agissant du contrat collectif, le contrat-type sera déterminé, pour une durée de trois ans, par décision conjointe de l'Uncam et des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'étude d'impact précise que le contenu de ce contrat-type pourrait être intégré dans l'accord interprofessionnel à l'issue du délai de trois ans.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

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

Deux d'entre eux, adoptés sur proposition de la rapporteure, Mme Michèle Delaunay, sont d'ordre rédactionnel.

Le troisième, présenté par plusieurs membres du groupe RRDP, visait à intégrer les organisations représentatives des centres de santé parmi les structures dont l'avis est requis pour la définition du contrat-type collectif pour les soins visuels.

---

<sup>1</sup> Prévus par le II de l'article L. 162-14-1.

### III - La position de la commission

• Votre rapporteur général salue la mise en place de ces dispositions, qui constituent, après le vote par le Sénat des dispositions relatives aux compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé, une nouvelle étape dans la traduction des préconisations du rapport sénatorial sur les coopérations ainsi que de celles formulées par le récent rapport de l'Igas. Face aux difficultés structurelles rencontrées par la filière visuelle, il apparaît en effet indispensable d'apporter des aménagements rapides aux insuffisances de l'organisation actuelle.

Il souligne que le dispositif proposé pourra être utilement articulé, dans le cadre de sa mise en œuvre, avec l'exercice en pratique avancée prévue par l'article 30 du même projet de loi de modernisation du système de santé.

Il relève que les objectifs fixés par le Gouvernement sont très ambitieux : selon l'étude d'impact, 600 ophtalmologistes sur les 2 056 exerçant en secteur 1 pourraient conclure un contrat individuel d'ici à 2017, soit 30 % d'entre eux.

• **Votre rapporteur général s'interroge sur la place des optométristes au sein de la filière visuelle.** Si la rédaction de l'article a retenu la formulation large d'« auxiliaire médical », les éléments transmis par la DGOS laissent transparaître que les orthoptistes sont en fait les seuls professionnels visés. Or, le partage des tâches entre médecins ophtalmologistes et optométristes salariés existe déjà non seulement au sein de cabinets libéraux, mais également dans certains services hospitaliers – les optométristes pouvant fournir une aide non négligeable à la mesure de la réfraction. L'on se trouve donc bien, ici encore, dans la situation décrite comme « *ubuesque* » par le rapport de l'Igas précité, qui relève que « *l'optométrie existe, mais l'optométriste non ! Ou plutôt, l'optométriste n'est pas autorisé à pratiquer le métier pour lequel il a été formé* ».

Sans se prononcer sur l'opportunité de la reconnaissance d'une quatrième profession au sein de la filière visuelle, votre rapporteur général estime, à la suite du rapport de l'Igas, qu'« *il n'est pas acceptable que des centaines de jeunes formés soient voués à l'expatriation ou à des subterfuges variés permettant leur exercice sous des montages divers* » - d'autant que les compétences de ces professionnels pourraient être tout à fait profitables à la filière visuelle. Si le choix de maintenir le *statu quo* sur l'organisation de la filière est maintenu, il est indispensable de clarifier en conséquence la formation des optométristes, qui, en l'état actuel, ne peut leur offrir que des débouchés partiellement insatisfaisants.

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

*Article 43*

**Expérimentation d'un dispositif de prévention  
de l'obésité chez les jeunes enfants**

*Objet : Cet article permet la mise en place d'un dispositif expérimental de prévention de l'obésité chez les enfants âgés de trois à huit ans, financé par un forfait annuel versé par les caisses primaires d'assurance maladie à partir du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.*

**I - Le dispositif proposé**

Le présent article prévoit la possibilité de mener des expérimentations pour « améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants **de trois à huit ans** chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé ».

Pour rappel, la création du médecin traitant de l'enfant est prévue par le projet de loi de « modernisation de notre système de santé » en cours d'examen parlementaire.

L'expérimentation consiste en la réalisation, sur prescription du médecin traitant de l'enfant, de consultations en diététique et psychologie ainsi que d'un bilan d'activité physique par des professionnels de santé ou des psychologues exerçant **dans des structures « disposant de compétences particulières en ce domaine »**. Sont notamment visés les centres de santé et les maisons de santé. Les structures seraient sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) et les agences régionales de santé (ARS).

Le financement des consultations et bilans s'effectuera par un **forfait annuel par enfant versé par la Cpam** au titre de ses actions de prévention. L'étude d'impact annexée au projet de loi précise que ce forfait sera financé sur les crédits du **fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires**.

La liste des territoires retenus pour l'expérimentation ainsi que le cahier des charges du dispositif seront définis par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. L'étude d'impact précise que les expérimentations seraient menées « sur des territoires (départements ou bassins de vie) à forte prévalence et à faible niveau socio-économique ». Les structures seront sélectionnées au terme d'un appel à projets sur les critères définis dans le cahier des charges qui devrait être élaboré d'ici la fin 2015.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation seront fixées par décret.

---

La période d'expérimentation s'étend du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 décembre 2019. La Cnam est chargée de réaliser un rapport permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif. Ce rapport doit être transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

Selon les informations fournies par l'étude d'impact, la mise en place de l'expérimentation est envisagée dans trois territoires avec une enveloppe de **0,5 million d'euros en 2016**, portée à 1,5 million d'euros en 2017 et à 2 millions d'euros pour chacune des deux années suivantes. Le Gouvernement entend cibler a minima 1000 enfants par territoire la première année.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

## **III - La position de la commission**

A l'initiative du rapporteur général, votre commission a adopté un **amendement n° 58** qui supprime la mention des centres de santé et des maisons de santé car la liste proposée au présent article n'a pas vocation à être exclusive. Il appartiendra aux Cnam et aux ARS, sur le fondement du cahier des charges, de sélectionner les structures les plus adéquates, y compris le cas échéant celles regroupant des professionnels de santé libéraux.

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

*Article 44*

*(art. L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, art. L. 1435-5 du code de la santé publique, art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)*

**Financement global par les agences régionales de santé volontaires de la permanence des soins ambulatoires**

*Objet : Cet article tend à pérenniser l'expérimentation conduite par les agences régionales de santé (ARS) Pays de Loire en matière de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et à permettre son extension aux territoires des ARS volontaires.*

**I - Le dispositif proposé**

• Le bilan positif de l'expérimentation menée par l'ARS Pays de la Loire : responsabilisation et participation accrues des médecins, maîtrise du nombre d'actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu la possibilité de confier aux ARS, à titre expérimental, une compétence élargie en matière d'organisation et de financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans le cadre d'une enveloppe financière déterminée.

Ces expérimentations, qui entraient en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, devaient initialement durer cinq ans au maximum, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013. L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a cependant prolongé leur durée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Il est à noter que la mise en œuvre de la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 est venue restreindre le champ initial de l'expérimentation, en confiant l'organisation de la PDSA aux ARS. Le financement de la permanence des soins ressort en effet partiellement, depuis lors, de la compétence des ARS : les indemnités d'astreinte et de régulation des médecins participant à la PDSA, soit comme régulateurs, soit comme effecteurs, sont déterminées et versées par les ARS sur les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) -ce qui était initialement prévu dans le seul cadre de l'expérimentation est ainsi devenu le droit commun pour l'ensemble du territoire-. En revanche, les actes (et les majorations afférentes) réalisés par les médecins dans le cadre de la PDSA restent, dans le droit commun, financés par l'assurance maladie.

Deux régions se sont engagées dans cette expérimentation : en premier lieu, le Limousin (pour le seul département de la Haute-Vienne) qui a cependant réintégré le droit commun une fois la loi HPST mise en œuvre ; en second lieu, la région des Pays de la Loire, depuis le mois d'avril 2011.



L'ARS Pays de la Loire s'est ainsi vu confier la gestion d'une **enveloppe globale de financement incluant, non seulement les forfaits d'astreinte et de régulation, mais également l'activité réalisée par les médecins lors des permanences avec un financement global sur le FIR.** L'expérimentation prévoit la **possibilité pour l'ARS de moduler le montant des forfaits de régulation et d'astreinte, dès lors que les dépenses liées aux visites et consultations diminuent.**

### L'expérimentation conduite dans les Pays de la Loire : contenu et bilan

- Les Pays de la Loire dérogent actuellement au cadre national en ce que l'ARS dispose, au titre des missions financées par le FIR, d'**une enveloppe de PDSA globale** intégrant, non seulement les forfaits de régulation et d'astreinte (droit commun depuis HPST), mais **également les honoraires des actes et majorations afférentes** (financés sur le risque dans le droit commun). A ce titre, l'ARS s'est vu confier **une enveloppe annuelle globale de 16,3 millions d'euros** afin de couvrir l'ensemble des dépenses sur son territoire (à l'exception des agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire).
- Cette enveloppe globale lui a permis de mettre en place :
  - **un mécanisme d'intéressement des professionnels de santé à la maîtrise du nombre d'actes** réalisés dans le cadre de la PDSA, sur proposition des associations départementales d'organisation de la PDS (ADOPS), *via* un redéploiement des crédits afférents aux actes vers les dépenses liées aux forfaits de régulation et d'astreinte des professionnels. Les forfaits sont modulés en fonction de la consommation constatée des dépenses liées aux actes dans des limites fixées par arrêté ;
  - **une garantie de rémunération globale** (intégrant actes et forfaits) pour les médecins inscrits dans le dispositif de médecins mobiles (activité effectuée sur de larges secteurs par des médecins n'effectuant que des visites) ;
- L'évaluation de l'ARS Pays de la Loire a principalement porté sur l'impact de l'expérimentation sur le fonctionnement et le bon usage du dispositif de PDSA lui-même.
  - Grâce à ces outils ainsi qu'au travail de co-construction engagé par l'ARS avec les acteurs, l'expérimentation a contribué à **renforcer le taux de participation des médecins généralistes** à la PDSA, tant aux activités de régulation (+ 9% de médecins) que de permanence (+ 8%) et à **maîtriser les dépenses** *via* une diminution du nombre global d'actes effectués dans la région.
  - S'agissant de **l'impact sur l'engorgement des urgences**, plusieurs précisions peuvent être apportées. En premier lieu, les plages de régulation ont été renforcées afin de couvrir les périodes de tension, identifiées par les ADOPS et le SAMU (+ 15% en Loire Atlantique, + 52% en Maine et Loire avec une moyenne de + 10% environ au niveau régional entre 2011 et 2014). Par ailleurs, six maisons médicales de garde ont été créées en zones expérimentales durant les quatre années de l'expérimentation. Elles assurent des consultations jusqu'à minuit en soirée.
  - L'expérimentation aurait enfin permis de fluidifier les relations et d'instaurer un dialogue collectif entre les différents acteurs de la PDSA sur le territoire de l'ARS (médecins volontaires, associations de permanence des soins et services d'urgences des établissements de santé).

*Source : Eléments communiqués par la DGOS*

- Une pérennisation du dispositif sur la base du volontariat

Le présent article vise à **pérenniser le dispositif expérimental dans la région Pays de la Loire et à permettre son extension aux territoires des ARS qui en feraient la demande.**

Le **paragraphe II** procède ainsi à trois modifications dans l'article **L. 1435-5 du code de la santé publique**, qui prévoit l'organisation, par les ARS, de la mission de service public de la permanence des soins.

Il procède tout d'abord (**1° et 3°**) à une numérotation des différents paragraphes qui composent cet article.

Il précise ensuite (**2°**) que la rémunération des professionnels de santé, pour leur participation à la permanence des soins, c'est-à-dire la rémunération de l'astreinte et de la régulation, est une rémunération forfaitaire.

Il prévoit enfin et surtout (**3°**) la possibilité pour les ARS volontaires de s'inscrire dans l'organisation dérogatoire mise en œuvre dans les Pays de la Loire, par autorisation accordée par voie d'arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette autorisation vaudra pour une durée de trois ans avec une possibilité de renouvellement en cas de bilan positif.

Les ARS concernées se verront attribuer une enveloppe globale sur le FIR, qui leur permettra de financer à la fois les forfaits d'astreinte et de régulation (rémunération forfaitaire prévue par l'article L. 1435-5 du code de la santé publique) et les actes réalisés sans le cadre de la permanence des soins (rémunération à l'acte prévue par l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale). Il est précisé que la rémunération de ces actes ne pourra, dans ce cas, être mise à la charge de l'assurance maladie.

Le **paragraphe I** procède à une modification de coordination dans l'article **L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale**, qui porte sur la prise en charge par l'assurance maladie des actes effectués dans le cadre de la PDSA. Il est précisé que les tarifs conventionnels définis aux articles L. 162-5 et L.162-14-1 du code de la sécurité sociale continueront de s'appliquer.

Le **paragraphe III** prolonge l'expérimentation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, pour la seule ARS des Pays de la Loire, jusqu'au 31 décembre 2016.

Selon les informations complémentaires transmises à votre rapporteur par la Cnam et la DGOS, les ARS pourront avoir, comme c'est le cas dans le cadre de l'expérimentation, la possibilité de moduler le montant des forfaits de régulation et d'astreinte en fonction de la maîtrise des dépenses liées aux visites et consultations. En outre, si les dépenses relatives aux actes et majorations sont inférieures au montant attribué à l'ARS sur le FIR, elles pourront être utilisées pour financer des actions liées à l'organisation de la PDSA, comme par exemple la formation de régulateurs ou encore la réévaluation des forfaits.

---

## 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 quatre amendements rédactionnels à cet article.

## III - La position de la commission

Votre rapporteur général se félicite de l'attention portée par les textes législatifs récents au problème de la PDSA, qui représente un enjeu majeur tant pour la continuité des soins sur l'ensemble du territoire national que pour lutter contre l'engorgement des urgences.

Si l'on ne peut que saluer le bilan positif de l'expérimentation menée par l'ARS des Pays de la Loire, plusieurs points ont cependant retenu la vigilance de votre commission des affaires sociales.

En premier lieu, votre commission rappelle - comme elle a eu l'occasion de l'exprimer lors de l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé - **son attachement à la place des médecins libéraux dans l'organisation de la PDSA**. Il apparaît en effet que certaines ARS ont décidé de supprimer la PDSA entre minuit et huit heures du matin ; ces décisions, qui contreviennent à l'esprit du dispositif prévu par l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, ont pour effet de limiter les solutions qui peuvent être proposées au public, soit à un conseil médical par téléphone, sans visite à domicile, soit à une prise en charge hospitalière, dont les coûts sont très élevés. Elle souligne ainsi que **la plus grande latitude donnée aux ARS dans l'organisation de la PDSA ne doit pas aboutir à la généralisation de telles solutions au détriment de la prise en charge des patients et de son uniformité sur l'ensemble du territoire national**.

Elle fait par ailleurs siennes les observations formulées par la Cnam qui recommandait de porter une attention particulière au risque que pourrait représenter la mise en place d'organisations différentes selon les régions, au bon calibrage de l'enveloppe globale dévolue à chaque ARS, ou encore à la possibilité de moduler le forfait de régulation et d'astreinte, également à la baisse (et non pas seulement à la hausse).

Elle portera enfin une attention particulière à l'effet de la mise en place de cette possibilité sur l'activité des services d'urgence.

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

*Article 44 bis (nouveau)*

*(art. L. 165-5-14-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

**Prise en charge des frais relatifs à l'établissement du certificat de décès intervenu dans le cadre de la permanence des soins**

**Objet :** *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, met en place un forfait versé par l'assurance maladie aux médecins assurant la délivrance des certificats de décès aux horaires de la permanence des soins.*

**I - Le dispositif proposé**

• La **délivrance d'un certificat de décès**, acte d'état civil prévu par l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales (CGCT) et légalement indispensable pour procéder aux opérations funéraires, constitue **une obligation déontologique incombant aux médecins**<sup>1</sup>.

Si, en journée et en semaine, c'est au médecin traitant qu'il appartient en pratique de constater le décès de ses patients, **rien n'est prévu dans le cadre de la permanence des soins**. Une réponse<sup>2</sup> à une question parlementaire posée le 5 juin 2013 par notre collègue sénatrice Catherine Procaccia indiquait ainsi très clairement que « *la réalisation des certificats de décès, la nuit et le week-end, ne fait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins* » et que « *par ailleurs, cet acte ne fait l'objet d'aucune rémunération ou indemnisation* ».

En l'absence d'encadrement législatif de cette question, il revient à chaque agence régionale de santé (ARS) de traiter le problème dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges régionaux relatifs à la permanence des soins. Or, le récent rapport<sup>3</sup> de notre collègue députée Mme Catherine Lemorton sur l'organisation de la permanence des soins relevait que le problème était diversement abordée par les différentes ARS, il en résulte une différence de régime dommageable sur l'ensemble du territoire national.

Le même rapport relève par ailleurs que « *la complexité du sujet est accrue par l'absence de prise en charge de l'acte par l'assurance maladie* », l'Ordre des médecins indiquant que, dans de nombreux départements, les certificats sont établis par les médecins de garde, sans prise en charge par l'assurance maladie.

---

<sup>1</sup> En application de l'article R. 4127-76 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Réponse du ministère chargé des personnes âgées et de l'autonomie à une question orale sans débat, posée par Mme Catherine Procaccia, sénatrice du Val-de-Marne (n° 0421S, JO Sénat du 5 juin 2013, page 5337).

<sup>3</sup> Rapport d'information n° 2837, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2015, fait par Mme Catherine Lemorton, au nom de la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins.

---

La mission préconise, en conséquence, notamment, de « *prévoir explicitement l'indemnisation de l'établissement d'un certificat par un médecin effecteur lorsque le décès intervient aux heures de la PDSA* », précisant que « *cette question nécessite par ailleurs que la prise en charge de cet acte par l'assurance maladie soit effective* ».

- C'est à ce problème que le présent article, introduit par voie d'amendement gouvernemental lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, entend répondre. L'objet de l'amendement indique qu'il s'agit de faciliter la mobilisation des médecins aux horaires de la PDSA, notamment dans le but d'éviter aux familles qui se trouvent déjà dans une situation pénible, d'avoir à faire face à des tracasseries administratives et à des délais d'attente inutilement longs pour obtenir le certificat de décès. Il s'agit également de « *proposer une solution pérenne et uniformisée qui encadre cette prise en charge sur l'ensemble du territoire* ».

La rédaction proposée introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-5-14-2 prévoyant la prise en charge par l'assurance maladie des frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès lorsque celui-ci est réalisé au domicile du patient, d'une part, et dans des horaires et selon des conditions qui seront fixés par décret, d'autre part.

Cette prise en charge interviendra sur la base d'un forfait déterminé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, étant précisé que les médecins concernés seront tenus de respecter le tarif ainsi fixé. L'objet de l'amendement indique que ce forfait sera versé directement au médecin par l'assurance maladie.

## **II - La position de la commission**

Votre commission estime que cet article apporte une réponse depuis longtemps attendue au problème récurrent de l'absence de praticiens médicaux pour dresser le constat de décès et signer le certificat, ce qui peut inutilement ajouter à la détresse des familles.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 45*

*(art. L. 4011-2-3 du code de la santé publique,  
art. L. 161-37, L. 162-1-7-1, L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale)*  
**Pérennisation des actes prévus par les protocoles de coopération**

***Objet : Cet article tend à définir les conditions dans lesquelles les protocoles de coopération entre professionnels de santé peuvent être pérennisés.***

**I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de deux parties.

Le I propose de modifier l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique relatif aux conditions d'évaluation et d'extension des protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus par l'article L. 4011-1.

Il prévoit que la Haute Autorité de santé (HAS) conduit non seulement l'évaluation du protocole mais rend également son avis sur l'inscription de chacun des actes que comprend le protocole à la nomenclature des actes remboursables. Cet avis, prévu par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, permettra au ministre en charge de la santé de procéder d'office à l'inscription sans attendre la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La possibilité pour le directeur général de l'ARS de maintenir les protocoles qui ont obtenu un avis favorable du collège des financeurs pour une durée qu'il fixe est supprimée.

La procédure en cas d'avis favorable du collège des financeurs sur un protocole est modifiée. La possibilité pour la HAS d'étendre un protocole à l'ensemble du territoire est supprimée. L'Académie de médecine est saisie des textes réglementaires permettant d'inscrire les actes parmi les compétences des professionnels de santé et se prononce dans un délai de deux mois. Le protocole est maintenu en place jusqu'à la parution des textes réglementaires et les actes sont intégrés à la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Si le collège des financeurs s'est prononcé pour le financement pérenne d'un protocole, le ministre en charge de la santé peut prolonger son financement jusqu'à ce que les actes concernés deviennent remboursables.

Le II modifie le code de la sécurité sociale.

Les missions de la Haute Autorité de santé sont complétées pour prévoir les différents avis prévus pour l'évaluation des protocoles.

L'article L. 162-1-7-1 relatif aux règles de hiérarchisation des actes remboursables est complété pour les actes inscrits dans un protocole de coopération et ayant reçu un avis favorable du collège des financeurs.

---

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure.

## III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui permettra de faciliter la diffusion des acquis issus des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

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

*Article 45 bis (nouveau)*

*(art. L. 162-9 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale)*

### **Conditions relatives à l'installation pour le conventionnement des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à habiliter les partenaires conventionnels des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes à procéder à une régulation du conventionnement fondée sur des critères géographiques.*

## I - Le dispositif proposé

Cet article, qui résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa rapporteure, Mme Michèle Delaunay, vise à habiliter expressément les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes à procéder à une régulation du conventionnement fondée sur des critères géographiques, dans le but d'inciter les professionnels à s'installer dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.

Son 1<sup>o</sup> modifie ainsi l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale<sup>1</sup> en faisant figurer, parmi la liste des matières réglées par ces conventions, les conditions du conventionnement avec l'assurance maladie des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes.

Ces conditions - qui ne sont pas énumérées de manière exhaustive par la rédaction proposée - portent, d'une part, sur les modalités de l'exercice et de la formation de ces professionnels, et, d'autre part, sur leur établissement dans les zones d'exercice définies par l'ARS pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

---

<sup>1</sup> Cet article prévoit les conventions passées entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les représentants des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Son 2° effectue une modification symétrique à l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, qui porte spécifiquement sur la convention passée entre les organismes d'assurance maladie et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes.

L'objet de l'amendement précise qu'il s'agit ainsi de sécuriser juridiquement, en leur donnant une base légale, les démarches conventionnelles déjà mises en place par les infirmiers libéraux<sup>1</sup>, les masseurs-kinésithérapeutes<sup>2</sup> et les sages-femmes<sup>3</sup>.

Il indique par ailleurs que seuls les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes sont visés par le présent article dans la mesure où seuls ces professionnels ont déjà négocié des dispositions conventionnelles relatives à l'installation dans les zones sur-denses.

## **II - La position de la commission**

Votre commission des affaires sociales rappelle sa préoccupation face au problème des déserts médicaux et son attachement à la mise en place de solutions négociées par la voie conventionnelle. Le Sénat a d'ailleurs adopté, dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé, à l'initiative des rapporteurs de la commission, un article 12 *quater* A prévoyant une obligation de négocier sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer en zones sous-denses ou sur-denses.

Elle salue l'équilibre de la rédaction proposée, qui consacre l'initiative des professionnels en instituant la régulation de l'installation par voie conventionnelle pour les seuls professionnels ayant déjà engagé des négociations sur ce point. Elle relève que cette rédaction n'oblige en rien les partenaires conventionnels à définir des conditions d'installation reposant sur un zonage géographique pour les professionnels considérés, mais se borne à en ouvrir la possibilité pour assurer la sécurité juridique des outils conventionnels qui pourraient être adoptés en cette matière.

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

---

<sup>1</sup> Avenant n° 1 à la convention nationale des infirmiers libéraux, conclu le 4 septembre 2008.

<sup>2</sup> Avenant n° 3 à la convention nationale entre l'Uncam et la fédération française des masseurs-rééducateurs, conclu le 30 novembre 2011 et approuvé par un arrêté du 10 janvier 2012.

<sup>3</sup> Avenant n° 1 à la convention nationale entre l'Uncam, l'organisation nationale des syndicats de sages-femmes et l'union nationale et syndicale des sages-femmes, conclu le 9 janvier 2012 et approuvé par un arrêté du 12 mars 2012.



*Article 45 ter (nouveau)**(art. L. 162-17-3, L. 165-3 et L. 165-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)***Régulation des dépenses**

**Objet :** *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à mettre en place un mécanisme de régulation unifié des dépenses de dispositifs médicaux par le comité économique des produits de santé.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article, issu d'un amendement adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Bapt, tend à compléter les missions confiées au comité économique des produits de santé (Ceps) par l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale pour prévoir qu'il contribue à l'élaboration de la politique économique des dispositifs médicaux et des autres produits visés à l'article L. 165-1.

Il tend à insérer un nouvel article L. 165-4-1 qui regroupe sous un seul accord-cadre les conventions que le Ceps peut signer avec les entreprises du secteur s'agissant :

- du tarif de responsabilité sur le fondement de l'article L. 165-2 ;
- des prix des tarifs et prestations sur le fondement de l'article L. 165-3 ;
- des volumes des ventes sur le fondement de l'article L. 165-4.

Le contenu prévu pour l'accord-cadre reprend les dispositions et sanctions déjà prévues par l'article L. 165-2. Est cependant ajoutée l'obligation pour l'accord-cadre de prévoir les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné.

**II - La position de la commission**

Votre commission relève que la dépense liée aux dispositifs médicaux, 7,4 milliards d'euros en 2014, augmente nécessairement avec la mise en œuvre du « virage ambulatoire » souhaitée par le Gouvernement et le développement de l'hospitalisation à domicile qui, tous deux, nécessitent le recours à des dispositifs médicaux à usage individuel. Leur part croissante au sein de l'Ondam n'est donc pas en soi signe d'une dérive des dépenses mais peut marquer une mutation des mode de prise en charge des malades qui semble correspondre aux progrès de la médecine, aux aspirations de la population et à la double nécessité de soulager les hôpitaux et de réduire le niveau des dépenses d'assurance maladie.

---

L'apport essentiel de cet article est l'obligation pour le Ceps de « garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

En cela il rejoint les préconisations de la Cour des comptes qui dans son rapport sur l'application de la loi de financement pour 2014 souhaitait la mise en place d'un système de régulation pour les dispositifs médicaux analogue à celui existant sur le médicament<sup>1</sup>.

L'accord entre les industriels du secteur et le Ceps, conclu avec les organisations professionnelles du secteur le 16 décembre 2011 sur le fondement de l'article L. 165-2, prévoit dans ses articles 27 et 28 des mécanismes de révision des tarifs et des prix ainsi que des clauses prix volumes.

Même si cela n'est pas prévu explicitement il y a donc bien un mécanisme de régulation des produits de santé par le Ceps lequel prend nécessairement en compte l'objectif des dépenses d'assurance maladie. Cet article ne fait donc que lui donner une base légale mieux établie.

Dès lors les relations conventionnelles entre les industriels du secteur et le Ceps pourront continuer sur les bases actuelles. En dehors d'un **amendement de coordination n° 59** adopté à l'initiative du rapport général votre commission est donc favorable à cet article.

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

#### Article 46

(art. L. 121-7, L. 313-3, L. 314-3-1, L. 314-4, L. 344-4 et L. 345-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 160-8 et L. 412-8 du code de la sécurité sociale)

#### **Transfert du financement des établissements et services d'aide par le travail vers l'assurance maladie**

**Objet :** *Cet article prévoit le transfert, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, du financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail vers l'assurance maladie.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **Le mode de financement actuel des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail**

Les établissements et services d'aide par le travail (Esat) sont des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Leurs missions sont définies à l'article L. 344-2 du même code qui prévoit que les Esat accueillent les personnes dont la

---

<sup>1</sup> « Les dispositifs médicaux une dépense non maîtrisée », chapitre X du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014.

---

commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) « a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social ».

Les dépenses de fonctionnement des Esat sont prises en charge par le programme 157 de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » du budget de l'Etat. En 2015, 1,46 milliard d'euros doit y être consacré. S'y ajoute 1,84 million d'euros destiné à financer un plan d'aide à l'investissement (PAI) dans ces structures. L'Etat participe également à la rémunération des travailleurs handicapés accueillis en Esat à travers une aide au poste d'un niveau de 1,3 milliard d'euros en 2015.

Les dotations sont actuellement versées par l'agence de services de paiement (ASP) pour le compte des agences régionales de santé (ARS) qui décident de l'allocation des crédits entre les Esat, sur la base des dotations régionales limitatives définies chaque année par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

• Le transfert vers l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail

Le présent article propose de transférer vers l'assurance maladie le financement des dépenses de fonctionnement des Esat. L'objectif est d'assurer plus de cohérence dans le financement des établissements et services pour personnes handicapées et de laisser davantage de marges de manœuvre aux ARS pour assurer la gestion des crédits.

