



N° 2384

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 novembre 2014.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, de **financement de la sécurité
sociale pour 2015**,

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. GÉRARD BAPT, Député.

ASSURANCE MALADIE

PAR M. OLIVIER VÉRAN, Député.

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME MARTINE PINVILLE, Députée.

ASSURANCE VIEILLESSE

PAR M. MICHEL ISSINDOU, Député.

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

PAR M. DENIS JACQUAT, Député.

FAMILLE

PAR MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU, Députée.

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale : 1^{ère} lecture :</i>	2252, 2298, 2303 et T.A. 414 .
<i>Commission mixte paritaire :</i>	2362 .
<i>Nouvelle lecture :</i>	2361 .
<i>Sénat : 1^{ère} lecture :</i>	78, 83, 84 et T.A. 24 (2014-2015).
<i>Commission mixte paritaire :</i>	100 et 101 (2014-2015).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	11
TRAVAUX DE LA COMMISSION	15
DISCUSSION GÉNÉRALE	15
EXAMEN DES ARTICLES	16
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014	16
<i>Article 3</i> (art. L. 138-19-1 à L. 138-19-7 [nouveaux] et L. 138-20 du code de la sécurité sociale) : Régulation des dépenses au titre des médicaments traitant l'hépatite C	16
<i>Article 5</i> (loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale) : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2014	17
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015	19
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	19
Chapitre I – Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs.....	19
<i>Article 7</i> (art. L. 130-1, L. 131-1, L. 131-1-1 [nouveau], L. 131-2, L. 131-3, section II du chapitre I ^{er} du titre III du livre I ^{er} , art. L. 133-10, L. 136-2, L. 136-5, L. 136-8, L. 137-11-1, L. 241-3, L. 242-13, L. 243-2, L. 244-1, L. 244-11, L. 244-14, L. 611-20, L. 612-9 et L. 613-8 du code de la sécurité sociale, art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et de la famille, art. 154 <i>quinquies</i> du code général des impôts, art. L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime et art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996) : Modification des règles relatives aux contributions sociales sur les revenus de remplacement	19
<i>Article 8</i> (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, art. 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier) : Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public.....	20

<i>Article 8 bis A</i> (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) : Approfondissement des allègements généraux de charges pour les entreprises et associations d'aide à domicile	20
<i>Article 8 bis</i> (art. L. 171-3, L. 171-6, L. 613-2, L. 613-4, L. 161-6, L. 613-5, L. 613-6, L. 613-7, L. 613-7-1, L. 622-10, L. 161-1-1 et L. 325-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 732-9 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime et art. 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014) : Simplification des règles d'affiliation des travailleurs indépendants	22
<i>Article 8 ter</i> (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) : Réduction forfaitaire de cotisations patronales pour l'emploi à domicile	23
<i>Article 9</i> (art. L. 242-4-4 [nouveau], L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-13 et L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime) : Encadrement des assiettes forfaitaires.....	25
<i>Article 10</i> (art. L. 138-10 à L. 138-13, L. 138-14 [nouveau], L. 138-15 à L. 138-19, L. 162-17-5 [nouveau] et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale) : Régulation de la progression des dépenses de médicaments par une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques	27
<i>Article 11</i> (art. 1600-0 O, 1600-0 Q et 1647 du code général des impôts, art. L. 166 D du livre des procédures fiscales, art. L. 138-9-1, L. 138-20, L. 165-5, L. 241-2 et L. 245-5-5-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-18 du code de la santé publique) : Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques.....	29
<i>Article 12</i> (art. L. 171-4, L. 171-5 [nouveaux], L. 376-1, L. 454-1, L. 613-21, L. 643-9 [nouveau], L. 644-4 [nouveau], L. 645-5-1 [nouveau], L. 723-13-1 [nouveau] et L. 723-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 733-1 [nouveau], L. 761-16, L. 761-19, L. 762-14 et L. 762-26 du code rural et de la pêche maritime) : Dispositions relatives au recours contre tiers	30
<i>Article 12 bis A</i> (art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) : Assujettissement à la CSG et aux cotisations sociales au premier euro des indemnités de rupture dépassant cinq fois le plafond de la sécurité sociale.....	31
<i>Article 12 bis B</i> (art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale) : Relèvement de la contribution exceptionnelle des employeurs sur les retraites chapeaux.....	32
<i>Article 12 bis C</i> (art. 1613 <i>ter</i> du code général des impôts) : Exclusion des boissons à base de soja de l'assiette de la contribution sur les boissons sucrées.....	33
<i>Article 12 bis</i> (art. L. 131-6 et L. 242-4-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime) : Assujettissement aux cotisations sociales des dividendes versés aux dirigeants majoritaires de SA et de SAS.....	33
<i>Article 12 ter A</i> (art. L.131-6 du code de la sécurité sociale) : Suppression de l'assujettissement à cotisations sociales des dividendes des gérants majoritaires de SARL affiliés au RSI.....	37
<i>Article 12 ter B</i> (art. 1 ^{er} de la loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011) : Suppression de la prime de partage des profits	38

<i>Article 12</i> ter (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale) : Assujettissement aux prélèvements sociaux des plans d'épargne en actions en déshérence au moment de leur clôture.....	39
<i>Article 12</i> quater (art. L. 651-1 du code de la sécurité sociale) : Exonération de la contribution sociale de solidarité des sociétés pour les sociétés coopératives artisanales et de transport	39
<i>Article 12</i> quinquies (art. 575 A du code général des impôts) : Aligement de la fiscalité applicable aux cigares et cigarillos sur celle qui s'applique aux cigarettes.....	41
<i>Article 12</i> sexies Exonération partielle de cotisations vieillesse des médecins retraités exerçant en zone sous-dense au titre du cumul emploi-retraite