Le 1° du I supprime ainsi les dépenses de fonctionnement des Esat de la liste, fixée à l'article L. 121-7 du code de l'action sociale et des familles, des dépenses prises en charge par l'Etat au titre de l'aide sociale. Le 4° du I procède de même à l'article L. 314-4 qui définit les modalités de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui sont à la charge de l'Etat. Toute référence aux « centres d'aide par le travail » est également supprimée par le 5° du I à l'article L. 345-3 qui prévoit les conditions d'accès à l'aide sociale. Le 6° du I procède également, par coordination, à la suppression de la référence au financement par l'Etat des « centres d'aide par le travail » à l'article L. 344-4. Ce même 6° prévoit que leurs « charges de fonctionnement de l'activité sociale » sont financées par l'assurance maladie. Il substitue par ailleurs aux termes « centres d'aide par le travail » une référence au a) du 5° du I de l'article L. 312-1.

Le 3° du I intègre les Esat dans la liste des établissements et services médico-sociaux qui relèvent de l'Objectif global de dépenses (OGD) géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le 1° du II prévoit, à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, que les frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des Esat sont pris en charge par l'assurance maladie, au même titre que les frais des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Ce changement emporte une conséquence pratique : la compétence du versement des dotations aux Esat est transférée de l'ASP vers les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), ce qui va augmenter la charge de travail qui pèse sur ces dernières.

Enfin, le 2° du I opère un toilettage rédactionnel à l'article L. 313-3 qui dispose que c'est le directeur général de l'ARS qui est compétent pour autoriser les Esat.

Le III du présent article précise que le transfert du financement des Esat de l'Etat vers l'assurance maladie intervient le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

• La couverture des mises en situation des travailleurs en Esat au titre des accidents du travail et maladies professionnelles

Le 2° du II doit quant à lui permettre de sécuriser les périodes de mise en situation des travailleurs en Esat en prévoyant que les travailleurs concernés par ces mises en situation sont couverts au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de sa rapporteure Joëlle Huillier, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels.

## **III - La position de la commission**

Votre commission n'a pas d'opposition de principe au transfert vers l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement des Esat. Elle estime au contraire qu'une telle mesure, si elle permet véritablement d'assurer davantage de souplesse aux organismes gestionnaires ainsi qu'aux ARS, mérite d'être soutenue.

Votre commission est en revanche inquiète quant aux modalités concrètes de mise en œuvre de la réforme et aux effets indésirables qui pourraient apparaître au cours des exercices à venir.

En premier lieu, votre commission juge regrettable que le Parlement soit obligé de se prononcer à l'automne 2015 sur le principe d'une réforme dont les contours financiers restent entièrement à définir. Seules des hypothèses peuvent, pour le moment, être formulées. La plus probable voudrait qu'en 2017, l'Ondam médico-social soit abondé à hauteur d'environ 1,5 milliard d'euros, somme qui correspond aux financements qui sont aujourd'hui alloués par l'Etat pour le fonctionnement des Esat. Cela correspondrait à une augmentation d'environ 8 % du niveau de l'enveloppe.

---

Comme le souligne la fiche d'évaluation préalable du présent article, « *il faudrait donc imaginer le transfert d'une recette actuelle de l'Etat* » dont « *le volume et la dynamique soi[e]nt en phase avec le rythme de progression des besoins de cette catégorie d'établissements* ».

D'ici 2017, le Gouvernement devra donc « *imaginer* » quelle recette pourrait être transférée à l'assurance maladie et travailler à une correcte prise en compte des besoins de fonctionnement des Esat pour que la recette ainsi transférée soit suffisamment « *dynamique* ».

Si tel n'était pas le cas, un deuxième scénario, plus problématique, consisterait à faire appel aux ressources propres de la CNSA de façon à augmenter l'OGD. Une telle solution risquerait de poser problème si elle se faisait au détriment de la compensation, par la CNSA, des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Le Gouvernement indique vouloir prendre en compte « *le rythme de progression des besoins de cette catégorie d'établissements* ». Il est regrettable qu'il ne le fasse pas dès le projet de loi de finances pour 2016 afin que l'enveloppe qui sera transférée en 2017 corresponde aux besoins de fonctionnement mais également d'investissement qui sont effectivement constatés dans les Esat.

Votre commission s'interroge en second lieu sur la cohérence, à terme, de la réforme proposée. Les Esat occupent une place à part dans le secteur médico-social. Si l'Etat finance leurs dépenses de fonctionnement, il contribue également à garantir un niveau minimum de rémunération aux travailleurs concernés à travers l'aide au poste. Comme le souligne la fiche d'évaluation préalable, transférer cette enveloppe à l'assurance maladie n'aurait pas de sens dans la mesure où l'aide au poste n'est pas un élément de la tarification des Esat. Pour autant, le niveau de l'aide au poste est directement lié au nombre de places en Esat et, par conséquent, à leurs dépenses de fonctionnement. Or, dès 2017, les deux enveloppes – dépenses de fonctionnement et aide au poste – seront placées sous la responsabilité de deux financeurs différents – assurance maladie et Etat. Or rien ne garantit qu'elles évoluent, à l'avenir, dans les mêmes proportions.

**Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 47

(art. L. 313-12-2 et L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles,  
art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  
dans les établissements et services pour personnes handicapées**

*Objet : Cet article rend obligatoire la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens par les gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées, lorsque ces derniers relèvent de la compétence tarifaire du directeur général de l'ARS, et fixe à un an le délai de prescription de l'action en paiement des prestations et soins médicaux délivrés dans ces services.*

**I - Le dispositif proposé**

• La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour certains types d'établissements et services pour personnes handicapées

Créé par la loi « HPST » du 21 juillet 2009<sup>1</sup>, l'article L. 232-12-2 du code de l'action sociale et des familles rend obligatoire la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) par les établissements et services relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS ou du représentant de l'Etat dans la région, lorsqu'ils atteignent un seuil d'activité devant être fixé par arrêté ministériel. La définition du seuil d'activité pertinent s'étant avérée particulièrement complexe, cet arrêté n'a jamais été publié.

Le 1<sup>o</sup> du I du présent article propose une nouvelle rédaction du premier alinéa de cet article L. 232-12-2. La conclusion d'un Cpom sera obligatoire quelle que soit la taille de la structure concernée. Le champ de l'article est cependant réduit aux seuls établissements et services intervenant auprès des personnes handicapées et relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS.

Un renvoi à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles permet de faire entrer ces contrats dans le droit commun des Cpom. Il est également précisé que les contrats devront définir « des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge » et que leur conclusion entraînera « l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat ». Cette formule, particulièrement large, doit être comprise comme signifiant que les structures ayant conclu un Cpom basculeront automatiquement vers un financement par dotation globale.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Sont concernés, dans le texte initial :

- les instituts médico-éducatifs (IME), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), qui relèvent du 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- les établissements ou services de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle qui relèvent du b) du 5° de ce même I ;

- les foyers d'accueil médicalisé (FAM), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), maisons d'accueil spécialisé (MAS), qui relèvent du 7° de ce I.

Les directeurs généraux d'ARS auront à établir la liste des établissements et services avec lesquels ils doivent contractualiser ainsi qu'un calendrier de signature des Cpom. Ce calendrier, qui devra être mis à jour chaque année, a vocation à porter sur une période de six ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

• L'évolution des règles de tarification des établissements et services soumis à autorisation

Le 2° du I modifie l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles afin d'indiquer que la décision de tarification prise au titre d'une année doit fixer des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit. Si aucun tarif de reconduction n'a été fixé et si les tarifs n'ont pas été arrêtés au 1<sup>er</sup> janvier, alors les recettes relatives à la facturation de ces tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent, jusqu'à ce qu'intervienne la décision devant fixer le montant de ces tarifs.

En d'autres termes, chaque décision de tarification devra prévoir, dans des conditions précisées par décret, un tarif de reconduction provisoire destiné à couvrir la période au cours de laquelle ne s'appliquent plus les tarifs de l'exercice précédent sans qu'ait été prise la décision de tarification pour l'exercice en cours. Selon la fiche d'évaluation préalable du présent article, cette mesure doit permettre d'éviter des avances de trésorerie de la part de l'assurance maladie de l'ordre de 100 millions d'euros chaque année. Elle est également présentée comme susceptible de contribuer à un meilleur pilotage des établissements et services eux-mêmes.

Sont visés, en premier lieu, les établissements et services pour personnes handicapés auxquels va s'appliquer la nouvelle rédaction de l'article L. 232-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans l'attente de la signature des Cpom. Dans la mesure où l'article L. 314-7 du même code concerne l'ensemble des établissements et services autorisés, tous ceux qui font aujourd'hui l'objet d'une tarification au prix de journée sont concernés.

- Les règles de prescription de l'action en paiement

Le II du présent article prévoit, enfin, l'introduction dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 162-24-2 [nouveau] disposant que l'action exercée par les structures mentionnées aux 2°, b) du 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 pour le paiement des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit une fois passé un délai d'un an suivant le premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée.

Ce délai s'applique également aux actions intentées par l'organisme payeur pour les prestations indues, à compter de la date de paiement des sommes indues. Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Un décret devra venir préciser les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement aux organismes d'assurance maladie ainsi que indus récupérés.

La commission de recours amiable de la caisse de rattachement est indiquée comme compétente pour traiter des réclamations relatives à ces sommes.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre quatre amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté six amendements visant à :

- inclure les établissements et services d'aide par le travail (Esat) dans le champ de la contractualisation, mesure cohérente avec le transfert à l'assurance maladie du financement de ces structures, prévu à l'article 46 ; il est dès lors fait mention de l'ensemble des établissements et services mentionnés aux 5° du I de l'article L. 312-1 et non des seuls établissements et services mentionnés au b) de ce 5° ;

- préciser que les établissements concernés par les Cpom relèvent de la tarification « *exclusive ou conjointe* » du directeur général de l'ARS et indiquer que, le cas échéant, l'arrêté fixant le calendrier de signature des Cpom est pris de façon conjointe avec le président du conseil départemental ; il s'agit de prévoir explicitement le cas de structures telles que les FAM et les Samsah dont le financement est partagé entre l'assurance maladie et les départements ;

- prévoir l'utilisation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) par les établissements et services signataires des Cpom, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;

- s'agissant de la prescription de l'action en paiement, prévoir que celle-ci intervient trois mois après la notification de la décision d'orientation de la MDPH lorsque cette échéance est plus tardive.



### III - La position de la commission

Votre commission ne s'oppose pas à la généralisation de la signature de Cpom proposée par le présent article pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées. Elle estime cette mesure cohérente avec les dispositions de l'article 40 *bis* du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement qui concerne les Cpom signés par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Votre commission demeure cependant attentive à la façon dont ces deux dispositifs s'articuleront *in fine*, l'article 40 *bis* disposant qu'un même Cpom peut être commun à plusieurs établissements et services placés sous la responsabilité d'un même gestionnaire. Elle note également que si les Ssiad intervenant auprès des personnes handicapées auront l'obligation de signer un Cpom, tel n'est pas le cas des Ssiad intervenant auprès des personnes âgées, ce qui risque de poser difficulté dans les cas où une même structure intervient dans les deux champs. Votre commission estime par ailleurs nécessaire d'envisager, à terme, l'intégration des centres d'action médico-sociale précoce (Camps) dans le champ de la contractualisation obligatoire.

Elle note également qu'aucun accompagnement financier spécifique n'est prévu pour la mise en œuvre de la réforme, ce qui risque de limiter les marges de manœuvre des contractants pour définir ensemble des objectifs de qualité et d'amélioration de la prise en charge.

S'agissant des dispositions relatives à la mise en place d'un tarif de reconduction provisoire ainsi qu'à la prescription de l'action en paiement, qui doivent permettre une meilleure maîtrise des dépenses d'assurance maladie, votre commission note qu'elles auraient pu être aisément détachées de ce qui constitue le cœur du présent article – la généralisation des Cpom – et que l'une d'entre elles a été censurée pour des raisons de forme par le Conseil constitutionnel dans une précédente loi de financement de la sécurité sociale.

Sur proposition de son rapporteur pour le secteur médico-social, votre commission a adopté **trois amendements rédactionnels n° 60, 61 et 62.**

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

*Article 47 bis (nouveau)*

***Demande de rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées***

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement un rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées.***

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale**

Le présent article, inséré à l'initiative de Joëlle Huillier, rapporteure pour le secteur médico-social, demande au Gouvernement un rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. Le rapport doit être remis au Parlement dans un délai d'un an suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'objectif est notamment d'étudier la possibilité d'une intégration dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de certains dispositifs médicaux. Le niveau de celui-ci s'avèrerait en effet insuffisants pour que des dispositifs de traitement de la douleur tels que les pompes à morphine puissent y être intégrés. Près de 200 personnes se verraient ainsi contraintes d'arrêter leur traitement en Ehpad ou de le continuer à l'hôpital ou à domicile, solution qui nuit à la continuité des soins et s'avère coûteuse pour l'assurance maladie.

**II - La position de la commission**

Votre commission prend acte de la présente demande de rapport.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

---

## CHAPITRE III

### **Poursuite de la réforme du financement des établissements**

#### *Article 48*

*(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)*

#### **Report de la réforme du mode de calcul de la participation financière des assurés aux frais d'hospitalisation**

*Objet : Cet article vise à prolonger, jusqu'en 2020, la période transitoire pendant laquelle l'assiette de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation dans les établissements antérieurement financés sous dotation globale, repose sur le tarif journalier de prestation (TJP).*

#### **I - Le dispositif proposé**

• Le maintien du TJP dans le secteur hospitalier : un système dérogatoire et transitoire de financement du ticket modérateur

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a été progressive et s'est accompagnée de plusieurs mesures transitoires. Ainsi, dans les établissements anciennement financés par dotation globale<sup>1</sup>, l'assiette de calcul du ticket modérateur à la charge des assurés (ou de leur complémentaire) a continué de reposer sur le tarif journalier de prestation (TJP), en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 - tandis que la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique sur la base du tarif du groupe homogène de séjour (GHS).

Cette période transitoire, qui devait initialement s'achever au 1<sup>er</sup> janvier 2012, a été prolongée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Les TJP, fixés chaque année par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une spécialité médicale donnée pour un établissement. Ils incluent ainsi l'ensemble des charges d'exploitation liées aux hospitalisations, et notamment celles liées aux Migac ou encore aux forfaits annuels d'urgences et de greffe, financés sur dotation. Ils varient selon le service d'hospitalisation, la durée de séjour et le mode de prise en charge.

---

<sup>1</sup> Soit les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif.

- Un dispositif doublement inéquitable et peu transparent...

Votre rapporteur général souligne que ce dispositif crée une forte inégalité entre les établissements anciennement sous dotation globale et les établissements privés, dans la mesure où il maintient une différence de financement très notable entre ces deux types d'établissements, sur le seul fondement de leur secteur d'appartenance.

Pour les établissements privés, le ticket modérateur est en effet calculé sur l'assiette des GHS, c'est-à-dire sur la seule base des tarifs de l'assurance maladie pour la pathologie dont relève le patient hospitalisé. En revanche, l'assiette du TJP inclut l'ensemble des charges d'hospitalisation.

Ainsi, comme le relevait la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2009 dans un constatation qui reste d'actualité : « à travers le TJP, qui demeure la base de calcul du ticket modérateur (et non le tarif du GHS comme dans le secteur privé), l'assuré hospitalisé [dans un établissement public ou privé à but non lucratif] paie en réalité sa participation à la prestation qu'il a reçue, mais aussi sa participation financière aux Migac et aux différents forfaits annuels ». Dans ces établissements, le TJP est en réalité utilisé comme une « variable d'ajustement des recettes » : il en résulte une sur-tarifcation du patient dans le secteur public.

La Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, dans son rapport consacré à la refondation de la tarification hospitalière<sup>1</sup>, relevait par ailleurs que les TJP apparaissent très hétérogènes selon les établissements, ce qui induit un deuxième niveau d'inégalité entre les assurés hospitalisés.

- ... mais rendu nécessaire par la situation financière des hôpitaux

Ainsi que le rappelle l'évaluation préalable annexée au présent article, la mise en œuvre d'une phase transitoire était initialement rendue nécessaire pour deux raisons : d'une part, l'impossibilité, pour les établissements anciennement sous dotation globale, d'établir une facturation individuelle sur la base des tarifs nationaux ; d'autre part, l'effet financier qu'aurait eu la modification du mode de calcul du ticket modérateur, compte tenu du moindre niveau des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global des séjours.

Ces deux raisons restent d'actualité et expliquent aujourd'hui la nécessité d'un nouveau report de la modification du mode de tarification du ticket modérateur et de l'alignement du secteur public sur le secteur privé.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 703 (2011-2012) du 25 juillet 2012, fait par MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat.

S'agissant de la justification financière, la Cour des comptes estimait dans son rapport précité que « *si le ticket modérateur était appliqué aux seuls GHS et non plus aux TJP, il faudrait passer son taux de 20 % à 26 % [...] pour conserver aux établissements publics des recettes [...] équivalentes* ». Compte tenu des majorations successives du TJP, pratiquées dans nombre d'établissements publics, une telle évolution engendrerait une perte financière plus importante encore aujourd'hui pour ces établissements.

En conséquence, le **1° du paragraphe I** du présent article modifie l'article 3 de la loi de financement pour 2009 pour prévoir que la participation financière du patient repose sur le TJP jusqu'au 31 décembre 2019.

Afin de limiter les différences de détermination du ticket modérateur, son **2°** précise que « *l'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder un plafond fixé par décret* ». Il s'agit ainsi, aux termes de l'étude d'impact, d'encadrer l'évolution des TJP afin de permettre aux établissements de rapprocher ces tarifs de leur valeur réelle et de mettre fin aux « *pratiques d'optimisation des recettes au travers de la fixation du montant du TJP* ».

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

A l'initiative de sa rapporteure pour l'assurance maladie, Mme Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** à cet article.

Trois d'entre eux sont d'ordre rédactionnel.

Le quatrième vise à mettre en conformité les modalités de facturation des séjours des assurés de Polynésie française dans les établissements de santé hexagonaux avec celles applicables aux assurés de droit commun.

## **III - La position de la commission**

Si votre rapporteur général regrette fortement la prolongation d'une situation de droit créant une forte iniquité à la fois entre les différents établissements de santé et entre les assurés sociaux, il n'estime pas possible de revenir sur cette disposition sans mettre en péril la situation financière déjà fragile des établissements hospitaliers, notamment dans le secteur public.

Il estime indispensable d'engager très rapidement une réflexion sur le meilleur moyen de mettre fin à cette situation, en soulignant qu'un passage direct à un financement du ticket modérateur calculé à partir des GHS n'est sans doute pas envisageable.

Il note par ailleurs que, selon les informations transmises par la Cnam, un effort d'encadrement des TJP supérieurs de plus de 15 % au niveau auquel ils devraient se trouver en application des règles de droit commun de la tarification, a été engagé depuis trois ans. Pour les établissements concernés, la diminution du TJP devra atteindre un minimum de 3 % en 2015 par rapport au TJP actuellement fixé.

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

#### Article 49

(art. L. 133-4, L. 138-10, L. 162-1-14-2, L. 162-5-17, L. 162-16-6, L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L. 162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26, L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 6145-1 et L. 6145 du code de la santé publique)

#### **Réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation**

*Objet : Cet article tend à mettre en place un nouveau type de financement pour les soins de suite et de réadaptation.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de cinq parties.

Le I modifie le code de la sécurité sociale. Il se compose de seize points.

Les 1° à 6° comportent des coordinations.

Le 7° propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 162-22 relatif au mode de financement des établissements de santé autorisés.

Il prévoit un mode de financement spécifique pour les activités de soins de suite et de réadaptation.

Le 8° procède à une coordination dans l'intitulé d'une sous-section du code afin que le 9° puisse insérer une nouvelle sous-section relative aux activités de soins de suite et de réadaptation.

Cette nouvelle sous-section se compose de douze articles.

---

L'article L. 162-23 prévoit la fixation d'un objectif des dépenses d'assurance maladie relatif aux soins de suite et de réadaptation réalisés par les établissements de santé. Cet objectif, dont l'évolution est fixée dans le cadre de celle de l'Ondam, doit tenir compte des spécificités du secteur et distinguer les dépenses relatives à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques dans les établissements de SSR et la dotation nationale que le projet de loi de financement entend mettre en place.

Les modalités de détermination de cet objectif sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat de même que celles du forfait annuel et des tarifs nationaux de prestation. Il est toutefois précisé que la détermination du forfait annuel tient compte du volume d'activité des établissements et que les tarifs nationaux peuvent être déterminés à partir des données issues de l'étude nationale de coût.

L'article L. 162-23-1 prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des fédérations hospitalières, détermine les différentes catégories de prestations d'hospitalisation et de prestations pour exigences particulières du patient ainsi que les modalités de facturation des prestations faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

L'article L. 162-23-2 précise les modalités de financement des SSR. Il s'agit des recettes issues de l'activité de soins et de financements complémentaires destinés à prendre en charge les spécialités pharmaceutiques, les plateaux techniques spécialisés, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'article L. 162-23-3 prévoit que les activités de SSR sont financées en deux parties :

- d'une part une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité de l'année antérieure valorisée par une fraction des tarifs nationaux des prestations et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie. Le coefficient géographique et le coefficient applicable pour permettre le respect de l'Ondam viennent moduler le montant de cette dotation ;

- d'autre part un montant forfaitaire par séjour correspondant à une fraction des tarifs nationaux des prestations modulée par les mêmes coefficients que la dotation.

L'article L. 162-23-4 prévoit que les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale déterminent chaque année la fraction des tarifs nationaux de prestation permettant le calcul de la dotation et du forfait ; ces tarifs eux-mêmes, les différents coefficients destinés à moduler la dotation et le forfait. Des entrées en vigueur distinctes sont prévues selon les cas (1<sup>er</sup> mars ou 1<sup>er</sup> avril).

L'article L. 162-23-5 prévoit la détermination du coefficient destiné à permettre le respect de l'Ondam et précise qu'il pourra être différent selon les catégories d'établissements. Au regard de l'évolution des dépenses de santé, et notamment de l'avis du comité d'alerte, l'Etat peut décider de reverser aux établissements tout ou partie des sommes qu'ils auraient perçues si le coefficient « Ondam » n'avait pas été appliqué.

L'article L. 162-23-6 prévoit la mise en place d'une liste en sus pour les médicaments dispensés dans les établissements de SSR.

L'article L. 162-23-7 prévoit la mise en place d'un forfait pour les charges liées à l'utilisation d'un plateau technique et non prises en compte par les tarifs des prestations.

L'article L. 162-23-8 fixe les objectifs des dotations Migac attribuées à chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'article L. 162-23-9 fixe les bases de calcul des montants demandés lors des recours contre tiers et pour la facturation des personnes non couvertes par un régime d'assurance maladie.

L'article L. 162-23-10 prévoit les modalités de versement du forfait plateaux techniques spécialisés et des Migac.

L'article L. 162-23-11 renvoie pour les modalités d'application de la sous-section à un décret en Conseil d'Etat.

Les points 10°, 11° et 12° procèdent à des coordinations.

Le 13° procède à une coordination et complète l'article L. 162-27 relatif à la prise en charge des médicaments à prescription et administration hospitalière pour inclure la référence aux spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus des établissements de SSR.

Le 14°, le 15° et le 16° procèdent à des coordinations pour, respectivement, le paiement des sommes dues aux établissements, le service de santé des armées et l'outre-mer.

Le **II** de l'article modifie le code de la santé publique pour procéder à des coordinations.

Les **III** de l'article prévoit l'entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2017 tout en prévoyant une mise en place progressive jusqu'en 2022 du mode de calcul des tarifs en distinguant selon les catégories d'établissement et en appliquant un coefficient de transition destiné à minimiser l'impact financier de la transition vers la nouvelle tarification. Le coefficient de transition de chaque établissement est soumis à un taux régional de convergence fixé chaque année par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le coefficient de transition de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'ARS.

Les modalités d'application des dispositions relatives au coefficient de transition sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.



Un système spécifique de paiement des établissements est mis en place jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2020 au plus tard. Au lieu de facturer directement les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes et les spécialités pharmaceutiques dispensées au patient directement à la caisse primaire d'assurance maladie, les données d'activité et de consommation seront transmises à l'ARS qui procèdera à la valorisation de l'activité pour chaque établissement et notifiera le montant à la caisse primaire.

L'ARS est également chargée du contrôle des données transmises par les établissements et une procédure de déduction des sommes indûment versée est prévue.

Le **IV** prévoit la constitution, au cours de l'année 2016, d'une dotation destinée à financer les Migac à partir d'un prélèvement sur l'objectif quantifié national et sur l'Ondam.

Le **VI** Prévoit un dispositif transitoire de prise en charge des molécules onéreuses. Du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 28 février 2017, cette prise en charge sera incluse dans la dotation annuelle de financement des établissements.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté trente-cinq amendements rédactionnels ou de coordination de la rapporteure et deux amendements de M. Tian et de plusieurs de ses collègues tendant à ce que les pouvoirs publics déterminent les critères d'attribution des financements liés aux missions d'intérêt général.

## **III - La position de la commission**

Votre commission relève le fort degré d'incertitude qui entoure l'impact de ce dispositif sur les établissements en l'absence d'études nationales de coût suffisamment étayées.

Elle note que cette réforme est très attendue et que son principe fait consensus. Néanmoins ses modalités restent encore à définir. Afin de ne pas déstabiliser le secteur des SSR elle souhaite donc clarifier le dispositif proposé afin qu'il puisse être éventuellement ajusté avant qu'il ne soit pleinement mis en application.

A l'initiative du rapporteur général la commission a donc adopté cinq amendements pour prévoir :

- la possibilité de mise en place d'un coefficient de spécialité pour les établissements prenant en charge certaines pathologies lourdes (**amendement n° 63**) ;
- les garanties de procédure dont bénéficient les établissements dans le cadre du contrôle exercé par les ARS (**amendement n° 64**) ;
- la prise en compte d'une catégorie spécifique d'établissements privés à but non-lucratifs (**amendement n° 65**) ;

- la remise d'un rapport avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017 sur la mise en œuvre de la réforme (**amendement n° 66**) ;
- une précision sur la prise en charge des molécules onéreuses (**amendement n° 67**).

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

*Article 49 bis (nouveau)*

**Rapport sur le reste à charge des pathologies cancéreuses**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce que le Gouvernement remette un rapport sur la prise en charge des dépenses directes et indirectes liées à la pathologie cancéreuse et spécialement sur le reste à charge en matière de chirurgie réparatrice suite à un cancer du sein.*

**I - Le dispositif par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté à l'Assemblée nationale sous la forme de deux amendements identiques de la rapporteure et de Mme Laclais et plusieurs de ses collègues.

Il fixe un délai d'un an au Gouvernement pour remettre un rapport sur les prise en charge des frais direct et indirects liés à la pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans le cas d'un cancer du sein.

**II - La position de la commission**

Les auteurs des amendements dont est issu cet article estiment que la prise en charge à 100 % au travers du mécanisme des affections de longue durée ne couvre pas la réalité des frais auxquels sont assujettis les patients atteints d'un cancer. Concrètement, l'Inca a attiré depuis plusieurs années l'attention du Gouvernement et du Parlement sur l'absence de praticiens pratiquant la chirurgie-réparatrice suite à un cancer du sein à un tarif opposable. Face à cette réalité qui exclut de fait certaines femmes de ce type de prise en charge, la seule possibilité serait de prévoir une offre dans le cadre du service public ou des missions de service public ou, éventuellement, d'augmenter les tarifs de prise en charge. Plus qu'un rapport, une réponse directe de la ministre sur la faisabilité de l'une ou l'autre de ces options serait nécessaire.

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

*Article 49 ter (nouveau)***Rapport sur les consultations pluridisciplinaires  
au sein des établissements de santé**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2016, d'un rapport portant sur le développement et sur la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa rapporteure pour l'assurance maladie, Mme Michèle Delaunay, prévoit que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2016, un rapport relatif aux consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé.

Ce rapport portera sur le développement et sur la valorisation de telles consultations, et devra en particulier s'attacher à mettre en rapport l'amélioration de la prise en charge des patients permise par ces consultations et les économies induites par leur diffusion.

Les consultations pluridisciplinaires des établissements hospitaliers - et notamment des CHU -, qui associent plusieurs spécialistes ou experts, permettent une approche globale associant la prévention, le soin, la réinsertion ainsi que la prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient. Lors du débat en séance publique à l'Assemblée nationale, la rapporteure pour l'assurance maladie a indiqué que leur mode de financement actuel ne permettait pas d'inciter à leur développement.

**II - La position de la commission**

Votre commission des affaires sociales estime que ce rapport permettrait d'obtenir un éclairage précieux sur le dispositif souvent mal connu des consultations pluridisciplinaires.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 50*

*(art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3,  
L. 162-30-4 et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale)*

**Simplification des dispositifs contractuels  
entre les établissements de santé et les ARS**

*Objet : Cet article tend à fusionner l'ensemble des contrats comportant un objet lié au juste usage des soins, à la régulation des dépenses et/ou à l'amélioration des pratiques médicales.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de cinq parties.

Le **I** modifie l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et relatif à la mise sous accord préalable de la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.

Il complète la référence au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins par une référence aux référentiels prévus par la nouvelle rédaction de l'article L. 162-30-3 prévue au III.

Il procède également à une coordination.

Le **II** modifie l'article en supprimant les dispositions relatives au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le **III** propose une nouvelle rédaction pour les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 issus de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments prévus à l'article L. 162-30-2, les contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé prévus à l'article L. 162-30-3 et les contrats d'amélioration de la pertinence des soins prévus à l'article L. 162-30-4 sont remplacés par un contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dont le contenu est fixé par la nouvelle rédaction proposée par l'article L. 162-30-2.

Ces contrats, conclus entre l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique, ont pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre la diminution des dépenses de l'assurance maladie.

Ils comprennent une partie obligatoire relative au bon usage du médicament, conclue sans limitation de durée, et une partie composée d'un ou plusieurs volets additionnels, conclus pour une durée maximale de cinq

---

ans. Ces volets correspondent à des obligations imposées aux établissements dont la pratique n'est pas conforme aux référentiels ou dans le cadre du plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Des sanctions sont prévues en cas de refus de l'établissement de souscrire un contrat d'amélioration de la pertinence des soins ou l'un de ses volets. Par ailleurs, en cas de refus de souscrire un volet relatif aux produits de santé, le directeur général de l'ARS pourra décider de réduire de 70 % leur taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 162-30-3 prévoit l'élaboration par l'Etat de référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant. Ces référentiels se fondent sur l'analyse des dépenses d'assurance maladie au niveau régional et national et sur les recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'Ansm. Les référentiels peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie et être nationaux ou régionaux.

Sur la base de ces référentiels, un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est élaboré par l'ARS. Il précise les critères qui permettront de déterminer quels établissements de santé doivent signer un volet additionnel au contrat d'amélioration de la pertinence des soins.

En cas de non-respect des référentiels constaté par l'ARS et la Cnam, l'ARS peut proposer à l'établissement la signature d'un avenant au contrat. Pour l'établissement, la signature est alors obligatoire sauf à s'exposer aux sanctions prévues.

L'article L. 162-30-4 prévoit la possibilité de sanction en cas de non-respect des objectifs fixés par le contrat ainsi que celle d'une mise sous entente préalable de certaines prescriptions ou prestations voire, pour les produits de santé, d'une réduction pouvant aller jusqu'à 30 % de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Le **IV** supprime l'article L. 322-5-5 relatif à la fixation du taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires.

Le **V** prévoit la date d'entrée en vigueur du dispositif. Les contrats en cours, ou conclus avant la parution des décrets d'application, continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2018. A compter de la parution du décret d'application, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le nouveau dispositif relatif aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins entrera en vigueur.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté dix-sept amendements de la rapporteure tendant à apporter des précisions, à corriger des erreurs de références ou à opérer des coordinations.

## **III - La position de la commission**

A l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 votre commission a marqué son approbation des contrats d'améliorations des pratiques. Le présent article opère une refonte du dispositif dont on peut regretter qu'elle intervienne un an après la mise en place du précédent. Le résultat paraît néanmoins susceptible de faciliter les relations contractuelles entre les ARS et les établissements de santé.

Votre commission a néanmoins été sensible à la difficulté que rencontrent les établissements privés au sein desquels exercent des médecins libéraux. L'obligation de s'engager dans un contrat de la qualité et de l'organisation des soins se heurte au caractère libéral de l'exercice des médecins en leur sein. Dès lors il semble naturel que les médecins concernés soient associés à la signature des contrats avec l'ARS.

La commission a donc, à cette fin, adopté **l'amendement n° 68** présenté par le rapporteur général.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article 50 bis (nouveau)*

*(art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale)*

### **Prise en charge des frais de transport sanitaire**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à subordonner la prise en charge des frais de transports sanitaires par l'assurance maladie au respect par les prescripteurs de l'obligation de mentionner les indications permettant leur identification par la caisse d'assurance maladie.*

## **I - Le dispositif proposé**

Adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure pour l'assurance maladie, Mme Michèle Delaunay, cet article vise à **responsabiliser les prescripteurs quant à l'utilisation des transports sanitaires.**

Les dépenses de transports sanitaires prises en charge par l'assurance maladie connaissent en effet un accroissement rapide. La Cour des comptes relevait ainsi en 2012, dans son rapport annuel consacré à la

---

Sécurité sociale, que « *ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins et équivaut désormais à lui seul à la moitié des remboursements des consultations de médecins généralistes* ». Or, face à cette situation, la responsabilisation des différents acteurs apparaît encore « *très limitée* ».

Le présent article entend remédier à cette situation en complétant le premier alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le principe de la prise en charge des frais de transport sanitaire par l'assurance maladie, par **une condition relative aux obligations des médecins prescripteurs de transports sanitaires**. Dans sa rédaction actuelle, cet alinéa prévoit que la prise en charge des frais de transport intervient sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état de santé du patient.

La rédaction proposée prévoit que **cette prise en charge ne peut intervenir que sur le fondement d'une prescription médicale établie selon les règles fixées par l'article L. 162-4-1 du même code**. Cet article dispose que les prescriptions médicales de transports sanitaires, pour donner lieu à remboursement des frais engagés, doivent préciser « *les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit* » ; les prescripteurs sont en outre tenus d'y faire figurer « *les indications permettant leur indentification par la caisse et l'authentification de leur prescription* ». Il est explicitement précisé que cette dernière obligation concerne également les médecins exerçant en établissement de santé.

## II - La position de la commission

Si votre rapporteur général n'est pas convaincu que cette mesure suffise à enrayer la progression des dépenses de transports sanitaires, alors que ni la procédure d'accord préalable pour les médecins de ville mise en place en 2004, ni le mécanisme contractuel introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2010 entre les établissements hospitaliers, les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie n'ont permis de constater une baisse notable des dépenses - celles-ci ayant en effet progressé de 2,3 milliards d'euros en 2003 à 4 milliards d'euros en 2013 -, il souligne que cet article a le mérite de réaffirmer le caractère médical de la prescription de transport sanitaire ainsi que la responsabilité du médecin prescripteur, notamment dans le cadre hospitalier.

A son initiative, votre commission des affaires sociales a adopté un **amendement d'ordre rédactionnel n° 69** sur cet article.

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

*Article 51*

*(art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 6113-11, L. 6113-12 et L. 6111-13 du code de la santé publique)*

**Amélioration de la fiabilité des données  
issues des études nationales de coût (ENC)**

***Objet : Cet article tend à élargir la base d'établissements à partir de laquelle sont élaborées les études nationales de coûts.***

**I - Le dispositif proposé**

Le texte se compose de deux parties.

Le **I** complète l'article L. 162-22-9 relatif à la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour préciser que les tarifs nationaux des prestations sont élaborés en tenant compte notamment des études nationales de coût.

Le **II** modifie le code de la santé publique. Il tend à insérer trois nouveaux articles dans le chapitre du code relatif à l'évaluation, à l'accréditation et à l'analyse de l'activité des établissements de santé.

La rédaction proposée pour le nouvel article L. 6113-11 prévoit des études nationales de coût annuelles sur des champs d'activité définis en Conseil d'Etat. Elles sont réalisées par une personne publique désignée par décret en Conseil d'Etat.

La procédure de sélection des établissements participant aux études est définie en deux temps par le texte proposé pour l'article L. 6113-12 : un appel à candidature, et à défaut de candidatures permettant d'établir un échantillon représentatif d'établissements, une sélection d'établissements par la personne publique en charge des études.

Le refus d'un établissement sélectionné de participer à l'étude est sanctionné, suite à une procédure contradictoire, par une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits qu'il a reçus des régimes obligatoires au titre du dernier exercice clos.

Le texte proposé pour le nouvel article L. 6113-13 prévoit la signature d'une convention entre la personne publique et chaque établissement participant aux études. Le refus de signer cette convention est sanctionné dans la même façon que le refus de participation.

Cette convention prévoit la fixation d'une indemnité destinée à compenser le fait, pour les établissements, de fournir les informations nécessaires aux études.

**II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté huit amendements rédactionnels de la rapporteure.



### III - La position de la commission

Votre commission estime nécessaire l'amélioration des études nationales de coût ainsi que l'avait indiqué le rapport de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon sur la T2A<sup>1</sup>.

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

*Article additionnel après l'article 51*  
**Rétablissement des journées de carence  
pour les personnels hospitaliers**

*Objet : Cet article additionnel tend à rétablir les trois journées de carence pour les personnels hospitaliers adoptées par le Sénat dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.*

Cet article additionnel vise à rétablir pour les personnels des établissements de santé la journée de carence les trois journées de carence pour les personnels hospitaliers adoptées par le Sénat dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

La loi de finances pour 2012 avait mis en place une journée de carence qui a été supprimée par la loi de finance pour 2014 alors qu'elle facilitait la gestion des établissements et générait une économie de l'ordre de 65 millions d'euros. Par ailleurs les salariés des établissements privés de santé ont déjà trois jours de carence, comme l'ensemble des salariés du secteur privé. Il s'agit donc d'une mesure d'équité.

Le délai de carence des personnels hospitaliers ne s'appliquerait pas dans les cas suivants :

- congé de longue maladie,
- congé de longue durée,
- incapacité professionnelle résultant, notamment, de blessures ou de maladie contractées ou aggravées du fait des activités de service,
- accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Tous les agents publics sont concernés, civils comme militaires ainsi que les agents non titulaires de droit public.

**La commission vous demande d'adopter cet article additionnel (amendement n° 70) dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

---

<sup>1</sup> Refonder la tarification hospitalière au service du patient, Rapport d'information n° 703 (2011-2012) du 25 juillet 2012 de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales.

## CHAPITRE IV

### Autres mesures et objectifs financiers

#### Article 52

(art. L. 162-1-4-1 et L. 612-3 du code de sécurité sociale)

#### **Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

*Objet : Cet article tend à rééquilibrer la répartition entre les cotisations sociales versées praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) et leur contribution de solidarité au régime social des indépendants.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de trois parties.

Le **I** modifie le code de la sécurité sociale.

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, est modifié pour inclure la possibilité de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels de santé dues au titre des rémunérations perçues pour la permanence des soins.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 612-3 prévoit un taux de contribution de 3,25 %, au profit de l'assurance maladie, des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés affiliés au régime social des indépendants. Cette contribution est assise sur les dépassements d'honoraires et les activités hors du champ des conventions à l'exception des activités de permanence des soins et de celles effectuées au sein d'un groupement de coopération sanitaire.

Le **II** prévoit un plafond de prise en charge des cotisations des PAMC par l'assurance maladie jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Le **III** prévoit que l'article L. 612-3 dans sa nouvelle rédaction est applicable pour les cotisations dues au titre des périodes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Au titre de cette année, le taux de la contribution est fixé à 1,65 %.

#### **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels de la rapporteure.

### III - La position de la commission

Cette mesure s'apparente à une mise en cohérence entre les cotisations sociales dont sont redevables les PAMC et la contribution de solidarité due au RSI. L'assiette des différents prélèvements est clarifiée pour que la contribution de solidarité ne repose que sur les revenus hors convention ce qui paraît cohérent. Le montant global des prélèvements devrait toutefois rester inchangé et s'établir à 9,75% contre 9,81 actuellement.

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

#### *Article 53*

### **Dotations 2016 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes**

*Objet : Cet article fixe le montant pour 2016 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp, de l'Oniam et de l'Eprus. Il fixe également le montant des contributions de l'assurance maladie et de la CNSA au financement des ARS.*

### 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 réaménagées en 2012 puis en 2013 :

- le financement des actions relatives à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et à l'accompagnement social de la modernisation a été transféré au Fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

- l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 lui a confié le financement des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé, et déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (Asip-santé)<sup>1</sup>.

**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.

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 **1 875 730 euros de frais administratifs<sup>2</sup> en 2014, soit un triplement des frais par rapport à l'année 2012.**

#### **L'utilisation des crédits du Fmespp en 2014**

Les **204,6 millions de dépenses** engagées au titre de l'année 2014 se répartissent de la façon suivante :

- 17,2 millions de crédits régionaux (soit 8,4 %) : subventions accordées à l'Atih (mission de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations) et à l'Asip santé (modernisation des plateformes d'appel des SAMU) ;
- 187,4 millions d'euros de crédits régionaux (soit 91,6 %), avec deux volets :

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Le rapport annuel indique à ce titre que « pour assurer la gestion du fonds, la Caisse des dépôts met à disposition ses moyens en personnel, informatique et frais de fonctionnement. En contrepartie de ces prestations, conformément à l'article 3 de la convention du 17 juin 1996, la Caisse des dépôts au titre de sa gestion facture au prix coûtant, dans la limite d'un plafond fixé à 2,5 % du montant des ressources du fonds (ce plafond est revalorisable par avenant).

- un volet investissement national (84,7 %) : projets portés par le Copermo, engagements antérieurs dans le cadre du plan Hôpital 2012, systèmes d'information dans le cadre du plan Hôpital numérique ;

- d'autres opérations (6,9 %), parmi lesquelles le financement de la participation des établissements de santé financés sous OQN à l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) dans le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR), d'unités cognito-comportementales dans les structures de SSR pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ou encore de divers projets particuliers ou innovants (CH de Vierzon, système d'information de l'AP-HM, prise en charge d'Ebola dans certains établissements...).

Le Fmespp connaît à la fin de 2014 **un report à nouveau important** : selon les informations transmises par la DGOS, le niveau de trésorerie disponible à l'issue de l'exercice 2014 s'élevait à 267 millions d'euros. Ce niveau élevé s'explique par le décalage entre la date d'ouverture de crédits en loi de financement de la sécurité sociale et les décaissements effectivement réalisés au profit des établissements bénéficiaires par le Fmespp.

#### Evolution de la situation de trésorerie du Fmespp

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Report à nouveau	511	283	308	131	343 <sup>1</sup>	266

Source : données transmises par la DGOS

Le fonds dispose par ailleurs de **disponibilités importantes** (173 millions d'euros en valeurs mobilières de placement à la fin de l'exercice 2013) et dégage des revenus financiers (opérations de placement en fonds commun de placement).

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

<sup>1</sup> Selon les informations transmises à votre rapporteur, la hausse ponctuelle du niveau de la trésorerie constatée en 2013 correspondait à la constitution d'une provision visant à anticiper les dépenses sur les programmes d'investissement. Cette provision a cependant été supprimée en 2014 en raison des contraintes pesant sur l'Ondam.

### 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 et 13 millions en 2015.

#### Evolution des financements du Fmespp depuis 2011

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015
Dotation LFSS	348	182	370	137	281
Consommation des crédits	93 %	52 %	41 %	49 %	26 %

Source : données transmises par la DGOS

Le **paragraphe I** du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à **307 millions d'euros pour l'année 2016**. Ce montant correspond à une augmentation de 26,4 millions d'euros par rapport à la dotation initialement prévue en 2015 et de 76,4 millions d'euros par rapport à la dotation rectifiée. Votre rapporteur général rappelle que cette dotation sera majorée des crédits transférés depuis le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) à hauteur de 40 millions d'euros, en application de l'article 3 du présent projet de loi.

Cette dotation permettra de financer les projets suivants :

- les différents projets d'investissement validés par le Copermo (à hauteur de 210 millions d'euros) ;

- l'accompagnement de la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) en matière de systèmes d'information (à hauteur de 30 millions d'euros) ;

- les investissements visant à développer les pratiques innovantes des établissements de santé (26,6 millions d'euros) ;

- les investissements immobiliers hors Copermo, comme par exemple les unités d'hébergement spécialement aménagées pour les patients détenus (23,7 millions d'euros) ;

- les investissements visant à l'amélioration des pratiques (11,8 millions d'euros) ;
- les travaux et études réalisés par l'Atih, en particulier la participation des établissements de santé aux études nationales des coûts (14,9 millions d'euros) ;
- les éventuelles opérations exceptionnelles (30 millions d'euros).

• 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.

#### Evolution des dépenses et dotations de l'Oniam

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dotation de l'assurance maladie	117	70	10	55	139	118	83
Dotation de l'Etat	1,62	3,93	6,56	1,54	4,76	3,98	5,3
Dépenses	89,2	78	100,4	139,7	152,5	145,1	134
Fonds de roulement	120	126	74	44	74	73	nc
Réserves	98	108	53	15,2	41,3	34	41,6

Source : Annexe 8 du PLFSS et informations transmises par l'Oniam

Le **paragraphe II** du présent article propose de fixer à **87,5 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2016, soit une

quasi stabilité par rapport au montant pour l'année 2015 tel que rectifié par l'article 3 du présent projet de loi.

Cette dotation a été fixée en tenant compte du montant prévisionnel de dépenses à la charge de l'assurance maladie (120,5 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 19,6 millions d'euros à la fin de l'exercice 2015. Les dépenses d'indemnisation prévisionnelles pour 2016 s'élèvent à 92,4 millions d'euros, qui recouvrent une part de dotation aux provisions.

• Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Eprus

La fixation de la dotation à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) pour l'année 2016 s'inscrit dans **un contexte particulier**, dans la mesure où **le projet de loi de modernisation du système de santé, actuellement en cours d'examen, prévoit la mise en place d'une agence nationale de santé publique qui fusionnerait l'Eprus, l'institut national de veille sanitaire (InVS) et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)**. L'évaluation préalable annexée au présent article indique à ce titre que la mesure est présentée « *à titre conservatoire* », la nouvelle agence nationale de santé publique ayant vocation à « *reprendre la dotation 2016 allouée à l'Eprus pour le financement des mêmes missions à hauteur des crédits restants* ».

Depuis la loi de 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, ses ressources proviennent notamment d'une contribution à la charge des régimes d'assurance maladie, dans la limite légalement fixée de la moitié des dépenses consacrées par l'établissement exclusivement à l'acquisition, la fabrication, l'importation, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ou à des actions de prévention de risques sanitaires majeurs. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs. Ces ressources sont complétées par une subvention de l'État pour charges de service public et, de manière marginale, par le produit de ventes de produits et services divers.

En 2015, l'Eprus a **poursuivi les opérations relatives à la mise en place d'une plateforme centralisée des stocks stratégiques de santé**, avec des opérations de transferts des stocks échelonnées depuis la mi-mai – l'Eprus ayant pour objectif d'obtenir auprès de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) l'autorisation d'ouverture en tant qu'établissement de stockage pharmaceutique. **Des stocks stratégiques sont par ailleurs toujours en cours de positionnement dans les outre-mer**, étant noté que



L'Eprus rencontre des difficultés techniques dans les territoires de l'océan indien. L'Eprus a également poursuivi les opérations d'acquisition de vaccins pandémiques. Il a enfin poursuivi ses activités de **gestion de la réserve sanitaire**<sup>1</sup> ; cette activité connaît un pic depuis l'année 2014, en raison à la fois d'une forte augmentation du nombre de réservistes<sup>2</sup> et d'un plus fort recours à ce dispositif pour la gestion des crises sanitaires, sur le sol français comme à l'étranger.

Le **paragraphe III** du présent article fixe le montant de la participation 2016 de l'assurance maladie à **15,2 millions d'euros**, ce qui correspond à une **parfaite stabilité** du montant fixé pour 2015 à 15,257 millions d'euros. Cette dotation permettra notamment de financer les dépenses d'acquisition des produits de santé (notamment au titre du programme de lutte contre la pandémie grippale) à hauteur de 27 millions d'euros, pour une dépense globale estimée à 34 millions d'euros.

Votre rapporteur général souligne que les ressources de l'Eprus pour l'année 2016 seront complétées, comme en 2015, par un prélèvement non négligeable sur le fonds de roulement de l'établissement : après 16,4 millions en 2015, 14,6 millions seront ainsi prélevés en 2016. Pour mémoire, l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 indiquait en effet que le niveau de ce fonds de roulement serait « *progressivement ramené à un niveau prudentiel fin 2015* ».

• 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 et 103,17 millions pour 2015, le **paragraphe IV** du présent article propose de le fixer à **117,7 millions pour l'année 2016, soit une progression de 14 % par rapport à 2015 et de 126 % par rapport à 2011**.

Selon l'évaluation préalable annexée au présent article, la majeure partie de cette contribution (85,14 millions d'euros, en progression de 20 % par rapport à 2015) devrait permettre de financer les Maia, la mise en place de 50 nouvelles structures ayant été actée.

<sup>1</sup> Qui représente un coût annuel de 3,07 millions d'euros.

<sup>2</sup> 2078 en janvier 2015, contre 979 en janvier 2013, selon l'annexe 8 du présent 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 rapporteur général s'interroge en premier lieu sur la **lisibilité du financement du Fmespp**. Celui-ci présente en effet **un profil très heurté**, qui ne permet pas d'évaluer finement l'évolution de l'utilisation des crédits alloués par l'assurance maladie. Si les explications relatives à la nécessité de constituer un niveau de trésorerie suffisant pour faire face aux pics de décaissement liés aux investissements s'entendent bien, votre rapporteur général souligne toutefois que **le vote du Parlement sur l'attribution de ces crédits n'est que très peu éclairé et n'a finalement que peu de portée** : le montant de la dotation votée en loi de financement initiale est quasi-systématiquement modifié dans la partie rectificative de la loi de financement pour l'exercice suivant.

Afin de concilier les objectifs de lisibilité de l'action publique, d'information du Parlement, de bonne gestion des fonds destinés au financement de l'action sanitaire et de régulation des dépenses de santé, sans doute serait-il plus adapté de **voter les crédits alloués aux divers fonds financés par l'assurance maladie dans une perspective pluriannuelle**. S'agissant de crédits destinés à financer des dépenses d'investissement intervenant par définition sur plusieurs années, le cadre annuel présente en effet un caractère nécessairement artificiel.

- S'agissant de la dotation à l'Oniam, votre commission des affaires sociales souligne comme chaque année qu'il est surprenant que le financement de l'office, qui a pour mission d'indemniser les victimes d'événements médicaux au titre de la solidarité nationale, demeure très largement à la charge de l'assurance maladie et ne soit pas assumé par l'Etat selon un autre mécanisme.

- S'agissant de la dotation à l'Eprus, votre rapporteur général relève que, après plusieurs années de **déséquilibre entre la dotation de l'Etat et celle, systématiquement plus importante, de l'assurance maladie** - en dépit du principe légalement fixé de la parité de cofinancement de l'Eprus entre l'Etat et l'assurance maladie -, la tendance devrait se poursuivre en 2016. L'annexe 8 au présent projet de loi indique en effet que la dotation de l'Etat devrait s'élever à 10,5 millions d'euros, contre 15,257 millions d'euros pour l'assurance maladie.

- S'agissant enfin de la contribution de la CNSA aux ARS, votre rapporteur général **regrette que la ventilation de la dotation proposée, dont le montant est en constante augmentation et a plus que doublé depuis l'année 2011, ne soit pas aussi détaillée par l'évaluation préalable annexée**

---

au présent projet de loi qu'elle le fut pour les précédents exercices. Le Parlement doit en effet pouvoir se prononcer sur les importants montants en jeu en toute connaissance de cause.

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

#### *Article 54*

### **Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2016**

*Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016 à 201,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 177,9 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 2016, l'objectif de dépenses de la branche maladie à :

**- 201,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;**

**- 177,9 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.**

Ces montants correspondent à une augmentation des dépenses de 3,1 milliards d'euros par rapport aux prévisions de dépenses pour 2015, soit une progression de 1,6 % (contre 2 % en 2015). Les dépenses du seul régime général seront en hausse de 4,3 milliards d'euros, soit 2,5 % (contre 2,82 % l'an passé).

## **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 2016).

**Elle vous demande de rejeter cet article.**

### *Article 55*

#### **Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2016**

***Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 185,2 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 de 1,75 % pour une dépense supplémentaire de 3,2 milliards d'euros

Il est proposé de fixer l'Ondam à **185,2 milliards d'euros pour 2016**, soit **une progression de 1,75 %** par rapport à la prévision révisée de réalisation pour 2015 (après 2 % en 2015 et 2,5 % en 2014).

A périmètre inchangé, ce taux représente une dépense supplémentaire de 3,2 milliards d'euros pour le financement du système de soins.

Le taux proposé est conforme 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 inférieur de 0,25 % aux prévisions de la loi de programmation des finances publiques 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 de la 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. 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.

## Synthèse de l'Ondam 2016

(en milliards d'euros)

	Sous-objectifs 2016	Evolution 2016/2015	Projection tendancielle <sup>1</sup>
<b>Ondam soins de ville</b>	84,3	1,7 %	4,4 %
<b>Ondam hospitalier</b>	77,9	1,75 %	3,0 %
<i>Etablissements de santé tarifés à l'activité</i>	58,1	/	/
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,8	/	/
<b>Ondam médico-social</b>	18,2	1,9 %	2,8 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,9	/	/
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	9,3	/	/
<b>Fonds d'intervention régional</b>	3,1	1 %	1 %
<b>Autres dépenses *</b>	1,7	4,6 %	4,6 %
<b>Ondam TOTAL</b>	<b>185,2</b>	<b>1,75 %</b>	<b>3,6 %</b>

\* Ce sous-objectif comprend principalement les dépenses relatives aux soins à l'étranger.

La progression de l'Ondam soins de ville, après deux années marquées par la prise en charge des nouveaux médicaments très coûteux contre l'hépatite C, serait contenue à 1,7 %. L'annexe 7 relève toutefois que cette progression, une fois corrigée de la mesure de réduction des taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux, serait plutôt de l'ordre de 2 %.

- Mesures d'économie

Afin d'assurer le respect de l'objectif d'évolution de 1,75 % par rapport à une évolution spontanée des dépenses estimée à 3,6 % pour l'année 2016, plusieurs **mesures d'économie** seront prises pour un montant total de **3,4 milliards d'euros**. Il est à noter que la croissance spontanée des dépenses de soins de ville (+ 4,2 % sur l'ensemble des régimes) est estimée à un moindre niveau que pour les années 2014 et 2015, qui avaient vu la montée en charge des remboursements des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Selon les annexes 7 et 9 du présent projet de loi, cet effort de maîtrise des dépenses repose 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 0,7 milliard), notamment à travers la poursuite des mutualisations ;

- le deuxième vise le virage ambulatoire et le développement de l'hospitalisation à domicile (pour un montant global estimé à 0,5 milliard) ;

<sup>1</sup> Selon l'avis du comité d'alerte n°3 du 6 octobre 2015 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

- le troisième porte sur les économies en matière de produits de santé (à hauteur d'un milliard), avec, en outre, des mesures de maîtrise du prix des médicaments, la diffusion des médicaments génériques et biosimilaires ;

- le quatrième concerne l'amélioration de la pertinence du recours au système de soins (pour 1,2 milliard d'euro), selon diverses orientations : réduction du nombre d'actes inutiles ou redondants en ville comme dans les établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments, lutte contre la iatrogénie, simplification des prises en charge des cotisations des professionnels de santé.

Selon la ventilation indiquée dans l'avis du comité d'alerte n° 3 du 6 octobre 2015 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les économies attendues seraient réparties de la manière suivante dans les sous-objectifs de l'Ondam : 2,3 milliards pour les soins de ville, 990 millions pour les établissements de santé, et 160 millions pour les établissements médico-sociaux.

#### Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'Ondam 2016

(en millions d'euros)

Efficacité de la dépense hospitalière	690
<i>Optimisation des dépenses des établissements</i>	65
<i>Optimisation des achats et fonctions logistiques</i>	420
<i>Liste en sus (dont radiations partielles)</i>	205
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	465
<i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	160
<i>Réduction des inadéquations hospitalières</i>	145
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i>	160
Produits de santé et promotion des génériques	1 045
<i>Baisse de prix des médicaments</i>	550
<i>Promotion et développement des génériques</i>	395
<i>Biosimilaires</i>	30
<i>Tarifs des dispositifs médicaux</i>	70
Pertinence et bon usage des soins	1 210
<i>Baisse des tarifs des professionnels libéraux</i>	125
<i>Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments</i>	400
<i>Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses</i>	100
<i>Maîtrise médicalisée hors médicament</i>	315
<i>Réforme des cotisations des professionnels de santé</i>	270
<b>Total des mesures d'économies</b>	<b>3 410</b>

## 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 relève avec satisfaction que **certaines des préconisations formulées par la commission des affaires sociales du Sénat**, lors de l'examen des dispositions relatives à l'Ondam dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, ont été **reprises dans le cadre des mesures d'économies proposées par le Gouvernement**.

L'axe d'économies relatif à la pertinence et au bon usage des soins, que votre commission avait estimé à 300 millions d'euros l'an passé, se voit ainsi intégré au programme d'économies à hauteur de 1,2 milliard d'euros.

- Elle souligne toutefois que ces différentes mesures - outre leur caractère relativement flou et peu détaillé dans l'annexe 9, qui pose la question de leur application opérationnelle - apparaissent **très insuffisantes face à l'enjeu de réduction des déficits**, qui doit aujourd'hui, après plusieurs années de recours massif à l'impôt, se traduire par une action plus résolue de maîtrise des dépenses.

Elle estime ainsi indispensable de mettre rapidement en œuvre plusieurs mesures relatives à la gouvernance hospitalière, s'agissant globalement de l'accompagnement des restructurations hospitalières pour permettre l'adéquation de l'offre aux territoires, et plus précisément de l'augmentation du temps de travail à l'hôpital (plafonnement du nombre de jours de réduction du temps de travail, notamment), du rétablissement des jours de carence dans la fonction publique hospitalière et de la réforme de la tarification des urgences. Elle juge par ailleurs nécessaire de procéder à une révision des modalités de la prise en charge de la dépense de certains médicaments par l'assurance maladie. Le report *sine die* de ces mesures certes difficiles ne revient qu'à faire supporter - et sans doute à accroître - la charge des déséquilibres de la branche maladie sur les prochaines années.

- Votre commission relève enfin que, contrairement aux obligations prévues par l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale (qui dispose que « *le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant [...] l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir* »), le présent article ne mentionne que le maintien du même objectif de progression de l'Ondam pour l'année 2017. Or, une démarche de réduction des déficits ne peut être envisagée que dans un cadre pluriannuel, par le biais de mesures structurelles qui produiront leurs effets sur plusieurs années ; cette absence de visibilité traduit sans doute un effort inabouti de réduction des déficits.

Pour l'ensemble de ces raisons, **la commission vous demande de rejeter cet article**.



---

## TITRE V

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

#### *Article 56*

#### **Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2016**

*Objet : Cet article a pour objectif de fixer les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2016.*

#### **I - Le dispositif proposé**

L'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation, par la loi de financement de la sécurité sociale, des charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est à ce jour le seul organisme concerné.

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 28 du projet de loi, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du FSV à 20,1 milliards d'euros pour l'exercice 2016. Les dépenses prévisionnelles rectifiées prévues à l'article 5 pour l'exercice 2015 s'établissent à 20,3 milliards d'euros.

Les charges prévisionnelles du FSV pour 2016 diminuent ainsi de 1 % par rapport à 2015, après une baisse de 5,1% déjà enregistrée l'année dernière.

Elles se répartissent principalement entre la **prise en charge de cotisations**, pour près de 13 milliards d'euros (au titre du chômage essentiellement) et la **prise en charge de prestations** (au premier rang desquelles le minimum vieillesse) pour 6,7 milliards d'euros.

La baisse des prévisions pour charges du FSV en 2016 s'explique principalement par la baisse de la prise en charge au titre du minimum contributif (Mico). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les règles de prise en charge du Mico par le FSV sont modifiées<sup>1</sup> afin que cette prise en charge ne soit plus forfaitaire mais proportionnelle aux masses de Mico effectivement versées par les régimes, à hauteur de 50 % des pensions services.

---

<sup>1</sup> Cette modification est prévue par l'article 87 de la loi n°2014-554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

Cette modification des règles entraîne une économie de 0,4 milliard d'euros, le FSV devant prendre en charge, au titre de l'année 2016, 3,5 milliards d'euros de Mico contre 3,9 milliards d'euros en 2015. Le régime général demeure le principal bénéficiaire de cette prise en charge avec 3,1 milliards d'euros, le régime des salariés agricoles percevant 0,3 milliards d'euros et le régime social des indépendants (RSI) 0,1 milliard d'euros.

Au titre de la prise en charge des cotisations, celles liées aux cotisations versées au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base à raison du chômage, demeurent la principale charge du FSV, entraînant une dépense de 11 milliards d'euros en 2016 (soit une hausse de 1,6 % par rapport à 2015).

Les charges liées au minimum vieillesse devraient être stables en 2016, maintenant un montant de prestations versées de 3,1 milliards d'euros. La tendance à une baisse structurelle des bénéficiaires du minimum vieillesse due à l'amélioration du niveau des pensions contributives se poursuit par ailleurs.

Enfin depuis 2015, le FSV assume la prise en charge financière à la fois de la mesure permettant aux jeunes apprentis de valider la totalité de leurs trimestres d'apprentissage au titre de la retraite (coût estimé en 2014 de 18 millions d'euros par an) mais également des cotisations relatives aux périodes de stage de formation professionnelle des chômeurs pour un montant total de prestations versées de 251 millions d'euros en 2016 (en hausse de 2 % par rapport à 2015).

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **III - La position de la commission**

Le déficit du FSV sera maintenu à un niveau très élevé en 2016 (- 3,7 milliards d'euros). Cette situation s'explique par la persistance d'un chômage de masse, la prise en charge des cotisations au titre du chômage étant la première dépense du fonds. Cette situation contraste avec la perspective d'un retour à l'équilibre temporaire des régimes de base à partir de 2016.

Votre commission regrette qu'aucune mesure ne soit prise, dans ce projet de loi, pour diminuer le déficit du fonds. Elle renouvelle, par ailleurs, sa recommandation visant à ce que les comptes du FSV ne soient plus présentés séparément des comptes des régimes de base de retraite afin de disposer d'une vision consolidée de l'équilibre de la branche.

**Votre commission vous demande de rejeter cet article.**

---

## TITRE VI

### MESURES COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

#### Article 57

(art. L. 161-23-1, L. 341-6, L. 351-11, L. 353-5, L. 356-2, L. 413-7, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-6, L. 434-16, L. 434-17, L. 551-1, L. 723-11-2 [nouveau], L. 816-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 732-24, L. 751-46, L. 752-6, L. 753-8 et L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime ; art 1<sup>er</sup> de la loi n° 74-1118 du 27 décembre 1974, art. 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987, article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977)

#### **Modification des règles de revalorisation des prestations de sécurité sociale**

*Objet : Cet article modifie les dates et les règles de revalorisation des prestations prises en charge par les organismes de sécurité sociale.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Le présent article constitue le pendant, s'agissant des prestations financées par les organismes de sécurité sociale, de l'article 33 du projet de loi de finances pour 2016 relatif aux minimas sociaux et prestations à la charge de l'Etat et des départements. Il procède à trois changements :

- d'une part, une harmonisation partielle des dates de revalorisation des prestations concernées afin qu'elles interviennent désormais au 1<sup>er</sup> avril ou au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année ;

- d'autre part, un changement dans les modalités de prise en compte de l'inflation pour le calcul de la revalorisation : c'est désormais l'inflation constatée et non plus l'inflation prévisionnelle qui servira de base à la revalorisation. Une telle règle a déjà été adoptée concernant la prime d'activité, créée par la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi<sup>1</sup> ;

- enfin, la mise en place d'un mécanisme de « bouclier » destiné à éviter toute évolution à la baisse du niveau des prestations en cas d'inflation négative.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

• Une harmonisation partielle des dates de revalorisation des prestations de sécurité sociale

Coexistent actuellement trois dates de revalorisation des prestations de sécurité sociale. Le 1<sup>er</sup> octobre s'applique, depuis la loi du 20 janvier 2014, aux pensions de retraite et aux prestations qui leur sont liées<sup>1</sup>. Les prestations familiales et celles liées aux accidents du travail et maladies professionnelles sont, quant à elles, revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année. Enfin, les plafonds de ressources qui déterminent l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ainsi qu'à l'aide médicale d'Etat (AME) sont revalorisés au 1<sup>er</sup> juillet.

Le présent article propose de supprimer la date du 1<sup>er</sup> juillet pour la faire passer au 1<sup>er</sup> avril.

• La prise en compte de l'inflation constatée et non plus de l'inflation prévisionnelle

La revalorisation des prestations de sécurité sociale concernées par le présent article s'effectue actuellement en tenant compte de l'inflation prévisionnelle. Pour les prestations revalorisées avant le troisième trimestre d'une année N, c'est la prévision d'inflation formulée en N-1 par la commission économique de la nation (CEN) qui est prise en compte. Pour celles qui sont revalorisées plus tard dans l'année, c'est la prévision figurant dans le rapport économique, social et financier (RESF) annexé à la loi de finances qui est retenue.

Cette méthode s'accompagne nécessairement de l'application de correctifs visant à tenir compte des écarts entre l'inflation prévisionnelle et l'inflation constatée. Comme le souligne l'étude d'impact annexée au projet de loi<sup>2</sup>, prévoir l'inflation est un exercice complexe, d'autant plus aléatoire dans le contexte économique issu de la crise de 2008, qui se traduit par une volatilité des prix plus marquée. De fait, ces dernières années se sont caractérisées par l'application de correctifs importants. Déconnectée des prévisions d'inflation aussi bien que de l'inflation effectivement constatée, l'évolution des prestations devient difficilement compréhensible pour les bénéficiaires.

Pour ces raisons, le présent article propose de fonder la revalorisation des prestations de sécurité sociale sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et appréciées, en moyenne annuelle, sur les douze derniers mois. S'appliqueraient donc les règles suivantes :

- pour les prestations revalorisées au 1<sup>er</sup> avril d'une année N, il serait tenu compte de la progression de la valeur moyenne de l'indice entre février N-1 et janvier N, par rapport à février N-1 et janvier N-1 ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

<sup>2</sup> Annexe 10, fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi.

---

- pour les prestations revalorisées au 1<sup>er</sup> octobre d'une année N, il serait tenu compte de la progression de la valeur moyenne de l'indice entre août N-1 et juillet N par rapport à la valeur moyenne de l'indice entre août N-2 et juillet N-1.

Cette évolution est prévue, s'agissant des prestations financées par l'Etat, par l'article 33 du projet de loi de finances. Cet article réécrit l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale de la façon suivante : « *la revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées.* » Le présent article opère, pour chaque prestation concernée, un renvoi à cet article L. 161-25.

• La mise en place d'un « bouclier » destiné à prévenir toute évolution à la baisse des prestations de sécurité sociale

La nouvelle rédaction de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale comporte également un alinéa indiquant que « *si ce coefficient est inférieur à un, il est porté à cette valeur* ». En d'autres termes, si la règle de calcul prévue à l'article L. 161-25 conduit à appliquer un coefficient négatif en raison d'une inflation négative, les prestations ne peuvent voir leur montant diminué. Celui-ci est simplement maintenu à son niveau antérieur.

**Les prestations concernées par les nouvelles modalités de revalorisation  
prévues au I du présent article**

Prestation	Articles du code de la sécurité sociale	Date de revalorisation	Modalités de revalorisation
Pensions de vieillesse	L. 161-23-1 (1° du I) L. 351-11 (3° du I)	1 <sup>er</sup> octobre	Coefficient prévu à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction prévue à l'article 33 du projet de loi de finances pour 2016 : " <i>La revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. Si ce coefficient est inférieur à un, il est porté à cette valeur. »</i>
Majoration forfaitaire de la pension de réversion pour le conjoint survivant non titulaire d'un avantage personnel de vieillesse	L. 353-5 (4° du I)	1 <sup>er</sup> octobre	
Allocation de veuvage	L. 356-2 (5° du I)	1 <sup>er</sup> octobre	
Pensions de retraite des avocats	L. 723-11-2 [nouveau] (11° du I)	1 <sup>er</sup> octobre	
Pensions d'invalidité	L. 341-6 (2° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Barème servant au calcul de l'indemnité en capital versée aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP)	L. 434-1 (6° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Prestation complémentaire à l'indemnité AT-MP pour recours à tierce personne	L. 434-2 (7° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Rente pour AT-MP	L. 434-16 (8° du I) L. 434-17 (9° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Prestations familiales et assimilées	L. 551-1 (10° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Allocation de solidarité aux personnes âgées	L. 816-2 (12° du I)	1 <sup>er</sup> avril	
Plafond de ressources applicable au calcul du droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et à l'aide médicale d'Etat (AME)	L. 861-1 (13° du I)	1 <sup>er</sup> avril (au lieu du 1 <sup>er</sup> juillet)	

*Source : Commission des affaires sociales*

Les règles de revalorisation des pensions de retraite de base du régime des avocats font l'objet de dispositions propres. Actuellement fixées par le conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français, elles seraient désormais alignées sur les règles applicables aux autres pensions de retraite, d'où l'introduction d'un article L. 723-11-2 [nouveau] dans le code de la sécurité sociale.

Enfin, le II du présent article prévoit les coordinations nécessaires dans le code rural et de la pêche maritime.

---

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté huit amendements rédactionnels ou de coordination.

## III - La position de la commission

Votre commission est pleinement consciente du fait que le présent article doit conduire, en 2016, à une économie de 400 millions d'euros qui ne revêt, en aucun cas, un caractère pérenne et ne peut donc être considérée comme traduisant de la part du Gouvernement un effort structurel en faveur du rétablissement des comptes sociaux. Pour autant, elle estime que, compte tenu des simplifications et des gains en lisibilité sur l'évolution des prestations que devrait permettre la mise en œuvre du présent article, il n'existe aucune raison de s'opposer à son adoption.

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

*Article 57 bis (nouveau)*  
*(art. 1084 du code général des impôts)*  
**Précision du champ des bénéficiaires  
de l'exemption des droits de mutation**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise le champ des exonérations de l'exemption des droits de mutation dont bénéficient les caisses de sécurité sociale.*

## I - Le dispositif proposé

L'article 1084 du code général des impôts dispose que « *tous les actes relatifs aux acquisitions d'immeubles et aux prêts que les caisses de sécurité sociale sont autorisées à effectuer sont exonérés des droits d'enregistrement et de timbre ainsi que de la taxe de publicité foncière* ».

Cet article, introduit en séance publique par un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission, remplace le terme de caisse par celui d'organisme de sécurité sociale, mieux défini par les textes afin de sécuriser l'exemption de droits de mutation des transactions sur l'immobilier des organismes de sécurité sociale.

## II - La position de la commission

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

*Article 58*

*(art. L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 216-2-1, L. 216-2-2 et L. 611-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

**Renforcement des mutualisations  
entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale**

*Objet : Cet article vise, d'une part, à étendre la possibilité de mutualisation des organismes de protection sociale entre branches d'un même régime mais aussi entre organismes de régimes différents ; il permet également de renforcer la mutualisation budgétaire et comptable entre les caisses du régime social des indépendants dans la perspective de leur fusion à venir.*

**I - Le dispositif proposé**

- Le renforcement de la mutualisation inter-branches et inter-régimes

*a) La mutualisation entre des organismes de sécurité sociale, au sein du régime général uniquement, est aujourd'hui possible mais à des conditions restrictives et complexes.*

En créant les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007<sup>1</sup> a créé la possibilité pour les organismes nationaux et locaux appartenant à un même régime de signer des conventions afin de mutualiser leurs compétences et leurs ressources.

L'article L. 216-2-1 autorise ces conventions entre les organismes nationaux et locaux appartenant à l'un des réseaux du régime général piloté par la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) ou l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse).

Il prévoit que les orientations, définies par les conseils d'administrations de la Cnav, de la Cnaf ou de l'Acosse peuvent être mises en œuvre à travers des conventions, entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux de la branche, pour la réalisation de missions ou d'activités relatives à trois domaines de compétences : la gestion des organismes, le service des prestations et le recouvrement. L'activité de traitement des litiges et des contentieux ainsi que de leurs suites ne peut toutefois pas relever d'une convention mais d'un décret. Les directeurs des organismes nationaux sont compétents pour signer la convention après avis de leur conseil d'administration.

Les II et III de l'article L. 216-2-1 précisent les activités pouvant faire l'objet d'un conventionnement, respectivement pour les missions de service des prestations et de recouvrement.

---

<sup>1</sup> Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, à l'article 140.



L'article L. 216-2-2 prévoit un mécanisme équivalent de convention entre organismes locaux ou régionaux pouvant appartenir à une même branche ou à des branches différentes au sein d'un même régime. La convention prend alors effet lorsqu'elle est approuvée par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées. La rédaction de cet article ne vise pas uniquement, contrairement à l'article L. 216-2-1, le régime général.

Cet article aurait pu servir de base légale à l'extension d'un mécanisme plus large de conventions inter-branches. Cependant, comme le précise l'étude d'impact, *« une telle mutualisation reposerait sur un dispositif dont la mise en œuvre complexe rend aléatoire son aboutissement. En effet, pour mutualiser, par exemple, une activité qui concerne l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) auprès d'une seule caisse d'allocations familiales (CAF), il serait nécessaire de signer une convention qui lierait les 101 Cpam à la CAF concernée, après approbation des deux directeurs généraux »*. Ce mécanisme manque, de toute évidence, d'efficacité d'autant que des *« dissymétries de compétences dévolues aux conseils d'administration [existent] entre les branches famille, retraite et recouvrement [d'une part] et la branche maladie [d'autre part] »*.

Dès lors, une lacune législative demeure pour faciliter les mutualisations inter-branches et pour autoriser les mutualisations inter-régimes. Le présent article vise à pallier cette lacune.

*b) Le dispositif proposé prévoit d'étendre les possibilités de convention aux mutualisations inter-branches et inter-régimes.*

Cet article abroge dans son 2° les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 pour les rétablir au sein d'un nouveau chapitre II bis *« Organisation et gestion des missions et activités »*, inséré dans le titre II *« Administration, fonctionnement et personnel des organismes »* du Livre Ier *« Généralités- Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base »* de la partie législative du code de la sécurité sociale.

Les deux nouveaux articles L. 122-6 et L. 122-7 reprennent, en les modifiant, les dispositions respectivement des articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2.

**L'article L. 122-6** supprime, dans son premier alinéa, la référence à la Cnav, la Cnaf et l'Acoss. Il dispose désormais que les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant, non seulement de la branche, mais également *« du régime »* concerné.

Par voie de conséquence, les directeurs des organismes nationaux sont donc autorisés à prévoir des conventions concernant des organismes de la branche mais également du régime, ce qui **autorise clairement toute convention inter-branches au sein d'un même régime**.

L'article L. 122-6 élargit par ailleurs le champ des missions pouvant être couvertes par les conventions en l'étendant aux missions et activités liées *« à la gestion des activités de trésorerie »*.

L'article L. 122-7 corrige une erreur matérielle qui figurait à l'article L. 216-2-2 en indiquant que peuvent être déléguées des missions « *ou activités* », ce qui permet d'harmoniser avec l'article L. 122-6. Il précise désormais, « *lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est [alors] signée par les agents comptables des organismes concernés* ».

Enfin ce chapitre II bis est complété par **un article L. 122-8** totalement nouveau, visant à rendre possible la mutualisation entre les organismes de sécurité sociale « *d'une autre branche ou d'un autre régime* » pour des missions similaires à celles figurant aux articles L. 122-6 et L. 122-7. Il exclut ainsi les missions ou activités de traitement des litiges ou de contentieux du champ conventionnel.

L'article L. 122-8 prévoit explicitement les mutualisations inter-branches et inter-régimes via une convention signée par les seuls directeurs des caisses nationales sans intervention des conseils d'administration.

Les autres articles demeurent utiles car ils servent actuellement de base légale aux conventions existantes et qu'ils correspondent aux modes de gouvernance de certaines branches ou régimes.

• Le renforcement de la mutualisation budgétaire et comptable au sein du réseau RSI dans la perspective du projet de fusion des caisses

Face aux difficultés rencontrées et à l'exigence d'une plus grande efficacité, le régime social des indépendants a prévu un projet ambitieux de fusion de ses caisses de base, au sein du projet « Trajectoires 2018 ». Les fusions de caisses sont prévues à l'article L. 611-9 du code de la sécurité sociale.

Dans la perspective des fusions à venir, cet article permet d'anticiper les rapprochements entre les caisses concernées en leur donnant la possibilité d'établir une comptabilité et un budget commun unique.

Il créé, à cet effet, un nouvel article L. 611-9-1 au code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que les caisses de base appelées à fusionner peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité des opérations budgétaires unique.

Lorsque des opérations techniques de prise d'actes juridiques, de service de prestations ou d'exercice des activités concourant à l'accomplissement des missions d'une caisse sont déléguées à une autre caisse, ces opérations peuvent également être intégrées au choix de tenir une comptabilité unique.

Dans ce cas, le directeur de la caisse nationale désigne :

- parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique ;

- parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

---

Le budget unique et le compte unique devront être approuvés par les conseils d'administration de l'ensemble des caisses appelées à fusionner.

Enfin, une convention, signée par les directeurs et agents comptables des caisses appelées à fusionner, approuvée par les conseils d'administration des caisses concernées et validée par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale, permet de mettre en œuvre les modalités de la décision d'établir un budget et une comptabilité uniques.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté une série d'amendements rédactionnels, à l'initiative de son rapporteur ainsi que deux amendements plus substantiels du Gouvernement.

Le premier complète le champ de mutualisation des missions entre les organismes de recouvrement, précisé au III de l'article L. 122-6. En plus des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement, les organismes de recouvrement, au premier rang desquels les Urssaf, pourront mutualiser la mission de gestion des activités de trésorerie.

Le second amendement gouvernemental adopté à cet article complète le chapitre II bis créé par cet article par un article L. 122-9 qui permet de préciser, dans le cadre des mutualisations entre organismes, le partage des responsabilités entre agents comptables. En effet, le régime de responsabilité des agents comptables relève de la loi et ne peut donc être réglé par des stipulations conventionnelles. L'article L. 122-9 dispose donc que :

*« Lorsque l'organisme délégant conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégataire chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégant. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégant et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés ».*

## **III - La position de la commission**

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

Article 59

(art. L. 114-9, L. 114-10, L. 114-11, L. 114-19 du code de la sécurité sociale, L. 724-7, L. 724-11, L. 724-14 et L. 725-15 du code rural et de la pêche maritime)

**Extension, à tous les régimes, de dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude**

**Objet :** *Cet article renforce les dispositifs inter-régimes de lutte contre la fraude sociale, d'une part, en mutualisant la réalisation et l'exploitation des enquêtes, d'autre part, en harmonisant les moyens de lutte contre la fraude.*

**I - Le dispositif proposé**

• La coopération inter-régime dans le domaine de la lutte contre la fraude est limitée par l'état actuel du droit :

L'état actuel de la législation en matière de lutte contre la fraude dans le cadre inter-régimes rencontre deux limites tant au niveau de l'exploitation des contrôles que de leur réalisation.

**L'exploitation d'un contrôle** mené par un organisme de protection sociale, c'est-à-dire la possibilité d'utiliser directement les résultats de ce contrôle pour prendre une décision de sanction ou de pénalité, par un autre organisme, n'est actuellement possible qu'au sein du régime général et ce tant en ce qui concerne le domaine des prestations que celui du recouvrement. Un organisme du régime général détectant un comportement frauduleux peut transmettre ses conclusions à un autre organisme du régime général qui pourra les utiliser. Il ne pourra, en revanche, qu'effectuer un signalement auprès d'un organisme relevant d'un autre régime, ce dernier devant alors mener un contrôle identique pour pouvoir sanctionner, le cas échéant, l'assuré ou le professionnel.

L'étude d'impact du projet de loi illustre cette difficulté de façon éloquente : « *la constatation par une caisse d'allocations familiales (CAF) d'une fraude aux conditions de ressources pour le versement du revenu de solidarité active (RSA) peut être directement exploitée par une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) au titre du versement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). Toutefois, les résultats de l'enquête ne pourront être exploités ni par la mutualité sociale agricole, ni par le régime social des indépendants lorsque le bénéficiaire de la CMU-c relève de l'un de ces deux régimes pour une autre prestation versée sous condition de ressources* ».

De même, **la réalisation des contrôles** nécessite des moyens importants que les régimes, de taille plus réduite que le régime général, n'ont pas toujours les moyens de mettre en œuvre. L'étude d'impact évoque en particulier le niveau d'expertise requis pour la lutte contre la fraude à l'assurance maladie tant auprès des assurés que des professionnels de santé. De même, certains régimes de base de protection sociale, n'ayant pas la

---

qualité d'organisme de protection sociale, ne disposent pas des mêmes prérogatives en matière de contrôle. C'est le cas, par exemple, des régimes dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations qui ne bénéficient pas du droit de communication auprès des opérateurs privés et ne disposent pas d'agents de contrôle assermentés et agréés.

Le régime de la mutualité sociale agricole (MSA) n'est pas non plus en mesure, actuellement, de mener les mêmes contrôles que le régime général. Cet article réunit un ensemble de dispositions concernant spécifiquement la MSA pour aligner ses pouvoirs de contrôle sur le régime général.

• Le dispositif proposé remédie à cette carence en renforçant, d'une part, la mutualisation dans l'exploitation des enquêtes par l'ensemble des régimes et, d'autre part, l'harmonisation sur le régime général des moyens de lutte contre la fraude de la MSA et des régimes spéciaux.

*a) Le I de cet article modifie le chapitre IV ter relatif au contrôle et à la lutte contre la fraude du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la partie législative du code la sécurité sociale.*

Le 1<sup>o</sup> modifie les articles L. 114-9, L. 114-10, L. 114-11 et L. 114-19 pour harmoniser les moyens de contrôle entre tous les régimes de sécurité sociale. L'article L. 114-9 est modifié pour étendre à tous les « organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire » l'ensemble des pouvoirs des directeurs des organismes du régime général en matière de contrôle contre la fraude. Cette extension est opérée également à l'article L. 114-11, qui prévoit désormais un échange d'information entre tous les organismes de sécurité sociale, les services de l'Etat chargés des affaires consulaires et l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger. L'article L. 114-19 est lui aussi modifié en ce sens pour octroyer aux agents de contrôle des organismes de protection sociale, de l'ensemble des régimes, le droit de communication nécessaire au contrôle de la sincérité et l'exactitude des déclarations ainsi que l'authenticité des pièces produites pour le bénéfice d'une prestation.

Le 1<sup>o</sup> et le 2<sup>o</sup> modifient l'article L. 114-10 pour renforcer la mutualisation des moyens de contrôles entre les régimes.

Le 1<sup>o</sup> et le *a* du 2<sup>o</sup> permettent à l'ensemble des régimes, y compris à la MSA sur agrément du ministre chargé de l'agriculture, de bénéficier d'agents de contrôles assermentés et agréés pour procéder aux vérifications dans les mêmes conditions que les agents du régime général.

Les *b* et *c* du 2<sup>o</sup> autorisent l'ensemble des régimes à exploiter directement les résultats d'un contrôle pour procéder à la prononciation d'une éventuelle sanction ou pénalité. Le *b* permet aux agents chargés du contrôle de mener leurs enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale. Le *c* insère un nouvel alinéa renforçant le dispositif de mutualisation :

*« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme, concernant l'attribution des prestations dont il a la charge ».*

Le d du 2° supprime une disposition devenue obsolète.

*b) Le II modifie les chapitres IV et V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, consacrés respectivement aux contrôles et au recouvrement des cotisations et créances.*

Le 1° modifie l'article L. 724-7 pour étendre le pouvoir des agents de contrôle de la MSA aux mesures d'action sanitaire et sociale, au même titre que pour les prestations servies par les quatre branches de la sécurité sociale gérées par le régime agricole.

Le 2° élargit, à l'article L. 724-11, les pouvoirs des agents de contrôle de la MSA pour les harmoniser avec ceux du régime général. Ces agents peuvent interroger, non plus seulement les salariés agricoles, les chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles ou personnes non salariées assimilées, les titulaires d'allocation vieillesse ou de pensions de retraite, les employeurs agricoles, mais l'ensemble des cotisants, des bénéficiaires de prestations, des assurés-sociaux et leurs ayants droit, qui sont tenus de les recevoir.

Enfin le 3° supprime les articles L. 725-14 et L. 725-15 devenus obsolètes.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté une série d'amendements rédactionnels.

## **III - La position de la commission**

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

---

*Article 60**(art. L. 643-11 et L. 645-11 du code de commerce)***Exclusion des sommes indues de fraude sociale des procédures collectives**

*Objet : Cet article vise à étendre, dans le cadre des procédures à l'encontre des dettes professionnelles (liquidation judiciaire ou rétablissement personnel), les situations d'exclusion des possibilités de remise, d'échelonnement ou d'effacement des dettes contractées à l'encontre des organismes de protection sociale à la suite de manœuvres frauduleuses, comme c'est déjà le cas, depuis 2012, pour les procédures de surendettement (dettes personnelles).*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article vise à protéger les créances des organismes de protection sociale lors des procédures de liquidation judiciaire (pour une entreprise employant des salariés) et de rétablissement personnel (pour un travailleur indépendant) sur le modèle de ce qui est pratiqué pour les procédures de surendettement.

• Depuis 2012, dans le cadre d'une procédure de surendettement, les dettes contractées auprès d'un organisme de protection sociale et ayant pour origine une manœuvre frauduleuse, sont exclues de toute remise, rééchelonnement ou effacement.

L'article 116 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012<sup>1</sup> avait en effet modifié l'article L. 333-1 du code de la consommation en ajoutant une troisième catégorie de dettes ne pouvant faire l'objet, de remise, rééchelonnement ou effacement dans le cadre d'une procédure de surendettement : les dettes ayant pour origine des manœuvre frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérées à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale<sup>2</sup>.

Cette catégorie de dettes s'ajoute aux dettes alimentaires et aux réparations pécuniaires allouées aux victimes dans le cadre d'une condamnation pénale.

L'article L. 333-1 précise que l'origine frauduleuse de la dette doit avoir été établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17<sup>3</sup> et L. 162-1-14<sup>4</sup> du code de la sécurité sociale. De même, cet article prévoit également l'exclusion des amendes prononcées dans le cadre d'une condamnation pénale.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

<sup>2</sup> Soit les caisses chargées de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et Pôle emploi.

<sup>3</sup> Qui vise les pénalités prononcées par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse.

<sup>4</sup> Qui concerne les pénalités prononcées par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et de l'organisme servant les prestations d'accident du travail-maladie professionnelle aux professions agricoles.

Cet article permet la mise en œuvre du principe selon lequel une personne ayant frauduleusement bénéficié de prestations sociales ne peut pas s'exonérer du remboursement des indus et des sanctions associées, le cas échéant.

• L'exclusion de cette catégorie de dette à l'encontre des organismes de sécurité sociale des possibilités de remise, d'échelonnement ou d'effacement n'est pas prévu dans le cadre des procédures concernant les dettes d'une entreprise.

Les personnes physiques ou morales exerçant une activité professionnelle peuvent donc bénéficier de ces mesures pour des dettes d'origine frauduleuse, sauf si elles sont établies par une juridiction pénale.

Ainsi, pour reprendre l'exemple éloquent cité par l'étude d'impact<sup>1</sup>, « un transporteur sanitaire qui se rend coupable de facturations frauduleuses à l'assurance maladie peut voir sa dette annulée dans le cadre d'un redressement professionnel ou de l'ouverture d'une procédure collective ».

Les organismes de protection sociale estiment que le montant des indus irrécupérables du fait de l'ouverture d'une procédure de redressement professionnel s'élève à 3,2 millions d'euros.

En protégeant mieux les créances des organismes par l'extension aux procédures collectives de l'exclusion des dettes frauduleuses à toute remise, rééchelonnement ou effacement, le Gouvernement espère recouvrer la moitié de ces indus, soit 1,6 million d'euros par an.

• L'article 60 vise donc à combler cette lacune en modifiant les articles L. 643-11 et L. 645-11 du code de commerce, qui concernent respectivement la procédure de liquidation judiciaire et celle du redressement personnel.

Il introduit un 3° au I de l'article L. 643-11 qui liste les exceptions à la règle selon laquelle le jugement de clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actifs ne fait pas recouvrer aux créanciers l'exercice individuel de leurs actions contre le débiteur. Les deux premières exceptions sont les suivantes :

- les actions portant sur des biens acquis au titre d'une succession ouverte pendant la procédure de liquidation judiciaire ;

- lorsque la créance trouve son origine dans une infraction pour laquelle la culpabilité du débiteur a été établie ou lorsqu'elle porte sur des droits attachés à la personne du créancier.

La troisième exception, introduite par le projet de loi, reprend la même formulation que celle figurant à l'article L. 333-1 pour la procédure de surendettement :

---

<sup>1</sup> p. 412.



---

« 3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code ».

De même, cet article modifie l'article L. 645-11, qui renvoie aux deux premières catégories d'exclusion mentionnées à l'article L. 643-11 pour y inclure la troisième concernant les dettes d'origine frauduleuse à l'encontre des organismes de sécurité sociale.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement de coordination avec l'article 39 du présent projet de loi.

## **III - La position de la commission**

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

### *Article 61*

*(art. L. 8271-6-3 [nouveau] du code du travail ; art. L. 634-3-1 [nouveau], art. L. 642-1, L. 645-1, L. 646-1 et L. 647-1 du code de la sécurité intérieure ; art. L. 313-7 [nouveau] du code du travail applicable à Mayotte ; art. L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale)*

### **Echanges d'informations des organismes de sécurité sociale avec les agents assermentés du Cnaps et les services de renseignement**

*Objet : Cet article vise à permettre un échange d'informations, d'une part, entre les différents agents chargés de lutter contre le travail illégal et les agents du conseil national des activités privées de sécurité (Cnaps), et, d'autre part, entre les organismes de protection sociale et les services de renseignement.*

## **I - Le dispositif proposé**

### **• Echanges d'informations avec les agents assermentés du Cnaps**

Le Conseil national des activités privées de sécurité (Cnaps), créé par la loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI), a notamment pour mission, en application de l'article L. 632-1 du code de la sécurité intérieure, de contrôler les acteurs de la sécurité privée.

Il a été associé à la convention nationale de partenariat pour la lutte contre le travail illégal dans le secteur de la sécurité privée signée le 12 décembre 2012, qui a également été signée par les organisations patronales de la surveillance humaine et les administrations compétentes des ministères du travail, du budget et de l'intérieur. Cette convention, qui vise à lutter contre les différentes formes irrégulières d'emploi dans le secteur, prévoit diverses actions de prévention, de sensibilisation et de signalement, au plan national comme aux niveaux régional et départemental.

Or, en l'état actuel du droit, les agents du Cnaps ne sont pas autorisés à participer aux échanges de renseignements et de documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale. En application de l'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale, cette mission relève en effet de la compétence exclusive des organismes de sécurité sociale, de l'inspection du travail, des services fiscaux et des douanes.

Le présent article propose dès lors d'autoriser explicitement les agents du Cnaps habilités par leur directeur à échanger des informations avec les différents agents chargés de lutter contre le travail illégal, ce qui permettrait d'améliorer la lutte contre la fraude dans un secteur qui, aux termes de l'exposé sommaire du présent article, connaît une proportion non négligeable de situations de travail illégal.

Le **paragraphe I** crée ainsi dans le code du travail un nouvel article L. 8271-6-3 instaurant un droit de communication entre les agents du Cnaps habilités par leur directeur et les différents agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du même code – c'est-à-dire, notamment, les inspecteurs et contrôleurs du travail, les officiers et agents de police judiciaire, les agents des impôts et des douanes, les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole agréés et assermentés, ou encore les administrateurs des affaires maritimes.

Ce droit de communication doit permettre aux agents du Cnaps d'assurer le contrôle des agents du secteur de la sécurité privée et de « *tirer les conséquences d'une situation de travail illégal* ». Il doit parallèlement permettre aux agents mentionnés par l'article L. 1871-1-2 d'assurer leur mission de lutte contre le travail illégal.

Ainsi que l'indique l'évaluation préalable annexée au présent article, cette mesure pourra permettre aux agents contrôleurs du Cnaps de participer à des opérations de contrôle conjointes dans le domaine de la sécurité privée et d'être associés aux comités opérationnels départementaux antifraudes (Codaf)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les comités opérationnels départementaux anti-fraude ont pour mission d'apporter une réponse globale et concertée aux phénomènes de fraude, qu'ils concernent les prélèvements obligatoires ou les prestations sociales. Ils réunissent, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État (police, gendarmerie,

---

Le **paragraphe II** procède en conséquence à plusieurs coordinations dans le livre IV du code de la sécurité intérieure (1°), dont le **paragraphe V** précise qu'elles sont applicables en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna. Le paragraphe II prévoit par ailleurs le régime de l'application de ces dispositions à Mayotte (2°), en Polynésie française (3°), en Nouvelle-Calédonie (4°) et à Wallis-et-Futuna (5°).

Le **paragraphe III** effectue également une coordination dans le code du travail applicable à Mayotte.

- Echanges d'informations avec les services de renseignements

Le présent article modifie par ailleurs le cadre de l'échange d'informations entre les organismes de protection sociale et les services de renseignement. Selon l'évaluation préalable, il s'agit ainsi **de renforcer les contrôles réalisés par ces organismes sur le versement des prestations soumises à condition de résidence** : les signalements des services de renseignement pourraient notamment permettre de connaître les éventuelles dates de sortie du territoire des bénéficiaires de ces prestations sociales.

**Le bénéficiaire des prestations sociales est en effet le plus souvent soumis à une condition de résidence sur le territoire français.** C'est tout d'abord le cas des prestations familiales visées par l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale (prestation d'accueil du jeune enfant -Paje-, allocations familiales, complément familial, allocation de logement, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire et allocation journalière de présence parentale. Sont également concernés le revenu de solidarité active (RSA) ainsi que l'allocation aux adultes handicapés (AAH). A ces prestations principalement liquidées par les caisses d'allocations familiales s'ajoutent les prestations servies par Pôle emploi, et notamment l'allocation de retour à l'emploi (ARE) et les allocations de solidarité (allocation temporaire d'attente - ATA - et allocation de solidarité spécifique - ASS). Ce sera également le cas des prestations maladies à compter de la mise en œuvre de la protection maladie universelle (Puma) prévue par le présent texte.

**La nécessité d'une meilleure coopération entre les organismes de sécurité sociale chargés de la lutte contre les fraudes et les services de renseignement**

*Extraits du rapport d'information (n° 388-2015) du 1<sup>er</sup> avril 2015 de la commission d'enquête sénatoriale sur les moyens de la lutte contre les réseaux djihadistes*

Les djihadistes ayant quitté la France pour se rendre dans la zone de combats se voient [...] suspendre le versement des prestations sociales dont ils étaient bénéficiaires avant le départ, dès lors que celui-ci est connu des services de renseignement et des organismes prestataires. Cette suspension ne s'analyse cependant pas comme une sanction administrative, dans la mesure où elle s'inscrit dans le droit commun de la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Si les administrations et organismes de sécurité sociale ont rapidement mis en œuvre des procédures adaptées, le traitement des cas concernés, au demeurant peu nombreux, pourrait être amélioré par un renforcement de la coopération administrative en matière de signalement.

[...]

Améliorer le repérage des départs par une meilleure coordination entre organismes de sécurité sociale et avec les services de renseignement

Selon les informations fournies à votre commission d'enquête, [les procédures de suspension et de radiation] ont été très tôt appliquées aux cas suspectés ou avérés de départ pour le djihad par l'ensemble des organismes chargés de la liquidation des prestations. Le contrôle de la fraude sociale constitue en effet de longue date une priorité des organismes de sécurité sociale, en raison du caractère d' « *inacceptabilité sociale* » qui lui est attaché.

• La détection des cas concernés résulte d'une **coopération organisée avec les services de renseignement**, qui s'ajoute aux opérations de contrôle périodique d'effectivité de la condition de résidence menées par les organismes de sécurité sociale. Selon les informations transmises à votre commission d'enquête, **un travail d'échange mutuel d'informations et de signalements** de personnes ayant quitté le territoire a été mis en place entre ces services et les opérateurs dès le mois de juillet 2014.

S'agissant en particulier des informations intéressant les prestations servies par les Caf, deux circuits de signalement coexistent : les informations émanant de la DGSI sont transmises en main propre à un agent identifié au sein de la Cnaf ; d'autres signalements sont transmis aux Caf, qui sont associées aux comités opérationnels départementaux anti-fraude (Codaf), par les services régionaux de la DGSI ainsi que les services de police et de gendarmerie. La centralisation de l'information est assurée par la Cnaf. Les modalités des échanges d'informations entre Pôle Emploi et la DGSI ont été formalisées dans une convention passée à la fin de l'année 2012, et qui visait à couvrir le cadre général des cas de fraude. Cette coopération a été renforcée à compter du mois d'octobre 2014.

• Les vérifications effectuées par les opérateurs à partir des indications transmises n'auraient cependant permis à ce jour d'identifier qu'**un très faible nombre d'individus soupçonnés d'avoir quitté le territoire alors qu'ils bénéficiaient effectivement d'une indemnisation en cours**. S'agissant des prestations versées par les Caf, une soixantaine de dossiers seulement auraient fait l'objet d'une suspension ou de radiation à la date du 9 février, pour un peu plus de 500 signalements reçus depuis 2013.

Dans le cas où la prestation versée l'est au bénéficiaire de plusieurs personnes, quand bien même l'allocataire nominatif est effectivement parti pour le djihad, le versement n'est pas nécessairement suspendu. Ainsi qu'il l'a été souligné devant votre commission d'enquête, les droits à prestation des ayants droit sont en effet toujours ouverts, dans la mesure où la suspension ou la radiation ne constitue pas une sanction ; il s'agit en outre d'éviter d'ajouter à la détresse des familles touchées par la radicalisation d'un de leurs membres.

Les **organismes de sécurité sociale** entendus par votre commission d'enquête ont d'ailleurs également insisté sur la **mission d'accompagnement** qui leur incombe lorsqu'une famille doit faire face au départ d'un des siens pour le djihad - épreuve qui serait comparable à un deuil.

- Les responsables des organismes de sécurité sociale entendus par votre commission d'enquête estiment que **les procédures de droit commun de la suspension et de la radiation permettent de réagir rapidement aux cas repérés ou signalés de départ pour le djihad. L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer l'efficacité de la détection des cas frauduleux**, à la fois en interne et par une meilleure coopération entre organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec les acteurs de la police et du renseignement. Un travail d'amélioration des modalités d'échange d'informations est actuellement en cours entre les services du ministère des affaires sociales, la Cnaf et la DGSI, dans le but de parvenir au traitement le plus rapide et le plus efficace des situations où les versements n'ont pas été interrompus alors que le bénéficiaire est parti pour le djihad.

Votre commission d'enquête **insiste sur la nécessité pour les organismes prestataires de procéder régulièrement à des contrôles rigoureux de toute forme de fraude aux prestations sociales**, et de tenir spécifiquement compte des informations transmises par les services de renseignement s'agissant des cas particulièrement sensibles dans lesquels la fraude est liée à un départ pour une zone de djihad.

Le **paragraphe IV** du présent article complète en ce sens l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale, qui, dans sa rédaction actuelle, prévoit une habilitation à l'échange de renseignements entre certains agents de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et des services préfectoraux.

Cet ajout donne la possibilité aux services spécialisés de renseignement<sup>1</sup> ainsi qu'aux services relevant des ministres de la défense, de l'intérieur, de l'économie, du budget ou des douanes et spécialement autorisés par décret en Conseil d'Etat à recourir à certaines techniques de recueil de renseignement de transmettre des informations aux divers agents mentionnés par le code de la sécurité sociale au titre de la lutte contre la fraude.

---

<sup>1</sup> Créés par la loi n° 2015-912 du 24 juillet 2015 relative au renseignement.

Il est précisé que ces échanges doivent porter sur des informations « *strictement utiles à l'accomplissement* » des missions de ces agents. Ils ne peuvent intervenir qu'à la condition qu'ils soient **directement utiles à la poursuite de l'une des finalités** mentionnées par l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure (à savoir l'indépendance nationale, l'intégrité du territoire et la défense nationale ; les intérêts majeurs de la politique étrangère, l'exécution des engagements européens et internationaux de la France et la prévention de toute forme d'ingérence étrangère ; les intérêts économiques, industriels et scientifiques majeurs de la France ; la prévention du terrorisme ; la prévention des atteintes à la forme républicaine des institutions, des actions tendant au maintien ou à la reconstitution de groupements dissous pour des raisons de sécurité intérieure, des violences collectives de nature à porter gravement atteinte à la paix publique ; la prévention de la criminalité et de la délinquance organisées ; la prévention de la prolifération des armes de destruction massive).

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition de son rapporteur, M. Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** à cet article.

Trois d'entre eux sont d'ordre rédactionnel.

Le quatrième vise à préciser que la faculté donnée aux services de renseignement de communiquer des informations aux organismes de sécurité sociale s'intègre dans le cadre général des échanges d'informations entre les services de renseignement et l'ensemble des autorités administratives.

## **III - La position de la commission**

Votre commission se félicite de cette disposition, d'ordre technique certes, mais qui permettra de renforcer la lutte contre la fraude sociale.

Elle souligne que, selon les informations transmises à son rapporteur général, l'assurance maladie a déjà mis en place des procédures ponctuelles de collaboration avec certains services de renseignement. Un protocole d'échanges entre Tracfin et les organismes de protection sociale a ainsi été mis en place en avril 2012 – pour un nombre de signalements pour l'heure limité dans ce cadre (2 en 2013, 2 en 2014, 5 en 2015).

Elle relève que la mesure proposée par le présent article permet de compléter le cadre de la nouvelle protection maladie universelle (Puma), qui est fondée sur le critère de résidence.

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

---

*Article 62 (nouveau)*

*(art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)*

**Elargissement du droit de communication au profit des agents  
des organismes de sécurité sociale aux activités réalisées en ligne**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à renforcer les moyens juridiques mis à la disposition des agents des organismes de sécurité sociale pour lutter contre la fraude sociale au titre d'activités réalisées en ligne.*

**I - Le dispositif proposé**

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale prévoit un « droit de communication » au profit des agents des organismes de sécurité sociale.

Il leur permet d'obtenir, de personnes physiques ou morales, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires à la vérification des conditions d'obtention des prestations de sécurité sociale, au recouvrement et au contrôle des prélèvements sociaux, à la lutte contre le travail dissimulé et au recouvrement des prestations versées indûment.

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à la suite d'un amendement présenté par Gérard Bapt, avec l'avis favorable du Gouvernement, permet de doter les organismes sociaux de moyens de détection des cotisants potentiellement fraudeurs en exerçant un droit de communication portant sur des personnes non identifiées, dans le respect des prescriptions de la loi du 6 janvier 1978 dite « loi informatique et libertés ».

Il constitue le pendant, en matière sociale, de l'article 21 de la loi de finances rectificative pour 2014 visant à lutter contre la fraude fiscale sur Internet.

**II - La position de la commission**

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





---

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mercredi 4 novembre 2015, sous la présidence de M. Gérard Dériot, vice-président, la commission procède à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 128 (2015-2016) de financement de la sécurité sociale pour 2016 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, Mmes Colette Giudicelli, rapporteur pour le secteur médico-social, 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.* – Nos interventions portent sur des sujets arides pour certains, plus familiers pour d'autres, mais nous avons essayé de rendre nos propos aussi clairs et simples que possible.

*Dans la crise des finances publiques que connaît notre pays, les finances sociales sont un enjeu majeur, d'abord en raison du volume des dépenses : 575 milliards d'euros en 2014 pour les administrations de sécurité sociale : sécurité sociale, Cades, Unedic, hôpitaux, retraites complémentaires. L'an dernier, celles-ci ont contribué à établir un nouveau record en matière de prélèvements obligatoires - 44,9 % du PIB - alors que ceux de l'Etat étaient en repli. Surtout, la persistance des déficits sociaux n'est ni justifiable économiquement ni légitime socialement : ce sont des dépenses courantes, à la charge des Français de demain.*

*Fin 2015, la dette des administrations de sécurité sociale devrait atteindre 220 milliards d'euros. La dette portée par la Cades recule de 2,9 milliards mais celle de l'Unedic progresse de 4,2 milliards d'euros, celle des hôpitaux persiste et, chaque année, les régimes de retraite complémentaires puisent dans leurs réserves pour financer leur déficit. En 2016, les administrations de sécurité sociale devraient retrouver l'équilibre, avec un excédent de 1,3 milliard d'euros, contre un déficit de 6,2 milliards en 2015. Ce chiffre comprend toutefois les contributions positives de la Cades et du Fonds de réserve des retraites, sans lesquelles le déficit atteint 14,7 milliards d'euros ; 5 milliards d'euros de dépenses auront été transférés à l'Etat au titre de la compensation du pacte de responsabilité, ce qui augmente le déficit de l'Etat. Le message a été abondamment repris dans la presse : les comptes s'améliorent. J'en ai donné acte aux ministres lors de la commission des comptes. Mais les résultats sont faibles au regard de l'effort en recettes.*

*Sur la période 2012-2014, les prélèvements obligatoires ont augmenté de 0,8 point de PIB et le déficit n'a été réduit que de 0,3 point de PIB, soit moins de 5 milliards d'euros. Durant la crise, tous les pays européens ont d'abord accru leurs dépenses sociales, avant de les réduire. La France a non seulement préservé son système social mais l'a développé, accroissant fortement son niveau de dépenses : 1 milliard d'euros par an, par exemple, pour le seul dispositif carrières longues en matière de retraite.*

*En 2015 s'amorce un changement d'orientation mais les dépenses, déjà dynamiques par nature, sont parvenues à un niveau très élevé. Les dépenses ralentissent et n'augmentent que de 1,1 %, après 2,3 % en 2014, en raison de mesures restrictives sur les prestations : elles se contractent de 1 % sur la branche famille en raison de la modulation des allocations familiales et de la réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), tandis que les effets de la réforme des retraites de 2010, réduits par le dispositif carrières longues, se font néanmoins sentir.*

*Mais le déficit de la branche maladie se maintient à un niveau particulièrement élevé. Selon la ministre, ses réformes en matière de santé se font sans franchise ni déremboursement. Nous constatons donc que les déficits ne se réduisent que là où les assurés ont supporté un effort bien réel : prestations familiales, retraites. Vous en tirerez les conclusions qui s'imposent... Les recettes décélèrent pour augmenter de 1,1 % contre 2,6 % en 2014, grâce au pacte de responsabilité. Les cotisations restent dynamiques en raison de l'augmentation des cotisations de retraite de base et complémentaire, qui forment l'essentiel des recettes nouvelles : 2 milliards d'euros.*

*Pour 2016, le ralentissement se poursuit : la dépense progresserait de 0,5 %, avec le transfert des allocations de logement familiales, et les recettes augmenteraient de 0,3 %. Vous connaissez les principales mesures : modération des pensions, 1 milliard d'euros sur les retraites complémentaires, économies attendues sur l'assurance-chômage, Ondam à 1,75 % contre 2 % en 2015, qui continue de progresser mais moins que l'évolution tendancielle de 3,6 %. Reste à réaliser un volume d'économies équivalent de 3,4 milliards d'euros en 2016.*

*En recettes, l'année 2016 est marquée par la deuxième étape du pacte de responsabilité pour plus de 4 milliards d'euros.*

*Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a un périmètre plus restreint : 480 milliards d'euros, contre 570 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale. Ce n'est pas un budget de la sécurité sociale : nous approuvons des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses pour l'année à venir, sans que cette approbation vaille autorisation des dépenses. C'est à la fois une loi de règlement de la sécurité sociale pour 2014 ; un collectif, avec une amélioration du solde de 800 millions d'euros par rapport aux prévisions ; et une loi de financement pour l'année à venir.*

En 2016, le déficit de l'ensemble régime général et Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 9,7 milliards d'euros. Tous régimes confondus, l'excédent de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) se consolide à 600 millions d'euros, le déficit de la branche famille se réduit à 800 millions d'euros, celui de l'ensemble vieillesse et FSV à 2,8 milliards d'euros tandis que celui de la branche maladie reste très élevé, à 6,2 milliards d'euros. Ces prévisions se fondent sur des hypothèses macro-économiques jugées atteignables par le Haut Conseil des finances publiques : une croissance de 1,5 %, une inflation de 1 % mais une évolution de la masse salariale de 2,8 %, contre 1,7 % en 2015, qui table sur la reprise de l'emploi. Elles se fondent aussi sur des économies restant à confirmer. L'objectif fixé pour la négociation Unedic qui s'ouvre au premier semestre est clair : économiser 800 millions d'euros dès 2016.

Je distinguerais trois mesures. Le projet porte sur la deuxième étape du pacte de responsabilité, pour un montant de 4,1 milliards d'euros de baisse des prélèvements sur les entreprises, après 5,3 milliards d'euros l'an dernier. La baisse d'1 milliard de la contribution sociale de solidarité (C3S) s'applique au 1<sup>er</sup> janvier et la réduction de la cotisation famille au 1<sup>er</sup> avril.

Avec cette réduction de la cotisation famille – payée par les entreprises –, 90 % des salariés font l'objet de mesures d'allègements et de réduction de cotisations. Les allègements changent de nature : il ne s'agit plus seulement de soutenir l'emploi mais de financer autrement la protection sociale en pesant moins sur les salaires. Nous demandons de longue date cette mesure, objet d'un large consensus. Cette évolution est mesurée. Les cotisations sociales représenteront toujours 55 % des recettes en 2016. On peut regretter que la réduction de cotisations famille n'intervienne qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril alors qu'elle avait été annoncée au 1<sup>er</sup> janvier. Le Gouvernement a fait valoir les mesures supplémentaires prises en faveur des entreprises -plus d' 1 milliard d'euros au titre du suramortissement et de la loi croissance et activité : forfait social, Plan d'épargne pour la retraite collectif (Perco)... - même si elles n'ont pas été présentées comme alternatives au pacte de responsabilité. Pour financer ce milliard supplémentaire, faut-il augmenter les prélèvements, que la mesure à financer vise à réduire, ou réduire les dépenses et, dans ce cas, lesquelles ? Je ne vous proposerai pas d'amendement sur ce calendrier des allègements.

Les redéploiements de recettes – la tuyauterie classique du PLFSS – prennent cette année une ampleur particulière. Le Gouvernement propose une solution pour se mettre en conformité avec l'arrêt de Ruyter de la Cour de justice de l'Union européenne : un ressortissant néerlandais, résident fiscal en France mais affilié à la sécurité sociale aux Pays-Bas, contestait le paiement des prélèvements sociaux français sur des revenus du capital d'origine néerlandaise. Selon la Cour de justice, ces prélèvements présentaient un lien direct et pertinent avec le financement de la sécurité sociale, alors que M. de Ruyter n'était pas affilié à la sécurité française et n'avait donc pas, selon la Cour, à y être soumis. Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital – CSG, CRDS, prélèvement de solidarité, contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) – dont la Cour des comptes réclamait la fusion, ont la même assiette et représentent un rendement de 18 milliards d'euros. Le produit des prélèvements sur les non-affiliés représenterait

entre 250 et 300 millions d'euros. Pour se mettre en conformité avec l'arrêt de la Cour de justice, le Gouvernement a affecté le produit de ces prélèvements au FSV au titre des prestations non-contributives, à la Cades et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette solution me paraît fragile, la Cour excluant une affectation à la sécurité sociale ou à l'apurement de sa dette ; en outre, dans le règlement communautaire de 1971, la distinction entre prestations contributives et non-contributives n'est pas si claire. J'aurais préféré que ces recettes soient affectées à l'Etat mais une telle solution se heurte à l'article 40... C'est pourquoi je ne vous ai proposé à l'article 15 du projet de loi que des modifications plus ponctuelles.

L'article 17 anticipe le calendrier de transfert de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) à la Cades. Cette mesure de bonne gestion laisse entière la question du stock de dette que les déficits alimentent chaque année : d'ici à la fin de la période couverte par la programmation, une dette de plus de 30 milliards d'euros sera reconstituée à l'Acoss. La décision, douloureuse, devra être prise en 2017 : reporter la dette sur les générations futures ou augmenter la CRDS pour l'amortir ?

L'annexe B du projet de loi sur la programmation pluriannuelle ne comporte que très peu d'éléments au-delà de 2016 et rien sur l'Ondam, ce qui n'est pas conforme aux dispositions organiques. Un retour à l'équilibre différé est prévu après 2019, malgré des hypothèses d'évolution de la masse salariale comparables à celle d'avant la crise, de l'ordre de 3,1 % en 2017, 3,7 % en 2018, 3,8 % en 2019.

Je vous propose d'adopter la première partie et la deuxième partie relative aux comptes 2014 et 2015, sans pour autant approuver la politique menée. Il s'agit d'un exercice clos et dûment certifié, et de l'exercice en cours, presque achevé. En revanche, nous ne pouvons pas adopter les équilibres généraux 2016, non pas tant en raison du contenu de ce texte – juxtaposition de mesures assez techniques dont plusieurs vont d'ailleurs dans le bon sens – mais plutôt faute d'y trouver des mesures fortes, notamment sur l'assurance maladie et la vieillesse, propres à ramener l'équilibre à court terme et à consolider, dans la durée, une solidarité qui doit se réformer. De même pour les amendements : pas de nouveau prélèvement mais pas de pertes de recettes supplémentaires qui creuseraient encore le déficit. Je recommande à la commission un avis favorable à l'adoption de ce projet de loi ainsi amendé.

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure pour la branche famille.** – La réduction du déficit de la sécurité sociale se retrouve dans les comptes de la branche famille. Son déficit devrait s'établir à 1,6 milliard d'euros en 2015, soit 700 millions de mieux que l'objectif initial ; le projet de loi de financement prévoit qu'il serait ramené à 800 millions d'euros en 2016, soit près de 2 milliards d'euros de moindre déficit en deux ans. On ne peut que se réjouir de cette trajectoire, le retour à l'équilibre de la branche famille, désormais prévu à l'horizon 2018, étant une condition de la pérennité de la politique familiale.

*Le creusement du déficit de la branche famille avait été largement lié à une conjoncture économique exceptionnelle. Si le retour annoncé de la croissance se fait attendre, la faiblesse de l'inflation et, à titre marginal, un ralentissement de la natalité, freinent l'évolution spontanée des charges de la branche. Mais ces facteurs conjoncturels n'expliquent qu'une part du recul de son déficit, qui résulte surtout d'une action sur les dépenses. Le Gouvernement a ainsi décalé le versement de la prime à la naissance du septième mois de grossesse au deuxième mois après la naissance. Outre qu'il existe un doute sur la légalité de cette mesure, cette économie est très artificielle puisque les 200 millions d'euros non dépensés en 2015 sont reportés sur 2016. Par ailleurs, la loi de financement pour 2015 a décidé la modulation des allocations familiales, effective depuis le 1<sup>er</sup> juillet dernier, qui a représenté une économie d'environ 400 millions d'euros au second semestre, mesure à laquelle le Sénat s'était fermement opposé. Ces deux mesures expliquent une large part de la réduction du déficit de la branche entre 2014 et 2015 ainsi que l'essentiel de la baisse tendancielle prévue en 2016, puisque le déficit se réduirait spontanément de 400 millions d'euros – soit l'équivalent de l'économie liée à la montée en charge, en année pleine, de la modulation des allocations familiales. C'est pourquoi je vous proposerai de ne pas accepter l'objectif de dépenses prévu par le projet de loi.*

*Les mesures du volet famille du projet de loi de financement, dont l'ampleur est limitée, n'auront pas d'impact significatif sur le solde de la branche. La modification des modalités de revalorisation annuelle des prestations sociales entraînera toutefois une moindre dépense ponctuelle de 400 millions d'euros pour l'année 2016, dont 200 millions d'euros pour la branche famille. Cette mesure explique la moitié de la différence entre le solde qu'atteindrait spontanément la branche -un déficit de 1,2 milliard- et la cible retenue de 0,8 milliard. L'autre moitié résulte d'une vaste réaffectation de recettes fiscales entre les différentes branches, sans correspondre à des mesures d'économies. Les allègements de cotisations sur les bas salaires prévus par le pacte de compétitivité n'entreront finalement en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> avril 2016. La perte de recettes pour la branche sera donc plus élevée d'environ 1 milliard d'euros en année pleine à partir de 2017, et de nouvelles recettes devront être trouvées si la trajectoire de retour à l'équilibre doit être respectée.*

*Bref, si le déficit de la branche devrait se réduire de 2 milliards d'euros en deux ans, c'est principalement sous l'effet de la baisse notable des prestations servies aux familles et de mesures de tuyauterie et de trésorerie qui ne représentent pas d'économies réelles.*

*Sur l'année 2016, l'impact des mesures d'économie sociales et fiscales prises depuis 2012 représenteront, selon le Gouvernement, plus de 1,8 milliard d'euros. Alors que la politique familiale repose sur la solidarité entre les personnes sans enfants et les familles, seules ces dernières ont été mises à contribution. Si certaines mesures viennent en aide aux familles les plus modestes, ces augmentations ciblées de prestations sont sans commune mesure avec les économies réalisées : la politique familiale devient certes plus redistributive, mais sous l'effet d'une restriction de l'effort global en faveur des familles.*

*La modulation des allocations familiales, seules prestations réellement universelles, modifie radicalement la nature de la politique familiale conçue en France il y a exactement 70 ans. Alors que cette politique a pour but de compenser la charge représentée par l'éducation d'un enfant – chaque enfant devant bénéficier de la même aide de la part de la Nation – la politique familiale devient une politique de soutien aux revenus, les prestations familiales s'ajoutant aux minimas sociaux. Cette évolution n'est pas assumée et n'a fait l'objet d'aucune concertation. Elle est rejetée par l'ensemble des associations familiales, qui ont exprimé leur attachement à l'universalité de la politique familiale.*

*Guidée par des considérations purement financières, cette évolution est inquiétante. Si la politique familiale ne consiste qu'en une politique de soutien aux revenus les plus modestes et que les enfants des familles des classes moyennes ou plus aisées n'ont pas vocation à bénéficier de prestations sociales, qu'est-ce qui s'opposera, demain, à une modulation des remboursements de soins par l'assurance maladie ? Ne pourrait-on étendre cette logique aux services publics et remettre en cause leur gratuité ? Ces évolutions semblent impensables à court terme, mais il y a un an, le Gouvernement excluait toute remise en cause de l'universalité des allocations familiales...*

*En accentuant la distinction entre ceux qui, par l'impôt et par les cotisations, participent à la solidarité nationale et reçoivent de moins en moins en retour et ceux qui, à l'inverse, bénéficient des prestations en raison de leurs difficultés socio-économiques, on risque de voir se déliter l'adhésion de nos concitoyens à notre modèle social.*

*En 2016, les mesures prévues par le projet de loi de financement n'ont pas d'effet significatif sur le solde et pourront être adoptées sans grande difficulté. Je salue toutefois la généralisation du dispositif de garantie contre les impayés de pensions alimentaires (Gipa), mis en place à titre expérimental par la loi du 4 août 2014, qui aidera les parents isolés –des femmes dans la plupart des cas- particulièrement exposés à la précarité voire à la pauvreté.*

*Le Gouvernement a fait de l'accueil des jeunes enfants un axe important de sa politique en faveur des familles, en fixant des objectifs ambitieux de création de places d'accueil individuel et collectif et de progression de la scolarisation à deux ans. En 2013 et 2014, le taux de réalisation n'atteint que 19 % des objectifs fixés. Le nombre de solutions d'accueil individuel a même régressé de plus de 8 000 places en deux ans alors qu'il était censé progresser de 40 000 places. Compte tenu de la situation financière des communes et de la ponction réalisée sur le fonds national d'action sociale, comment le retard accumulé pourra-t-il être rattrapé ? Or l'accueil des jeunes enfants représente un enjeu majeur pour les familles et notamment pour l'insertion professionnelle des femmes. Il faut faire de réels efforts.*

**M. Gérard Roche, rapporteur pour la branche vieillesse.** – *Disons-le : le volet relatif à l'assurance vieillesse de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale manque le coche. Alors que les partenaires sociaux mettent sur pied un accord majeur pour l'avenir des retraites complémentaires, le Gouvernement se félicite d'un équilibre de façade des seuls régimes de base et ne propose, cette année encore, aucune mesure permettant d'améliorer les perspectives financières de long*

terme de notre système de retraites. À législation constante, la seule voie pour équilibrer le solde financier du système de retraite à l'horizon 2040 serait des gains de productivité proches de 2 % par an et un taux de chômage inférieur à 4,5 % ! Ces conditions étant impossibles à court terme, le Gouvernement devrait envisager des mesures ambitieuses, qui auraient facilité la tâche des partenaires sociaux. Or il n'en est rien.

L'année dernière, notre commission avait courageusement tiré la sonnette d'alarme en proposant un report de l'âge légal – seul levier nous donnant des marges de manœuvre – à 64 ans et de l'âge d'annulation de la décote à 69 ans. Je vous proposerai un dispositif de plus court terme pour accompagner les partenaires sociaux – que le Premier ministre se borne à saluer – dans la voie courageuse qu'ils ont empruntée avec un dispositif astucieux de coefficients temporaires permettant de reporter à 63 ans, au minimum, l'âge de départ pour disposer de la totalité de sa retraite complémentaire.

**Mme Laurence Cohen.** – Voilà ! C'est dit !

**M. Gérard Roche, rapporteur.** – La branche vieillesse ne sera pas en équilibre en 2016, c'est un équilibre de façade qui nous est présenté. En incluant le déficit du FSV, le déficit de la branche devrait atteindre 2,8 milliards d'euros, certes en recul par rapport aux 5,5 milliards d'euros de déficit de 2014 ou aux 4 milliards d'euros de déficit de 2015. Seuls les régimes de base dégageront en 2016 un excédent de 900 millions d'euros, une première depuis onze ans, bonne nouvelle que j'ai saluée lors de l'audition de la ministre.

Cet équilibre résulte d'une conjoncture rare : les recettes, qui atteindront 228,7 milliards d'euros en 2016, sont plus dynamiques que les dépenses qui s'élèveront à 227,8 milliards, résultat de l'effet conjugué des réformes de 2012-2014 sur les recettes et surtout de la réforme de 2010 sur les dépenses.

La hausse des taux de cotisation patronal et salarial d'assurance vieillesse, décidée par le décret du 2 juillet 2012 et la loi du 20 janvier 2014, dégagera un surplus de recettes de 2 milliards d'euros en 2016. Le taux de cotisation vieillesse, qui sera porté à 17,75 % en 2017 contre 16,65 % en 2012, pèse cependant sur les salaires, au détriment de notre compétitivité.

La moindre dynamique des dépenses repose sur la faiblesse conjoncturelle de l'inflation, sur laquelle sont indexées les pensions depuis 1993, et surtout sur la réforme de 2010 qui a reporté l'âge légal de départ à 62 ans, décalant l'âge effectif moyen de départ à la retraite de 18 mois en moyenne pour les générations nées après 1960, selon une étude récente de la Drees. En 2016, la réforme de 2010 dégagerait une économie de 5,1 milliards d'euros, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale. Las, le Gouvernement a décidé, au lendemain des élections de 2012, de considérablement élargir le dispositif des carrières longues, ce qui atténue très fortement ce résultat. En 2016, 184 000 départs anticipés devraient être enregistrés au lieu des 100 000 départs qui l'auraient été sous la législation de 2010, pour un surcoût de 1 milliard d'euros sur les 3 milliards que coûtera le dispositif.

*On pourrait se réjouir de l'équilibre annoncée par la ministre, s'il n'était de façade : le déficit du FSV se maintient à un niveau très élevé, le chômage de masse persistant. Apparue au cœur de la crise en 2009 et s'élevant à 3,2 milliards d'euros, ce déficit n'a jamais diminué depuis, fluctuant entre 3 et 4 milliards d'euros chaque année. Il s'est aggravé en 2015 (3,8 milliards d'euros) et restera à 3,7 milliards en 2016.*

*Selon les prévisions triennales d'évolution, le solde des régimes de base devrait redevenir négatif dès 2019. Et ce n'est pas l'allongement de la durée de cotisation, de 41,5 à 43 annuités à partir de 2035, prévu par la loi de 2014, qui devrait modifier cette tendance à court terme : elle ne produira des effets positifs qu'à partir de 2035 ou 2040. La branche vieillesse est donc en déséquilibre, certes en retrait, mais persistant. Je souhaite toujours que les comptes du FSV ne soient plus présentés à part mais directement intégrés aux comptes de l'assurance vieillesse. Ils gagneraient en clarté et donc en sincérité. Au nom de cette sincérité, je vous inviterai à rejeter les articles présentant les objectifs de dépenses de la branche vieillesse (article 36) et du FSV (article 56), qui devraient être confondus.*

*Tant le législateur pour les régimes de base que les partenaires sociaux pour les régimes complémentaires doivent prendre des mesures courageuses. Avec le projet d'accord sur l'Agirc-Arrco, les partenaires sociaux sont sur la bonne voie. Les réserves financières des deux régimes étant menacées, ils ont pris des mesures dites paramétriques applicables dès 2016 : poursuite de la sous-indexation des pensions, hausse du prix d'achat du point Agirc-Arrco, extension de la cotisation pour l'Association de gestion du fonds de financement des retraites complémentaires avant 65 ans... Ils ont engagé des réformes structurelles qui entreront en vigueur à partir de 2019 et devraient porter leurs fruits à plus long terme, comme la mise en place d'un nouveau régime unifié, qui devrait atteindre l'objectif de 300 millions d'économies de gestion par an et qui reposera sur un pilotage rénové.*

*Les partenaires sociaux ont surtout élaboré un astucieux dispositif de coefficients temporaires permettant une décote ou une surcote du montant de retraite complémentaire en fonction d'un nouvel âge pivot de départ à la retraite, correspondant à l'âge du taux plein du régime de base augmenté d'un an. Ce dispositif incitera les salariés du secteur privé à retarder d'un an leur départ à la retraite par rapport à l'âge auquel ils auraient pu prétendre au taux plein afin de bénéficier d'une retraite complémentaire complète. Les 30 % de salariés non assujettis à la CSG devraient en être exonérés. La décote sur la retraite complémentaire en cas de départ l'année d'obtention du taux plein entraînerait une perte de 40 à 50 euros par mois pendant les trois premières années. Ce mécanisme, allié à la remontée progressive de la durée de cotisation, repoussera de facto l'âge de départ à la retraite des salariés du privé à 63 ans.*

*L'accord réintroduira donc une disparité entre le secteur privé et le secteur public : les fonctionnaires, couverts par des régimes uniques versant des pensions de base et complémentaires, pourront continuer à partir dès 62 ans tout en bénéficiant d'une retraite complète. Cette nouvelle inégalité va à l'encontre de la réforme de 2003 qui avait aligné les régimes des fonctionnaires sur les régimes salariés. C'est inacceptable. Puisque le Gouvernement ne tire aucune conséquence de cette*



*perspective d'accord, je vous propose un amendement qui reporte l'âge légal de départ à la retraite d'un an, pour le porter à 63 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1957. Il maintient l'âge d'annulation de la décote à 67 ans. Selon les statistiques du régime général, le flux de personnes liquidant leur retraite à 67 ans est faible -moins de 10 %- et ne concerne que des petites pensions bénéficiant à des personnes aux carrières incomplètes. La règle imposant un écart de cinq ans entre l'âge légal et l'âge du taux plein n'est pas intangible : elle avait été fixée lors de l'abaissement de l'âge légal de 65 à 60 ans.*

*L'impact de cette mesure sur la génération née en 1957 pourrait être amoindri pour les salariés bénéficiant de points acquis au titre de la pénibilité. Un travailleur exposé à plus d'un des quatre facteurs de pénibilité entrés en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 pourrait avoir cumulé au 1<sup>er</sup> janvier 2019 suffisamment de points pour avancer son départ de trois trimestres, et ne travaillerait que trois mois de plus si mon amendement était adopté. Je me félicite de la simplification de la mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité, que j'ai évoquée avec Michel de Virville.*

*Mon amendement ne prétend pas résoudre la question du financement des retraites sur le moyen et le long terme, qui figurera très vraisemblablement en bonne place dans le débat présidentiel de 2017. C'est une mesure équilibrée et transitoire qui s'inscrit dans le prolongement de la réforme de 2010 en poursuivant au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2017 le report de l'âge légal. Elle devrait rassembler tous ceux qui veulent restaurer durablement l'équilibre de notre système des retraites. Il y a urgence à trouver une solution durable. J'espère que cet amendement et le débat qu'il suscitera pourront y contribuer. Je vous propose de voter ce texte amendé par vos rapporteurs.*

**M. Gérard Dériot, président, rapporteur pour la branche AT-MP.** – *Le projet de loi de financement prévoit pour la branche AT-MP un excédent de 525 millions d'euros en 2016. C'est encourageant ! Le retour aux excédents, après quatre exercices déficitaires, est un retour à la normale : le financement de la branche est assuré presque intégralement par les cotisations des employeurs ; il repose sur un mécanisme assurantiel qui doit en principe garantir son équilibre structurel.*

*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. La baisse tendancielle de la sinistralité ne s'est pas démentie récemment. Des évolutions contrastées se profilent néanmoins en fonction du type de risque considéré. Pour la première fois en 2014, le nombre d'accidents du travail est passé sous la barre des 900 000. Ce chiffre reste considérable mais il a diminué de près de 21 % en sept ans, grâce aux efforts de prévention des employeurs, à la réduction du poids du secteur industriel, le plus accidentogène, dans l'économie et au ralentissement de l'activité. Le nombre d'accidents de trajet a été ramené de 125 000 en 2008 à 119 000 en 2014, malgré une légère remontée en fin de période. Cette évolution est au moins partiellement liée à l'amélioration de la sécurité routière.*

*Le nombre de maladies professionnelles a connu un pic en 2011 avant d'amorcer une légère descente, pour se stabiliser aujourd'hui à environ 68 000 et demeurer largement supérieur aux niveaux observés au début des années 2000. Cette croissance est portée par celle des troubles musculo-squelettiques, dont la part est passée de 26 % en 1990 à 87 % en 2014. Les pathologies dues à l'amiante*

représentent 7 %. Les maladies professionnelles reconnues sur le fondement des procédures dérogatoires par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) ont fortement progressé : les troubles psycho-sociaux ont été les plus nombreux en 2014, avec 693 demandes. En l'espace de quatre ans, le nombre d'avis favorables s'est accru de 73 % pour les dépressions et de 13 % pour les troubles anxieux, résultat en partie d'une interprétation plus souple du Gouvernement des règles d'appréciation de l'incapacité permanente.

Malgré cet assouplissement, la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une pathologie psychique demeure difficile. Il n'est pas toujours évident d'imputer un burn-out aux seules conditions de travail et on manque d'indicateur précis pour déterminer le degré d'incapacité. Le rapport que le Gouvernement rendra l'an prochain en application de la loi de 2015 relative au dialogue social et à l'emploi nous apportera, je l'espère, des éléments d'appréciation sur la possibilité d'intégrer les affections psychiques dans un tableau de maladies professionnelles ou d'abaisser le seuil d'incapacité permanente requis, comme nous le préconisons avec Jean-Pierre Godefroy dans notre rapport sur le mal-être au travail.

Je réitère les deux réserves que notre commission avait formulées l'année dernière sur les autres dépenses de la branche AT-MP, principalement des charges de transfert. L'activité du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) connaît depuis 2013 un rythme soutenu : il a augmenté le nombre d'offres tout en raccourcissant les délais de réponse, ce qui justifie l'effort en sa faveur : pour 2016, la dotation au Fiva s'élève à 430 millions d'euros, en hausse de 13 % par rapport à 2015. Si cela lui permettra d'indemniser les victimes de l'amiante, nous regrettons, une nouvelle fois, le désengagement dont fait preuve l'Etat. Depuis sa création, le Fiva a été doté de 4,74 milliards d'euros, dont 4,3 milliards en provenance de la branche AT-MP. Comme l'an dernier, le projet de loi de finances prévoit une dotation complémentaire de l'Etat de 10 millions d'euros, soit environ un cinquième du montant des participations assurées avant 2013. La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime un engagement de l'Etat à hauteur d'un tiers du budget du Fiva ; on en est loin !

La situation budgétaire du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) n'appelle pas de remarques particulières : compte tenu de la baisse du nombre d'allocataires, la réduction tendancielle de ses dépenses se poursuit. S'agissant de l'ouverture d'une nouvelle voie d'accès individuelle à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata), le récent rapport du Gouvernement identifie deux obstacles : les difficultés d'évaluation de l'exposition individuelle à l'amiante tout au long du parcours professionnel et la rupture d'égalité que risque de générer la mise en place de conditions d'accès différentes par rapport au dispositif collectif actuel. Si des conditions minimales d'exposition ou un relèvement de l'âge d'entrée dans le dispositif étaient prévues, elles devraient être étendues au dispositif collectif actuel. Il est donc peu probable que le Gouvernement s'engage dans cette réforme et il me semble peu opportun de remettre en cause le dispositif collectif, dont 4 000 nouvelles personnes bénéficient encore chaque année. Nous nous réjouissons de l'élargissement du dispositif de l'Acaata à l'ensemble des fonctionnaires et contractuels de droit public prévu par la loi de finances pour 2016, mesure très attendue.

*Je suis également réservé sur le versement annuel de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le projet de loi de financement pour 2016 reconduit la dotation de 1 milliard d'euros, arrêtée l'année dernière, contre 300 millions en 2002. Je m'interroge sur la progression incessante de ce versement, entièrement supporté par la part mutualisée des dépenses de la branche. Quelle est la réalité des efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration, sans parler des modalités d'évaluation de ce phénomène ? Le caractère automatique de ce versement ne doit pas exonérer d'un débat de fond sur les causes de la sous-déclaration et sur les actions à mener pour la circonscrire.*

*Le projet de loi de financement pour 2016 ne comporte aucune mesure nouvelle de couverture du risque AT-MP ; seuls les traditionnels articles d'équilibre y figurent. Selon la direction des risques professionnels de la Cnam, la trajectoire excédentaire de la branche lui permettrait de rembourser l'intégralité de sa dette dès l'année prochaine, grâce à l'ajustement régulier des taux de cotisation et le maintien d'un dialogue social de qualité en son sein. Nous pourrions nous en réjouir si les efforts de renforcement de la logique assurantielle et préventive de la branche, via la réforme de la tarification, n'étaient contrariés par la mise en place de nouvelles dépenses de transfert. L'annexe B prévoit en effet un transfert de cotisations de 0,05 point de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général, ce qui ponctionnerait l'excédent de la branche AT-MP d'un demi-milliard d'euros en 2016 et 2017.*

*En vertu de l'accord du 30 octobre sur les retraites complémentaires, la hausse des cotisations de retraite des employeurs pourrait être compensée par une baisse des cotisations de la branche AT-MP à hauteur de 700 millions d'euros à compter de 2019. Faute d'information sur l'échelonnement et l'ampleur de la baisse, nous devons interroger le Gouvernement. Nous ne pouvons-nous satisfaire de telles opérations comptables ni des raisons avancées pour les justifier. Elles amoindrissent la portée des leviers sur lesquels il est permis de jouer pour renforcer l'incitation à la prévention auprès des employeurs.*

*La part des dépenses mutualisées n'a cessé d'augmenter dans le calcul du taux des cotisations employeurs. Une fraction importante de ces dépenses résulte des transferts, qui représentent près de 20 % des charges de la branche. Par construction, la partie variable des taux de cotisation, liée à la sinistralité propre de l'entreprise, est de plus en plus limitée. Or la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat à la Cnam pour 2014-2017 et le troisième plan « Santé au travail » pour 2015-2019 réaffirment la priorité donnée à la prévention. La branche a entrepris de nombreux travaux en ce sens, dont la poursuite de la réforme de la tarification. L'accroissement significatif des transferts prévus par le projet de loi de financement ne s'inscrit pas dans cette perspective, au contraire. J'invite la commission à ne pas adopter les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2016.*

**Mme Colette Giudicelli, rapporteure pour le secteur médico-social.** – *Comme les années précédentes, l'enveloppe allouée au financement des établissements et services pour personnes âgées et handicapées devrait connaître une progression plus soutenue que celle de l'Ondam. L'Ondam médico-social devrait en effet s'établir à 18,2 milliards en 2016, en hausse de 1,9 %, contre 1,75 % pour*

*l'Ondam. Ce constat traduit un effort louable mais mérite d'être nuancé. En premier lieu parce que, depuis l'exercice 2013, où la progression de l'Ondam médico-social avait été fixée à 4 %, celle-ci n'a cessé de connaître une décélération qui inquiète les acteurs de terrain, a fortiori dans un contexte de réforme de la tarification et de généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) qui sera nécessairement source de bouleversements.*

*En second lieu parce que, chaque année, le secteur médico-social contribue très largement à l'effort de régulation des dépenses d'assurance maladie. En 2015, 185 millions ont été gelés au cours de l'exercice budgétaire, dont 85 millions définitivement annulés. Au final, le secteur médico-social porte à lui seul 23 % de l'effort de régulation des dépenses d'assurance maladie alors qu'il ne représente qu'environ 10 % du total de ces dépenses.*

*Comme chaque année, l'Ondam médico-social sera abondé par d'autres ressources, fixées par voie réglementaire, pour former l'objectif global de dépenses (OGD), géré par la CNSA. En 2016, il devrait ainsi être complété à hauteur de 1,2 milliard d'euros par une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de 113 millions d'euros de droits sur les tabacs et de 110 millions d'euros par un prélèvement sur les réserves de la CNSA. L'OGD s'établirait donc à 19,5 milliards, en augmentation de 2,1 %.*

*Au total, 405 millions d'euros de moyens supplémentaires doivent être alloués aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées. Au-delà du renforcement des moyens existants, 150 millions d'euros seront consacrés à des créations de places, 100 millions d'euros à la poursuite de la médicalisation des Ehpad et 10 millions d'euros à l'intégration, au sein d'une même enveloppe, de l'ensemble des dépenses de soins en Ehpad.*

*Lors de son audition, Mme Marisol Touraine a annoncé vouloir dégager une enveloppe de 15 millions d'euros pour débloquer la situation de familles qui, faute de solutions d'accueil adaptées, sont contraintes de se tourner vers la Belgique.*

*Je suis attentive à cette question qui touche environ 4 500 adultes et 1 500 enfants, dont la France continue de financer la prise en charge sans être en mesure de leur offrir une solution d'accueil sur le territoire. Ce n'est pas acceptable. Au-delà des créations de places, nous devons améliorer l'orientation dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Le Gouvernement a proposé une mesure en ce sens dans le projet de loi santé, acceptée par le Sénat en première lecture. Il conviendra d'être particulièrement attentif à sa mise en œuvre.*

*Deux articles concernent plus spécifiquement le secteur médico-social. L'article 46 prévoit le transfert vers l'assurance maladie du financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (Esat). Cette mesure, applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2017, est présentée comme indispensable au bon pilotage par les ARS des financements alloués aux structures pour personnes handicapées. Cela n'a été contredit par aucune des associations et fédérations que j'ai rencontrées ; elles ont cependant exprimé des craintes, car si le principe du transfert est acté, la définition de ses modalités de mise en œuvre financière est renvoyée à la loi de financement pour 2017. Or deux scénarios très*

différents sont envisagés. Le plus logique voudrait qu'en 2017, l'Ondam médico-social soit abondé à hauteur de 1,5 milliard d'euros, ce qui correspond aux financements alloués par l'Etat pour le fonctionnement des Esat. L'Ondam médico-social connaîtrait donc une augmentation très dynamique correspondant à un changement de périmètre. Le deuxième scénario, plus problématique, consisterait à financer en partie ce transfert en faisant appel aux ressources propres de la CNSA – au détriment de la compensation des dépenses d'APA et de PCH. Pour le moment, le Gouvernement lui-même ne semble pas savoir dans quelles conditions financières va s'opérer ce transfert. Il me semble malgré tout important d'alerter sur ce point afin que le transfert des Esat s'opère dans des conditions acceptables.

Une autre crainte concerne la cohérence, à terme, de la réforme proposée. Il est sans doute souhaitable d'aller vers plus de fongibilité dans la gestion par les ARS des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, mais les Esat occupent une place à part. Si l'Etat finance leurs dépenses de fonctionnement, il garantit également un niveau minimum de rémunération aux travailleurs concernés avec l'enveloppe d'aide au poste de 1,3 milliard d'euros. Transférer cette enveloppe à l'assurance maladie n'aurait pas de sens dans la mesure où il ne s'agit pas d'un élément de la tarification des Esat. Pour autant, le niveau de l'aide au poste est lié au nombre de places en Esat et, partant, à leurs dépenses de fonctionnement. Dès 2017, les deux enveloppes -dépenses de fonctionnement et aide au poste- seront placées sous la responsabilité de deux financeurs différents, assurance maladie et Etat. Rien ne garantit qu'elles évoluent, à l'avenir, dans les mêmes proportions.

L'article 47 prévoit la généralisation des Cpom dans les établissements et services pour personnes handicapées, lorsqu'ils sont tarifés par le directeur général de l'ARS. Jusqu'à présent facultatifs, ces contrats n'ont été, de fait, signés que par une minorité d'établissements. Leur généralisation ne soulève pas d'opposition particulière chez les acteurs du secteur ; elle donnera une visibilité pluriannuelle aux structures concernées et assurera le passage en dotation globale des établissements et services qui sont encore tarifés au prix de journée. La conclusion des Cpom devrait s'effectuer sur une période de six ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 dans des conditions définies par les ARS et les présidents de conseils départementaux, échelonnement indispensable pour permettre aux structures de s'y préparer.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Je reprends la parole en tant que rapporteur pour l'assurance maladie. Le projet de loi de financement comporte près de trente articles relatifs à l'assurance maladie, dont douze insérés par l'Assemblée nationale. Les sujets sont nombreux et certains ont déjà été abordés à l'occasion du projet de loi relatif à la santé : contraception, filière visuelle, prévention de l'obésité, permanence des soins, régulation de l'installation des professionnels de santé non-médecins... Sur ces sujets, les mesures du projet de loi de financement présentent essentiellement des enjeux techniques. Toutefois, l'article 44 pérennise l'expérimentation conduite par l'ARS Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires : des solutions existent donc.

---

*La mesure principale est incontestablement la protection universelle d'assurance maladie (Puma) prévue par l'article 39. Derrière ce nom se cache une réforme administrative d'ampleur pour les caisses puisqu'il s'agit de les obliger à garder parmi leurs affiliés les personnes bénéficiant de la couverture universelle de base pour la maladie. Concrètement, le droit à la prise en charge des frais de santé au travers des prestations en nature de l'assurance maladie sera garanti à toute personne majeure résidant durablement et légalement en France, sans condition supplémentaire. Le droit aux prestations en espèces, c'est-à-dire aux indemnités journalières, restera régi par les règles propres à chaque régime. Afin de mettre en place cette mesure, la notion d'ayant droit majeur disparaît et se trouve remplacée par une affiliation directe au régime. Les mineurs restent ayants droit de l'un ou l'autre de leurs parents.*

*Sur le principe, on ne peut qu'approuver une mesure qui devrait simplifier la vie des assurés sociaux. Je m'interroge cependant sur ses modalités de mise en œuvre : l'ampleur de la tâche à accomplir par les différents régimes et les administrations en matière informatique et réglementaire apparaît considérable. Le directeur général de la Cnam nous a ainsi indiqué que le régime général compte quatre millions d'ayants droit majeurs, qu'il va falloir basculer vers l'affiliation directe. Il faut donc espérer que la Puma ne créera pas une nouvelle catastrophe qui, au lieu de simplifier la vie des assurés, aboutirait à des dysfonctionnements durables au sein de régimes déjà particulièrement sollicités, comme le régime social des indépendants. Le précédent constitué par l'instauration de l'interlocuteur social unique est, de ce point de vue, un exemple de triste mémoire. De plus, le fait pour l'Acoss de retracer les sommes dues à chaque régime risque d'être complexe. Nous demanderons en séance à la ministre de dire dans quelle mesure les régimes peuvent mettre ce dispositif en œuvre et de quels moyens et de quel accompagnement ils pourront bénéficier.*

*Une autre réforme d'ampleur est celle de la nouvelle tarification des soins de suite et réadaptation (SSR) à l'article 49. Différents modes de rémunération existent actuellement pour les établissements de SSR selon qu'ils sont publics, privés non-lucratifs ou privés commerciaux. La réforme, dont le principe fait consensus, prévoit une nouvelle tarification constituée d'une dotation forfaitaire et d'une rémunération fondée sur l'activité. Cette réforme, si elle réussit, pourrait servir de modèle pour faire évoluer la rémunération des établissements encore financés par dotation, mais également la tarification à l'activité. Malheureusement, les bases sur lesquelles les nouveaux tarifs doivent être établis sont incertaines et fortement contestées par les établissements privés lucratifs. Les tarifs proposés se fondent sur des études nationales de coût dont l'article 51 nous propose de renforcer la fiabilité. Pour des établissements dont la pérennité dépend de cette réforme, on comprend l'inquiétude que suscite cet article quand bien même le principe d'une réforme est accepté par tous. Je vous proposerai donc des amendements pour lever ces incertitudes.*

Enfin, deux mesures importantes concernant les complémentaires ne respectent l'obligation constitutionnelle d'avoir un impact financier sur la sécurité sociale que par le biais des mécanismes d'exonération, d'ailleurs modestes, qui leur sont attachés. Il faut sans doute voir dans leur rattachement à ce projet de loi une question de calendrier, puisque le régime des complémentaires d'entreprise obligatoires sera généralisé au 1<sup>er</sup> janvier prochain.

L'article 21 pose des difficultés de principe. En effet, il prévoit un mécanisme d'appel d'offres devenu, après le passage à l'Assemblée nationale, une labélisation des contrats de complémentaire santé, pour les plus de 65 ans. Il s'agit là encore de tirer les conséquences de l'ANI qui, en prévoyant l'obligation de contrats collectifs pour les salariés, les fait basculer à l'âge de la retraite sur des contrats individuels. Or le droit des assurances interdit d'exclure des contrats les adhérents vieillissants : ceux qui les souscrivent alors qu'ils sont encore en activité ne subissent pas, normalement, de discrimination une fois retraités. Cependant, le marché du contrat individuel d'assurance complémentaire sera désormais privé d'adhérents salariés actifs et concernera essentiellement les retraités. En adhérant à 65 ans, les primes d'assurance demandées seront bien plus élevées, ce qui n'est pas illégitime puisque le risque en matière de santé s'accroît à partir de 65 ans. Cet article prévoit la création d'un nouveau panier de soins pour les plus de 65 ans avec, pour l'adhésion aux contrats correspondants, le bénéfice pour l'assuré de cotisations plus faibles et pour l'assureur d'un crédit d'impôt de 2 % sur la taxe sur les contrats d'assurance. Le Gouvernement rappelle que ce dispositif n'interdira pas aux plus de 65 ans d'adhérer au contrat de leur choix. On peut cependant penser que, pour les personnes qui sortent des contrats collectifs à l'âge de la retraite, l'effet prix sera particulièrement attractif avant même la prise en compte du taux réel de couverture. Les mutuelles, notamment les mutuelles de fonctionnaires, sont très opposées à l'idée d'une labélisation dont elles estiment qu'elle favoriserait les assurances.

En outre, il existe de multiples dispositifs permettant aux personnes de plus de 65 ans ayant des revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé, au premier rang desquels la CMU-C et l'ACS dont le montant a été augmenté l'année dernière pour les plus de 60 ans. De plus, la cohérence et l'efficacité de ces dispositifs ne sera établie que lorsque le rapport, finalement demandé à l'Igas, qui avait été promis dans la loi de sécurisation de l'emploi, sera rendu public. Les mécanismes de mutualisation des risques, seuls susceptibles de faire baisser les primes pour les plus de 65 ans, existent déjà, notamment pour les mutuelles de la fonction publique. Enfin, cet article pose des questions relatives à l'emploi dans le secteur des complémentaires. Dès lors, il m'apparaît prématuré de définir un nouveau panier de soins et de labéliser des contrats : je vous proposerai donc de supprimer cet article.

L'article 22 offre aux salariés en contrat court un droit d'option entre la complémentaire d'entreprise et un chèque permettant l'adhésion à un contrat individuel responsable. À quelques semaines de l'entrée en vigueur des dispositifs collectifs négociés par les entreprises, cette mesure est mal venue. En effet, s'il est souhaitable de garantir la couverture complémentaire des salariés en situation atypique, pour ne pas dire précaire, on ne saurait remettre en cause l'équilibre des accords négociés par les entreprises, au moment même où ils entrent en application. Je vous proposerai donc la suppression de cet article.

*Le Gouvernement, comme ses prédécesseurs, n'utilise pas tous les moyens nécessaires au retour à l'équilibre des comptes, maintenant de fait ce dernier à un horizon lointain. Après avoir recouru massivement à l'impôt du fait des marges de manœuvre laissées en la matière par la précédente majorité, on ne peut aujourd'hui agir sur les déséquilibres que par une baisse des dépenses. Je vous propose donc une mesure écartée par le Gouvernement l'an dernier : la mise en place de trois jours de carence pour les personnels hospitaliers.*

*Cette mesure législative s'accompagne de plusieurs mesures réglementaires ou de gestion qui incombent au Gouvernement, touchant la gestion des hôpitaux, les actes inutiles et la tarification des urgences. Il s'agit de souligner que l'on ne peut se contenter de reporter indéfiniment le retour à l'équilibre et qu'il faut prendre collectivement nos responsabilités.*

**Mme Catherine Procaccia.** – Bravo !

**M. Jean-Noël Cardoux.** – *Toutes mes félicitations à nos rapporteurs pour ce marathon. Pour parodier ce que j'avais dit lors de l'examen du texte sur l'adaptation de la société au vieillissement, ce projet de loi de financement est sans souffle et sans réforme. Je n'y vois aucune mesure structurelle pour réduire les déficits de la sécurité sociale. Il ne s'agit que d'agrégats de mesurette, comme le fait d'ailleurs le Gouvernement dans tous les domaines. Certaines d'entre elles fâchent, comme la réforme des complémentaires qui est loin de faire l'unanimité des assureurs et des mutuelles.*

*Ce projet de loi repose sur une évaluation optimiste de l'évolution des salaires de 2,5 %. Si tel n'était pas le cas, les recettes ne seraient pas au rendez-vous. Les autres mesures d'économies sont incertaines. Je crains donc de nouveaux déficits pour les années à venir. Le premier président de la Cour des comptes a d'ailleurs dit que l'objectif du Président de la République de parvenir à un équilibre en 2017 était reporté au mieux à 2020.*

*L'article 17 prévoit le transfert par anticipation des déficits cumulés supportés par l'Acoss à la Cades : c'est une bonne mesure de gestion financière qui permet de traiter une partie des déficits portés par l'Acoss. Néanmoins, cette anticipation ne réduit pas les déficits : ne mélangeons pas déficit et trésorerie. Le secrétaire d'Etat nous a dit que le plafond de transfert à la Cades fixé par le Parlement serait atteint en 2016. Il resterait alors à traiter un déficit qu'il estime à 30 milliards d'euros, alors que certaines études démontrent qu'il se situera à 38 milliards en 2019 : il faudra bien qu'un jour ou l'autre nous traitions cette question. Pour pouvoir transférer l'ensemble des déficits à la Cades, il suffirait d'une augmentation de 0,25 point de la CRDS.*

*La Cour de justice de l'Union européenne a estimé que les ressortissants étrangers ne devaient pas être assujettis aux prélèvements sociaux : le rapporteur général a dit que le produit de ces prélèvements sur les non-affiliés se monterait de 250 à 300 millions et qu'il serait transféré à la Cades et au FSV. Mais il s'agit d'un manque à gagner, pas d'un produit ! Comment transférer un manque à gagner ?*



**M. Yves Daudigny.** – Je remercie notre rapporteur général d'avoir évité tout excès et toute caricature : cela contribue à la qualité des débats. Nous partageons vos constats sur les chiffres même si nos conclusions diffèrent, notamment concernant les articles 21 et 22, que nous proposerons de maintenir, dans une autre rédaction que celle de l'Assemblée nationale.

Pour le régime général, la prévision de déficit s'élève à 6 milliards d'euros, alors qu'il se montait à 12,5 milliards en 2013 et à 24 milliards en 2010. Il a été divisé par quatre en six ans ! Un tel résultat ne s'obtient pas par des « mesurette » ! D'autant que cette réduction s'est accompagnée du maintien des droits et de la diminution du reste à charge des assurés.

Ce projet de loi de financement comporte des mesures de progrès, dont la protection universelle pour la maladie et la garantie pour les impayés de pension alimentaire. Il comporte aussi des mesures de maîtrise des dépenses, en ville et à l'hôpital, afin d'adapter notre système de soins à de nouvelles exigences, à l'évolution des techniques et à l'attente de nos concitoyens, face à l'allongement de la vie et à la multiplication des pathologies. Nous parlerons, dans l'hémicycle, du parcours de soins et des pratiques ambulatoires.

J'ai noté quelques contradictions dans la présentation de nos rapporteurs : on ne peut s'indigner de l'absence de réformes de fond sur la maladie et la vieillesse et, dans le même temps, critiquer toute nouvelle réforme, comme celle de la politique familiale ou de la couverture universelle. Il appartiendra aux caisses de mettre en œuvre la Puma. Idem pour la réforme du financement des SSR, dont le principe est accepté par tous les intervenants.

L'objectif premier de toute politique publique doit être de réduire les inégalités. Je vous invite à lire le rapport de l'Insee publié ce matin.

**Mme Catherine Deroche.** – Je félicite nos rapporteurs pour cette présentation très pédagogique. Le report de la baisse des charges des employeurs au 1<sup>er</sup> avril 2016 n'est pas acceptable. Le Gouvernement justifie ce retard de trois mois par le fait que les entreprises bénéficient d'autres mesures favorables comme le suramortissement et l'épargne salariale. Ce n'est guère responsable de reprendre d'une main ce qu'on donne de l'autre !

Comme chaque année, le financement du Fiva par l'Etat se réduit par rapport aux objectifs initiaux. Je ne comprends pas que l'on puise dans les réserves de la branche AT-MP, abondée par les entreprises dans une logique assurantielle, pour financer la branche maladie.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Je voterai la suppression de l'article 21 : Niort est la capitale des mutuelles et nous avons pu mesurer les difficultés que suscite cette disposition pour le mouvement mutualiste.

L'année dernière, nous avons interrogé Mme la ministre sur les places d'accueil individuel et collectif : elle avait assuré qu'elles seraient toutes créées. Or l'objectif n'est atteint qu'à 19 %. Dans nos territoires ruraux, le manque de places se fait cruellement sentir.

Lors de son audition, nous avons évoqué avec Mme la ministre l'article 10 supprimant les exonérations de cotisations sociales dans les ZRR. Elle nous a dit que cette mesure ne concernait que les contrats à venir et que les établissements médico-sociaux ne seraient pas concernés. À ma grande joie, l'Assemblée nationale a supprimé l'article 10 : le Gouvernement va-t-il proposer de le rétablir ?

**Mme Catherine Génisson.** – La réponse est non.

**M. Philippe Mouiller.** – Merci pour cet exercice pédagogique.

S'agissant du médico-social, le Gouvernement fait de réels efforts même si les besoins en places dans les établissements ne sont pas couverts : il manquerait environ 50 000 places. Le Gouvernement pourra-t-il tenir tous ses engagements ? Quid du plan autisme ? De la modernisation des Esat ? De l'objectif du « zéro sans solution » ? Va-t-il nous présenter un plan de financement pluriannuel ?

Le Gouvernement prévoit 15 millions d'euros pour trouver un début de solution pour les personnes handicapées à l'étranger. Or le coût de fonctionnement de ces places est de 250 millions d'euros par an, financé par l'Ondam médico-social pour les enfants, par l'assurance maladie pour les adultes et par les conseils départementaux. Pourquoi ne pas utiliser cette somme pour créer des places en France ?

J'approuve le transfert vers l'assurance maladie du financement des Esat, mais quelle sera la méthode retenue ? Attention à ne pas signer un chèque en blanc.

Enfin, en tant que Deux-Séorien, je confirme ce qu'a dit M. Morisset et j'approuve la suppression de l'article 21.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Hormis la conclusion, je suis d'accord avec notre rapporteur sur la branche AT-MP. Le rapport que nous avons demandé sur l'accès individuel à l'Acaata en démontre les difficultés. Je partage donc les réserves de notre rapporteur.

Deux points m'ont chagriné : dans l'annexe B, le Gouvernement annonce une ponction annuelle de 250 millions d'euros en 2016 et 2017 au bénéfice de l'assurance maladie. Or la branche AT-MP participe déjà à hauteur de 1 milliard d'euros pour compenser les sous-déclarations. Le Gouvernement prétend que ce nouveau transfert serait justifié par la solidarité entre les branches du régime général et par le fait que les dispositifs de soins sont plus complexes et plus onéreux : j'ai du mal à comprendre, d'autant que ce n'est pas à la branche AT-MP de financer ces coûts supplémentaires qui n'ont rien à voir avec les accidents du travail. Il s'agit bien d'une augmentation déguisée de la contribution pour la sous-déclaration, qui va passer de 1 à 1,250 milliard d'euros. Je suis très réservé, d'autant que la branche AT-MP est assurantielle et doit s'équilibrer par ses propres moyens.

**M. Gérard Dériot, président.** – Je salue votre honnêteté intellectuelle.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – En outre, je m'inquiète de la baisse annoncée des contributions des entreprises à la branche AT-MP en contrepartie de l'accord sur les retraites complémentaires. Je ne vois pas pourquoi cette branche financerait les retraites. Si la branche AT-MP est excédentaire, c'est parce qu'elle a pris des décisions, notamment d'augmenter la cotisation patronale de 0,01 point, ce qui a rapporté 500 millions d'euros. L'année prochaine, la branche serait à l'équilibre, avec une dette de

450 millions d'euros. Or, si nous adoptons les mesures figurant dans l'annexe B, la branche AT-MP sera à nouveau en déficit et ne fera donc pas son travail en matière de prévention. J'ai interrogé Mme la ministre hier et ses réponses ne m'ont pas convaincu. En revanche, je n'irai pas jusqu'à voter contre ce projet de budget.

**Mme Laurence Cohen.** – Le groupe CRC est très critique : ce budget de rigueur, pour ne pas dire d'austérité, n'est pas acceptable alors qu'une personne sur quatre renonce aux soins par manque de moyens. Non, les économies ne peuvent primer sur les besoins de santé de nos concitoyens. Nous proposerons plutôt de nouvelles recettes, des pistes existent.

Nous sommes particulièrement choqués par l'Ondam, le plus bas depuis sa création il y a vingt ans. Sachant l'état de nos hôpitaux sur le territoire, refuser d'augmenter l'Ondam est mortifère ! Ce texte prolonge le projet de loi sur la modernisation de notre système de santé, avec les groupements hospitaliers de territoire et le développement de l'ambulatoire. Vivons-nous dans le même monde ? Les personnes les plus fragiles ne peuvent retourner seules chez elle après avoir été opérées. Il faut des professionnels et des proches pour accompagner ces personnes qui viennent de sortir de l'hôpital.

Les crédits de la psychiatrie n'augmentent pas : nous avons été les seuls à voter contre la disparition de la sectorisation. Les patients et les personnels de santé jugeront du bon état de cette discipline...

Nous partageons l'analyse de Mme Cayeux sur la réforme des allocations familiales : présentée par le Gouvernement comme une mesure de justice sociale, elle se traduit en réalité par une économie de plus de 800 millions sur les familles.

Nous sommes atterrés par la proposition de M. Roche de reculer encore l'âge de la retraite. Le Sénat n'est pas la France !

**M. Georges Labazée.** – La moyenne d'âge est de 58,5 ans...

**Mme Laurence Cohen.** – Nous sommes en forme, mais tel n'est pas le cas pour des femmes et des hommes qui ont suffisamment travaillé.

Nous sommes choqués par la proposition d'imposer trois jours de carence au personnel hospitalier, à bout de souffle.

Enfin, l'article 39 fait quatorze pages et comporte 338 alinéas. Comment le comprendre ?

**Mme Michelle Meunier.** – Le rapport de Mme Cayeux sur la branche famille est ambivalent, voire contradictoire. Il reconnaît que la réduction du déficit de la sécurité sociale va dans le bon sens et se réjouit du retour à l'équilibre de la branche famille – tel n'avait pas été le cas depuis 2008. Il estime que les mesures prévues dans ce projet de loi peuvent être adoptées sans difficulté par notre assemblée. S'il passe très vite sur la garantie d'impayés des pensions alimentaires, véritable avancée qui va bénéficier aux familles monoparentales, il insiste en revanche longuement sur la modulation des allocations familiales – votée l'an dernier ! – pour faire planer le doute sur une future modulation du remboursement des soins, voire la fin de la gratuité des services publics. Cela n'a rien à voir avec ce projet de loi de financement.

*Enfin, une mise à plat de la politique d'accueil de la petite enfance me paraît indispensable. Les besoins des familles ont beaucoup évolué et les réponses en matière d'accueil individuel et collectif devraient en tenir compte. Le Haut Conseil à la famille et la Cnaf ne sont pas d'accord sur les chiffres car les ouvertures de places ne correspondent pas aux créations de places : entre une décision et une ouverture effective, il peut se passer plusieurs mois, voire plusieurs années. Depuis les dernières élections municipales, les créations et les ouvertures augmentent à nouveau. En revanche, l'accueil individuel est en crise : nous devrions nous pencher sur cette question.*

*Nous voterons le budget relatif à la branche famille.*

**Mme Catherine Procaccia.** – *Merci d'avoir évoqué la Puma. Faut-il comparer cette problématique à celle de la prise en charge des étudiants par la LMDE ? Nous préconisons qu'ils relèvent directement de la sécurité sociale. La Cnam a-t-elle eu à supporter un surcoût important ?*

*Je regrette que personne n'ait entendu les remarques des assurés sur les complémentaires : il était évident que leur coût allait augmenter pour les non-salariés. Ce sont les assurés qui vont subir cette réforme, pas les assurances ni les mutuelles. Pour les personnes âgées, la complémentaire maladie couvrira moins, ou pour plus cher.*

*L'article 12 portant sur le recouvrement par les Urssaf des cotisations maladie des professions libérales, élaboré sans concertation, risque de provoquer une catastrophe tant pour le recouvrement que pour l'emploi. Il n'est pas justifié, sauf pour certaines caisses comme celle du RSI.*

**Mme Nicole Bricq.** – *Le rapporteur général propose de ne pas adopter les équilibres généraux pour 2016, non pour ce que le texte contient, mais pour ce qu'il ne contient pas. Afin que le débat soit utile à la nation, que M. Vanlerenberghe dise ce qu'il voudrait y trouver ! Ses amendements sont techniques, excepté sur les articles 15 et 21. Il est dommage qu'il ne donne pas ses solutions pour résoudre une équation difficile. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale élargit les droits. L'Insee souligne que les Français ont plutôt bien traversé la crise en matière de santé, mieux que les habitants d'autres pays -le rattrapage est ensuite forcément plus lent.*

*Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuit l'effort du Gouvernement en faveur des entreprises par des allègements de charges de 33 milliards d'euros. L'engagement d'atteindre 41 milliards d'euros sera tenu. Mme Deroche reprend l'antienne du Medef, qui hurle quand cela ne fait pas très mal... Le trimestre de cotisations patronales familiales financera des mesures en faveur des entreprises, que nos collègues ont votées. Je rappelle le cadrage général : réaliser des économies, réduire les déficits et préserver l'accès universel aux systèmes de santé et de retraites. La conclusion du rapporteur général n'est pas juste.*

**M. Georges Labazée.** – *Le rapport de Mme Giudicelli est intéressant mais on pourrait y intégrer des éléments apparus lors de la deuxième lecture du projet de loi sur le vieillissement, dont les crédits de prévention.*

*L'article 47 prévoit la généralisation des Cpom dans les établissements et services pour personnes handicapées. Même s'il n'est pas abouti, le projet de loi sur le vieillissement prévoit que les Cpom s'appliquent aussi aux Ehpad. Je préconise d'inclure des dispositions de coordination, d'autant que les présidents de conseils départementaux et les agences régionales de santé s'orientent aussi dans cette direction.*

**M. Olivier Cadic.** – *J'approuve l'approche du rapporteur sur l'article 15. On veut faire les poches des non-résidents. Plutôt qu'un impôt, on choisit une cotisation... sur laquelle ils paieront un impôt dans le pays de résidence ! Il est vrai que le Président de la République s'était engagé, dans sa campagne, à ne pas créer d'impôt nouveau pour les non-résidents... Cette manœuvre donne une image négative de notre pays à l'étranger. Un peu de courage : si le Gouvernement veut augmenter les impôts, qu'il l'assume.*

**M. Jean-Louis Tourenne.** – *La nature humaine n'aurait-elle pas propension à être malheureuse ? On ne peut pas voir un coin de ciel bleu sans prédire l'arrivée des nuages. Les moments de bonheur existent ! Le déficit se réduit d'année en année. Le reste à charge de nos concitoyens ne cesse de diminuer, de 9,1 à 8,5 %. On se félicite du transfert de crédits pour les Esat de l'Etat vers l'Ondam médico-social, mais on s'inquiète, comme Laëtitia Bonaparte, de savoir si cela va durer. Or ces crédits évolueront avec l'Ondam.*

*Au sujet de la Puma, vous évoquez le précédent du RSI. Mais rassurez-vous, le Gouvernement n'est pas obligé de commettre les mêmes erreurs que son prédécesseur. Vous dites aussi que l'objectif de scolarisation de la petite enfance n'est pas atteint. Un taux de 19 % est supérieur à ce que vous aviez obtenu en supprimant la scolarisation à deux ans. Vous regrettez l'absence de programme d'investissements pour les établissements médico-sociaux : or une enveloppe de 300 millions d'euros est inscrite pour les trois prochaines années. Vous vous trompez aussi sur l'accueil des handicapés en Belgique. Vous dites que les 15 millions d'euros prévus sont dérisoires face au coût total de 250 millions d'euros. Mais les personnes qui sont en Belgique y resteront. Il n'est pas question de les faire revenir...*

**M. Philippe Mouiller.** – *Si !*

**M. Jean-Louis Tourenne.** – *En revanche, le flux vers la Belgique est de 22 à 23 millions d'euros par an. Par conséquent, les 15 millions d'euros seront largement suffisants pour tarir la cause des départs, par la construction d'établissements en France. Ce sont de bonnes nouvelles, ne boudez pas votre plaisir !*

**M. Daniel Chasseing.** – *Je félicite les rapporteurs, dont je voterai tous les amendements. Celui de M. Roche sur les retraites s'appuie sur les décisions des partenaires sociaux, qu'ils n'ont pas prises de gaieté de cœur – pas plus que les mesures de 2010, mais c'est grâce à elles que l'équilibre des retraites a été possible. M. Roche propose, courageusement, de prolonger le report de l'âge légal de départ.*

*En Ehpad, le coût de la dépendance et du soin explose. L'effort est très urgent.*

*L'article 10 a été supprimé par l'Assemblée nationale. Il faisait disparaître les exonérations de cotisations patronales en zone de revitalisation rurale (ZRR) parce qu'elles n'avaient pas créé d'emploi. Or sans ces mesures, le secteur médico-social aurait connu des difficultés extrêmement graves. Le point d'indice du personnel a augmenté, comme les indemnités de départ à la retraite, les dotations ayant cru de 1 %. Sans la soupape de sécurité liée aux ZRR, les établissements médico-sociaux auraient connu des difficultés très graves. J'espère que cet article restera supprimé.*

**Mme Nicole Bricq.** – *C'est fait, nul besoin d'y revenir...*

**Mme Corinne Imbert.** – *Je remercie le rapporteur d'avoir mis l'accent sur les soins de suite et de réadaptation (SSR), dont la réforme du financement suscite le consensus. Un problème demeure : la classification n'est acceptée par personne et la réforme des autorisations manque de clarté. L'amélioration du projet de loi est indispensable.*

*La branche AT-MP subit un hold up inacceptable. Il est difficile de reconnaître l'origine professionnelle d'une pathologie psychique. Existe-t-il une étude corrélant la hausse du nombre de burn out à la réduction du temps de travail ?*

*À combien de places de lits d'Ehpad les 100 millions d'euros de moyens supplémentaires affichés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale correspondent-ils ?*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *À l'article 15, les prélèvements sur les non-affiliés ne sont pas en cause. La modification porte sur l'affectation de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Il ne s'agit donc pas d'un manque à gagner mais d'un produit.*

*Je remercie M. Daudigny de ses propos. Nous avons tout intérêt à poser le débat de façon calme et responsable. Les anathèmes et les considérations idéologiques ne nous feront pas avancer, même si l'on peut discuter des choix de réforme. De 2012 à 2014, l'augmentation de 0,8 point de PIB de prélèvement a mené à un relatif équilibre, mais la réduction du déficit n'a été que de 0,3 %.*

*L'article 10 portant sur les ZRR a été supprimé à l'Assemblée nationale. Mme Génisson s'est engagée, au nom du Gouvernement, à ne pas le rétablir.*

**Mme Catherine Génisson.** – *Je ne suis pas le Gouvernement !*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *En outre, le mécanisme « organismes d'intérêt général (OIG) » en ZRR n'était pas remis en cause par l'article 10.*

*Madame Cohen, sur la période 2011-2014, les dépenses ont augmenté de plus de 34 milliards, soit plus de quatre fois le budget de la justice. La rigueur est toute relative, alors que les prélèvements obligatoires représentent plus de 45 % du PIB. Cela doit fermer la porte à la création de nouvelles recettes. Je suis d'accord en revanche sur la rédaction de l'article 39 : il est d'une complexité à faire peur. Nous devons interroger le Gouvernement à ce propos.*

*Madame Procaccia, le projet de loi remet à plat les délégations de gestion, très critiquées par la Cour des comptes, mais sans régler la question pour les étudiants. Il faudra aller plus loin.*

*Les professions libérales, concernées par l'article 12, sont plus éloignées du RSI que d'autres publics tels que les artisans. L'inquiétude porte aussi sur la question de l'emploi dans les organismes conventionnés. Il s'agit de 7 millions d'euros de remise de gestion.*

**Mme Catherine Procaccia.** – *Ils ont déjà été concernés il y a quelques années par un transfert.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *L'article 15 pose la question des non-affiliés. L'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne ne concerne pas les non-résidents affiliés hors de l'Union européenne. Il ne faut pas confondre non-résident, résident, non-affilié et affilié.*

*J'aimerais voir le ciel bleu aujourd'hui. Nous n'avons pas nié l'apparition d'une éclaircie dans les comptes, mais il n'est pas interdit de voir des orages qui menacent à l'horizon 2019, quand les comptes vieillissent se dégraderont à nouveau. Les prévisions de recettes dans l'annexe témoignent d'un optimisme sur la progression de la masse salariale qui n'est pas recevable. D'où quelques bémols. Nous avons été raisonnables dans la critique. Quand vous étiez dans l'opposition, vous n'hésitez pas à recourir à la critique.*

**Mme Catherine Génisson.** – *Nous avons toujours été corrects !*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *La critique n'est pas incorrecte par nature.*

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure.** – *J'ai été obligée de revenir sur les mesures prises par le Gouvernement l'an dernier sur la modulation des allocations familiales ! C'est l'un des facteurs d'amélioration du budget de la branche famille. L'économie sera de 440 millions d'euros en 2015 et de 880 millions d'euros en année pleine.*

*Les chiffres montrent une baisse continue de la scolarisation dès deux ans depuis 1999. En 2013, l'objectif était de 15 000 enfants de deux ans scolarisés ; il n'y en a eu que 6 100 – et 800 de moins en 2014. Ces chiffres correspondent sans doute à la volonté des familles de ne pas mettre à l'école des enfants aussi jeunes.*

*J'ai salué la généralisation du dispositif de garantie contre les impayés, bénéfique pour les parents isolés et les femmes.*

*La grande difficulté réside dans la restriction des dotations aux communes, qui n'ont plus les budgets nécessaires du fait de la baisse des dotations – on peut toutefois se féliciter de la sagesse du Premier ministre qui renonce à lancer la réforme de la DGF.*

**M. Gérard Roche, rapporteur.** – *Les préoccupations sociales ne sont pas toujours liées à l'étiquette politique. J'ai fait mes preuves. Mon amendement que Mme Cohen juge socialement dur, est dû à mon attachement au régime par répartition. Si chaque génération ne règle pas ses problèmes, les générations à venir seront contraintes d'adopter un système par capitalisation.*

*Monsieur Tourenne, il est vrai que le ciel est bleu pour les retraites. J'en ai donné acte à la ministre lors de son audition. Mais si la voiture fonctionne bien – la loi Fillon a été décisive – un voyant reste allumé. Il faut donc la conduire au garage.*

**M. Gérard Dériot, président, rapporteur.** – Je remercie Jean-Pierre Godefroy et Catherine Deroche d'avoir partagé mon analyse sur la branche AT-MP. Je suis allé au bout du raisonnement pour montrer qu'il faut cesser les transferts abusifs, et cesser les estimations au doigt mouillé. L'ajout de 250 millions va loin. S'il s'agit d'un moyen d'atténuer le déficit du régime général de la sécurité sociale, il n'est pas cohérent. Les entreprises sont pénalisées financièrement par ces transferts, alors qu'on veut réduire leurs cotisations.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le rapport justifie ce transfert, à l'annexe B : « En effet, le remboursement des soins et l'évolution des tarifs assure une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne in fine une diminution du coût moyen de traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP ».

**Mme Catherine Deroche.** – Du grand n'importe quoi...

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Quel est le terme qui convient ? Enfumage ? C'est en tous cas bien écrit !

**Mme Colette Giudicelli, rapporteure.** – Madame Imbert, l'objectif est de créer 18 650 places en Ehpad sur la période 2015-2019. L'Etat poursuivra le plan de création de places en y consacrant plus de 150 millions d'euros. Le problème ne porte pas seulement sur le nombre de places, mais aussi sur l'organisation de la vie et le processus d'orientation. Je conseille la lecture du rapport Zéro sans solution de Denis Piveteau.

L'article 40 bis du projet de loi vieillissement concerne uniquement les établissements pour personnes âgées. Les deux articles sont complémentaires. Il suffit de veiller à leur articulation.

**M. Gérard Dériot, président.** – Il n'existe pas d'étude précise sur la corrélation entre burn out et les 35 heures. Mais un lien n'est pas à exclure.

## EXAMEN DES AMENDEMENTS

### Article 4

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'amendement n° 41 supprime la contribution W sur les traitements de l'hépatite C qui aura produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ; il aménage le mécanisme du taux L afin que la remise versée au titre du taux L ne soit pas déduite du chiffre d'affaires de l'année N-1, ce qui conduit mécaniquement à une augmentation fictive de l'année suivante, et ce de manière à rendre les assiettes identiques et donc comparables ; il extrait de l'assiette du taux le chiffre d'affaires réalisé outre-mer qui est difficilement disponible, pour l'hôpital, dans un calendrier compatible avec la mise en œuvre de la contribution.



**Mme Annie David.** – On dit qu'il faut diminuer les dépenses. J'y suis défavorable, mais je l'entends. Avec cet amendement, vous diminuez les recettes, ce qui est dommage quand il n'y pas suffisamment de crédits dans le projet de loi. Nous y serons défavorables.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – C'est un gage de précaution. En réalité, le taux W ne se déclenchera pas. Je propose de revenir à la clarté sur le taux L. On a intérêt à être transparent.

L'amendement n° 41 est adopté.

### Article 7 bis

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'amendement n° 42 supprime cet article qui abaisse à cinq plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 193 000 euros, le seuil d'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture dès le premier euro. Si le seuil actuel de 380 000 euros ne parvient manifestement pas à éviter les situations les plus choquantes de parachutes dorés, comment ce nouveau seuil y parviendra-t-il ? Cette modification ne nous paraît pas nécessaire.

**Mme Annie David.** – Nous sommes opposés à cet amendement. Tout le monde crie au scandale contre les parachutes dorés : il était normal de les soumettre à cotisation ! Ces parachutes dorés, qui ne devraient pas du tout exister, doivent participer à la solidarité sociale nationale. Cet amendement bénéficiera à une catégorie de personnes qui a fait preuve de son inhumanité, en décidant bien souvent de milliers de licenciements.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le projet de loi de finances abaisse le plafond de fiscalisation, ce qui me paraît préférable à l'assujettissement à cotisation au premier euro. En outre, par application de dispositions conventionnelles, un certain nombre d'entreprises sont déjà au-delà de cinq plafonds de la sécurité sociale en cas de rupture de contrat. Je suis tout à fait d'accord sur le caractère choquant des parachutes dorés. La somme de 193 000 euros cependant ne concerne pas les patrons de grands groupes, mais les indemnités de rupture conventionnelle pour des cadres supérieurs qui ont travaillé durant des années.

**Mme Annie David.** – Le seuil, et non le montant du parachute doré, est abaissé. La somme totale peut être bien plus importante.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – En effet, l'article abaisse le seuil, afin de toucher plus de monde.

**Mme Nicole Bricq.** – L'article a été introduit par les députés socialistes. Le Gouvernement ne s'y est pas opposé. Nous voterons contre la proposition de suppression du rapporteur. Entre deux textes, on déplore des abus. Il existe une cohérence entre cet article et l'abaissement du plafond de fiscalisation dans le projet de loi de finance. Il n'est pas scandaleux de payer des cotisations sociales sur des parachutes dorés.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Je comprends les propos de Mme Bricq, mais je rappelle que les sommes concernées par l'article indemnisent un préjudice, ce qui explique qu'elles ne soient pas soumises à cotisation en deçà de certains montants.

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure.** – Dans son objet, l'amendement propose-t-il de renvoyer au projet de loi de finances pour augmenter la fiscalisation plutôt que d'assujettir la somme à cotisation au premier euro ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Non, l'article 2 bis du projet de loi de finances prévoit cette mesure fiscale. Ces sommes ne sont pas un salaire mais une indemnisation réparant un préjudice en cas de rupture de contrat. L'Assemblée nationale propose d'abaisser le seuil d'assujettissement à cotisations sociales à 193 000 euros. On pourrait discuter du seuil à l'infini, mais je rappelle qu'il s'agit de réparer un préjudice. Une personne d'une cinquantaine d'années qui a travaillé vingt ans dans une entreprise parvient facilement au seuil.

**Mme Laurence Cohen.** – Tout de même, 193 000 euros sur une année correspond à 16 000 euros par mois.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Cette somme n'est pas un salaire.

**Mme Laurence Cohen.** – Je donne simplement une échelle de valeurs... Je ne comprends pas qu'on demande des efforts de solidarité à des salariés modestes ou des retraités plus modestes encore et qu'on se prononce contre l'abaissement du seuil. Cela manque de logique.

**Mme Catherine Deroche.** – Je vote pour cet amendement qui porte sur une indemnité compensatoire.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le plafond de fiscalisation inscrit dans le projet de loi de finances est limité à 115 000 euros.

**M. Olivier Cadic.** – J'approuve l'amendement...

**Mme Laurence Cohen.** – Cela m'étonne.

**M. Olivier Cadic.** – ...afin d'éviter le recours aux prud'hommes.

**M. Yves Daudigny.** – Je ne voterai pas cet amendement. L'article 7 bis modifie la situation uniquement pour la partie de parachute doré située entre 193 000 et 380 000 euros. Il n'y a pas scandale.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'assujettissement est au premier euro.

**Mme Annie David.** – Au-delà de 193 000 !

**M. Yves Daudigny.** – Alors que nous recherchons des recettes, ce surplus pourrait réduire le déficit du Fonds de solidarité vieillesse.

**Mme Pascale Gruny.** – En matière d'indemnités, notamment pour les ruptures conventionnelles, un forfait social de 20 % est appliqué.

---

**M. Gérard Dériot, président.** – Si le seuil est à 193 000 euros, les personnes touchant une somme supérieure paieront la cotisation sur la totalité de l'indemnité. Pour une indemnité inférieure au seuil, ils ne paieront rien.

L'amendement n° 42 est adopté.

### Article 11

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'amendement n° 43 fait de la proportionnalité du redressement la règle de droit commun, le redressement sur la totalité des contributions payées par l'employeur étant l'exception. J'inverse la rédaction, sans modifier le sens.

L'amendement n° 43 est adopté.

### Article 12

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'amendement n° 44 précise la date d'entrée en vigueur de l'article : deux ans semblent une période de transition nécessaire pour le transfert du recouvrement des cotisations des professions libérales. Certains voulaient supprimer l'article, je propose plutôt cette modification.

**M. Jean-Noël Cardoux.** – Je voterai cet amendement de repli sur un article auquel les dirigeants du RSI ne sont pas favorables, et présenterai un amendement de suppression. Comme l'a souligné M. Tourenne, ce n'est pas parce que des bêtises ont été commises en 2008 qu'elles doivent être reproduites en 2015. Je crains une nouvelle usine à gaz. Il est urgent d'attendre que le RSI et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) mettent en ordre leurs logiciels informatiques avant d'avancer.

**Mme Isabelle Debré.** – Cela me paraît sage.

**M. Gérard Dériot, président.** – Deux ans laissent le temps de voir comment la situation évolue.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Je souscris aux propos de M. Jean-Noël Cardoux. Notre rapport sur le RSI a montré que la situation était catastrophique. Les choses sont progressivement remises en ordre. Je crains que la précipitation nous fasse retomber dans la situation précédente. Soyons très prudents. Je m'abstiendrai.

**Mme Catherine Procaccia.** – L'amendement vaut mieux que rien.

L'amendement n° 44 est adopté.

### Article 14

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'article 14 institue, seize mois après l'adoption de la loi sur l'artisanat, le commerce et les très petites entreprises (ACTPE), un délai supplémentaire de quatre ans pour basculer automatiquement 160 000 personnes relevant du régime micro-fiscal dans le micro-social, sachant que ce régime ne leur est pas forcément plus favorable et, qu'en

*tout état de cause, la possibilité leur est ouverte de revenir au droit commun. Puisqu'il est visiblement nécessaire de poursuivre la réflexion, je vous propose, avec l'amendement n°45, de nous en tenir à la règle actuelle : le paiement de cotisations minimales, plus protecteur en termes de droits, assortie de la possibilité sur simple demande de passer au régime microsociale.*

*L'amendement n° 45 est adopté.*

#### **Article 14 bis**

*L'amendement de précision n° 46 est adopté.*

#### **Article 14 septies**

*M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 47 maintient la dispense, supprimée par cet article, de cotisation minimale au RSI pour les retraités actifs. Elle avait été inscrite par la loi de financement pour 2015. Nous sommes dans l'hypothèse où l'activité indépendante ne dégage qu'un faible revenu et où la cotisation n'ouvre aucun droit nouveau alors que l'objet de la cotisation minimale est de garantir des droits. L'amendement opère une coordination avec la position prise à l'article 14.*

*L'amendement n° 47 est adopté.*

#### **Article 15**

*M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 48 supprime la possibilité d'avoir recours au FSV pour financer des dispositifs créés par voie réglementaire, sans passer par la loi de financement. Nous sommes déjà intervenus l'an dernier pour rappeler au Gouvernement l'existence du Parlement...L'amendement rétablit également la disposition prévoyant que la première section du FSV doit être équilibrée.*

*L'amendement n° 48 est adopté.*

#### **Article 18 A**

*M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Au fil des reconductions successives, le dispositif dérogatoire visé par cet article existe depuis sept ans. Après son expiration il y a un an, le Gouvernement demande sa réactivation sans l'avoir évalué. Avec l'amendement n° 49, nous demandons une évaluation avant la prochaine loi de financement.*

*L'amendement n° 49 est adopté.*

#### **Article 20**

*L'amendement de coordination n° 50 est adopté.*

---

### Article 21

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Nous avons évoqué longuement tout à l'heure la suppression de l'article 21 concernant les plus de 65 ans. C'est l'objet de l'amendement n° 51.

**M. Yves Daudigny.** – Nous aurons le débat dans l'hémicycle. Nous votons contre cet amendement.

L'amendement n° 51 est adopté.

### Article 22

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Mon amendement n° 52 supprime l'article, qui remet en cause - à deux mois de leur mise en œuvre ! - les contrats collectifs élaborés par plusieurs entreprises.

L'amendement n° 52 est adopté.

### Article 24

L'amendement de cohérence n° 53 est adopté.

### Article additionnel après l'article 33

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure.** – Mon amendement n° 54 oblige le législateur à préciser sa position sur le versement de la prime à la naissance. Son intention a manifestement été un versement avant la naissance, au moment où interviennent les dépenses, or il est désormais question de la verser après. Je propose donc que cette prime ne puisse être versée après la naissance.

**Mme Annie David.** – Quid des dénis de grossesse ? Dans ce cas, il n'y aura pas de prime ?

**Mme Catherine Procaccia.** – C'est un cas exceptionnel !

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure.** – Il serait normal que la prime soit alors versée après la naissance. Je propose, dans les autres cas, qu'elle soit versée avant, contrairement aux termes du décret qui a été publié.

**Mme Evelyne Yonnet.** – Une prime de naissance doit être versée à la naissance, pas avant ! Cela supprime le problème des dénis de grossesses. Et en cas d'accident lors de l'accouchement, comment récupérer la prime, si elle a déjà été versée ?

**Mme Caroline Cayeux, rapporteure.** – Elle n'a jamais été récupérée !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Je suis sensible à cet amendement raisonnable : les dépenses interviennent avant la naissance. La disposition prise dans le décret est d'inspiration comptable.

**M. Gérard Dériot, président.** – La question est de savoir quand cette prime doit être versée, puisque la loi précise déjà qu'elle est attribuée avant la naissance. La date est fixée par décret, mais l'amendement indique qu'elle ne peut être postérieure à la naissance.

L'amendement n° 54 est adopté.

### **Article additionnel après l'article 36**

**M. Gérard Roche, rapporteur.** – La hausse des taux de cotisation opérée par le Gouvernement depuis 2012 rapporte 2 milliards d'euros de recettes supplémentaires. Il est impossible d'aller plus loin sans nuire à l'emploi. Il est hors de question de toucher au niveau des pensions. Reste le levier de la durée de cotisation ou du relèvement de l'âge légal. L'urgence de la situation nous conduit à privilégier le relèvement de l'âge légal, qui aura un impact important à court terme. C'est ce que je préconisais dans mon rapport présenté à la Mecss, en juillet dernier, pour ramener durablement à l'équilibre notre système de retraite. En 2016, la réforme de 2010, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale, va rapporter 5,1 milliards d'euros. Il paraît donc souhaitable d'actionner ce levier : c'est l'objet de mon amendement n° 55.

Les partenaires sociaux ont mis sur pied un accord permettant d'envisager une retraite à la carte, selon l'expression qu'a encore utilisée hier soir le directeur de l'Agirc-Arrco, venu présenter à la Mecss les stipulations de cet accord. La mesure du bonus-malus est complexe mais devrait à terme influencer sur le comportement des actifs et les conduire à partir à la retraite à 63 ans. Ce mécanisme réintroduit une disparité entre les salariés du privé et les fonctionnaires, qui pourront continuer à partir à 62 ans avec leur retraite complémentaire complète. La réforme de 2003 gommait les différences entre les deux secteurs : il n'est pas acceptable de revenir sur cet acquis.

Aussi mon amendement reporte-t-il l'âge légal de 6 mois par génération, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, pour qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, il soit porté à 63 ans pour les générations nées après le 1<sup>er</sup> janvier 1957. Contrairement à ma proposition de l'an dernier, il ne modifie pas l'âge d'annulation de la décote, qui demeure à 67 ans.

Soucieux que ce projet rencontre l'approbation des partenaires sociaux, j'ai inscrit mon amendement dans le calendrier de la mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P). J'ai longuement rencontré M. Michel de Virville. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, si quatre des dix risques de pénibilité sont entrés en vigueur, le report de l'âge légal n'obligerait les salariés qui seraient nés en 1957 à travailler que trois mois supplémentaires, à condition qu'ils réunissent au moins deux facteurs de pénibilité.

Cet amendement, qui me paraît équilibré et socialement acceptable, répond dès 2019 à la dégradation du solde des régimes de base, qui redeviendront déficitaires à cette échéance. Il évite une nouvelle spirale des déficits et préserve pour les générations futures notre système par répartition. Ma démarche est courageuse et traduit mes préoccupations sociales.

**Mme Nicole Bricq.** – M. Roche n'a pas à s'excuser de faire cette proposition. Il a travaillé sur ce sujet qu'il connaît bien. Et je salue l'accord trouvé sur les retraites complémentaires, qui apaisera les inquiétudes des cotisants. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour autant, n'est pas le bon véhicule pour une réforme de fond qui requiert la consultation des partenaires sociaux et de longs débats.

**M. Gérard Roche, rapporteur.** – Vous avez déjà dit cela l'an dernier...

**Mme Nicole Bricq.** – En 2010, nous avons passé des semaines entières...

**M. Georges Labazée.** – Dans la rue !

**Mme Nicole Bricq.** – Dans l'hémicycle ! Nous avons passé des semaines entières à animer le débat.

**M. Gérard Roche, rapporteur.** – C'est un signal que je souhaite envoyer.

**Mme Annie David.** – Nous sommes opposés à cet amendement. J'ai assisté hier soir à la présentation par le directeur général de l'Agirc-Arrco de l'accord qui vient d'être signé. Notre système de protection sociale et notre système de retraite sont en difficulté. Qui doit y contribuer, et dans quelles proportions ? Un amendement que nous venons d'adopter ne va pas dans le sens d'une solidarité généralisée... Ce projet de loi de financement comporte 26 milliards d'euros d'exonérations de cotisations patronales. Avec une telle coupe dans les recettes, comment s'étonner du déficit de notre protection sociale ? Peut-être faudrait-il moduler ces exonérations en fonction de leur efficacité sur l'emploi. Cela accroîtrait les recettes du FSV. Chacun s'enorgueillit de fêter les soixante-dix ans de la sécurité sociale, dont on entend partout qu'elle fait partie de l'ADN de notre pays. Oui, mais elle impose une certaine solidarité. Les salariés devront travailler un an de plus pour éviter une décote sur la retraite complémentaire, qui ne se limitera à 40 euros que pour les salaires les plus faibles. Je ne doute pas de l'attachement sincère de M. Roche à la solidarité nationale, mais cet amendement mérite d'être débattu avec l'ensemble des organisations syndicales. Je confirme que le projet de loi de financement n'est pas le véhicule législatif adapté !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Les 26 milliards d'euros d'exonérations sont compensés par l'Etat, qui finance cette compensation en creusant le déficit et en augmentant les impôts, pour faire jouer la solidarité nationale. Les choses ne sont pas si simples... Mme Bricq ne peut nous reprocher de ne pas faire de propositions et critiquer le véhicule législatif que nous choisissons pour les faire !

**Mme Laurence Cohen.** – La compensation n'est pas à l'euro près. Vous ne pouvez pas à la fois vanter les mérites du redressement et changer de position pour contrer nos arguments.

L'amendement n° 55 est adopté.

### **Article 36 sexies**

L'amendement de coordination n° 56 est adopté.

### **Article 39**

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'article 39 modifie profondément la structure complexe du code de la sécurité sociale. Les coordinations nécessaires sont encore en cours de recension. Mon amendement n° 57 en annonce d'autres...

L'amendement n° 57 est adopté.

### **Article 43**

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'article 43 du projet de loi prévoit un dispositif expérimental de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants. À l'alinéa 2, mon amendement n° 58 supprime les centres de santé et des maisons de santé de la liste des structures qui pourront participer à l'expérimentation. Cette liste n'a pas vocation à être exclusive, il appartiendra aux caisses primaires et aux agences régionales de sélectionner les structures les plus adéquates.

L'amendement n° 58 est adopté.

### **Article 45 ter**

L'amendement de coordination n° 59 est adopté.

### **Article 47**

Les amendements rédactionnels nos 60, 61 et 62 sont adoptés.

### **Article 49**

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Il existe plusieurs types d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui prennent en charge des situations plus ou moins lourdes. Certains sont spécialisés sur des pathologies comme les affections de l'appareil locomoteur, qui nécessitent parfois l'appareillage de personnes amputées et tout un travail de réadaptation avec prothèse. Il en résulte des charges spécifiques, qu'il faut prendre en compte. C'est l'objet de mon amendement n° 63.

**Mme Catherine Génisson.** – Le coefficient de spécialité est-il une proposition de votre part ? Existait-il déjà ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – C'est une proposition que nous faisons.

**Mme Catherine Génisson.** – Je comprends votre intention, mais cela ne manque-t-il pas de précision ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le règlement précisera les choses. L'article 49 est assez controversé. Nous nous efforçons d'aboutir à une clarification en tenant compte des arguments des uns et des autres.



*L'amendement n°63 est adopté.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Mon amendement n° 64 précise les garanties de contradictoire dont disposeront les établissements dans le cadre du contrôle exercé par les ARS. Ils pourront formuler des observations.

**Mme Catherine Génisson.** – Voilà un amendement social !

*L'amendement n° 64 est adopté.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Mon amendement n° 65 prend en compte une catégorie spécifique d'établissements privés à but non lucratif.

*L'amendement n° 65 est adopté, ainsi que l'amendement de coordination n° 66.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Dans l'amendement n° 67, je demande un rapport sur l'impact financier de la réforme et sur les hypothèses de tarifs. L'article 49 prévoit une refonte très importante des tarifs mais comporte encore de nombreuses incertitudes. Afin de ne pas déstabiliser les établissements de soins de suite et de réadaptation, il faudra faire un point d'étape sur la réforme dans les six mois. J'ai été tenté de rendre ces dispositions expérimentales. Nous devons en tous cas mieux en connaître les conséquences financières. La commission des finances déposera un amendement identique.

**Mme Catherine Génisson.** – Six mois, c'est court. Il faut au moins un an pour faire le bilan de la nouvelle tarification.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Nous avons besoin du résultat avant le projet de loi de financement pour 2017.

**Mme Corinne Imbert.** – Pourquoi ne pas avoir retenu l'expérimentation ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Parce qu'il faut avancer : les établissements de SSR publics estiment, à tort ou à raison, que le système du forfait les bloque dans leur développement, et les hôpitaux privés sont d'accord pour une convergence.

**Mme Isabelle Debré.** – Sur le principe, c'est une bonne idée. Mais un délai de six mois n'offre pas un recul suffisant. Je m'abstiendrai.

**M. Gérard Dériot, président.** – Les dates de remise des rapports sont rarement respectées...

**Mme Isabelle Debré.** – Ce n'est pas une raison !

**M. Yves Daudigny.** – Je vous propose un sous-amendement qui remplacerait les mots « au plus tard six mois » par les mots « après six mois ».

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le rapport porte sur les tarifs qui sont introduits à l'hôpital public. Comment les étalonner pour 2017 ? Sur le principe, tout le monde est d'accord, aucune expérimentation n'est donc nécessaire.

**M. Gérard Dériot, président.** – Le nouveau barème pourrait être présenté en octobre 2016.

L'amendement n° 67 est adopté.

#### **Article 50**

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Les établissements privés qui emploient des médecins libéraux ne peuvent valablement s'engager sur l'amélioration de soins sans que les médecins eux-mêmes y consentent. Mon amendement n° 68 prévoit donc que ces praticiens seront partie au contrat signé par l'ARS, car dans les établissements de santé privée, ils ne sont pas salariés.

**Mme Catherine Génisson.** – Ne sommes-nous pas là dans le domaine réglementaire ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Je me suis interrogé. Quoi qu'il en soit, les médecins n'étant pas salariés, sont-ils engagés par le contrat d'établissement ? Il faut les associer au contrat.

L'amendement n° 68 est adopté.

#### **Article 50 bis**

L'amendement rédactionnel n° 69 est adopté.

#### **Article additionnel après l'article 51**

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'amendement n° 70 porte sur les jours de carence applicables aux personnels hospitaliers.

**Mme Annie David.** – Nous sommes contre !

L'amendement n° 70 est adopté.

**La commission adopte le rapport.**

## EXAMEN DES AMENDEMENTS DES RAPPORTEURS

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
<b>Article 4</b> <b>Aménagement des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	41	Aménagement de l'assiette prise en compte pour la clause de sauvegarde et suppression, en 2016, de la contribution « hépatite C »	<b>Adopté</b>
<b>Article 7 bis</b> <b>Plafond d'exonération de la CSG et de cotisations sociales sur les indemnités de rupture du contrat de travail et de cessation forcée d'activité des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	42	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 11</b> <b>Proportionnalité des redressements pour les régimes de protection sociale complémentaire d'entreprise n'ayant pas un caractère collectif et obligatoire</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	43	Affirmation de la proportionnalité des redressements comme le droit commun et définition de ses exceptions	<b>Adopté</b>
<b>Article 12</b> <b>Recouvrement des cotisations de sécurité sociale des professions libérales</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	44	Report de l'entrée en vigueur de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 14</b> <b>Report à 2020 de l'obligation, pour les personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015, de passer au régime micro-social</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	45	Maintien du droit d'option pour le régime micro-social pour les personnes relevant du régime micro-fiscal	<b>Adopté</b>
<b>Article 14 bis</b> <b>Transfert de l'Enim à une Urssaf du recouvrement des cotisations et contributions dues pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	46	Coordination	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
<b>Article 14 septies</b> <b>Suppression de la dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants pluriactifs et les retraités actifs, versement sur option des cotisations minimales pour les bénéficiaires du RSA et traitement, par le RSI, de données à caractère personnel</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	47	Maintien de la dispense de cotisations minimales pour les retraités actifs	<b>Adopté</b>
<b>Article 15</b> <b>Réallocation du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, refonte de l'architecture et du financement du FSV, simplification des ressources affectées à la Cades</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	48	Règle d'équilibre de la première section du FSV, suppression du recours à la dernière section par voie réglementaire	<b>Adopté</b>
<b>Article 18 A</b> <b>Insertion par l'activité économique</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	49	Evaluation du dispositif dès 2016	<b>Adopté</b>
<b>Article 20</b> <b>Architecture financière de la protection universelle maladie</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	50	Amendement de coordination	<b>Adopté</b>
<b>Article 21</b> <b>Sélection des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	51	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 22</b> <b>Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	52	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 24</b> <b>Fixation des seuils de déclenchement des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	53	Suppression de la fixation du montant déclencheur de la contribution « hépatite C »	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
<b>Article additionnel après l'article 33 Versement de la prime à la naissance</b>			
Mme Cayeux, rapporteur	54	Versement de la prime à la naissance avant la naissance	<b>Adopté</b>
<b>Article additionnel après l'article 36 Relèvement de l'âge légal du départ à la retraite à 63 ans</b>			
M. Roche, rapporteur	55	Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 63 ans pour les générations nées après le 1 <sup>er</sup> janvier 1957, à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2019	<b>Adopté</b>
<b>Article 36 sexies Adaptation des règles de cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs</b>			
M. Roche, rapporteur	56	Amendement d'harmonisation rédactionnelle	<b>Adopté</b>
<b>Article 39 Création d'une protection universelle maladie</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	57	Amendement de coordination	<b>Adopté</b>
<b>Article 43 Expérimentation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	58	Suppression de la mention des centres et maisons de santé	<b>Adopté</b>
<b>Article 45 ter Régulation des dépenses</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	59	Coordination	<b>Adopté</b>
<b>Article 47 Généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les établissements et services pour personnes handicapées</b>			
Mme Giudicelli, rapporteur	60	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Mme Giudicelli, rapporteur	61	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Mme Giudicelli, rapporteur	62	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
<b>Article 49</b> <b>Réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	63	Possibilité de mise en place d'un coefficient de spécialité	<b>Adopté</b>
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	64	Précision des garanties de procédures dans le cadre du contrôle exercé par les ARS	<b>Adopté</b>
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	65	Prise en compte d'une catégorie spécifique d'établissements privés à but non lucratif	<b>Adopté</b>
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	66	Amendement de précision	<b>Adopté</b>
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	67	Remise d'un rapport sur la mise en œuvre de la réforme	<b>Adopté</b>
<b>Article 50</b> <b>Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les ARS</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	68	Signature des contrats par les praticiens libéraux intervenant dans les établissements privés	<b>Adopté</b>
<b>Article 50 bis</b> <b>Prise en charge des frais de transport sanitaire</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	69	Amendement rédactionnel	<b>Adopté</b>
<b>Article additionnel après l'article 51</b> <b>Rétablissement des journées de carence pour maladie pour les personnels hospitaliers</b>			
M. Vanlerenberghe, rapporteur général	70	Rétablissement des journées de carence pour maladie pour les personnels hospitaliers	<b>Adopté</b>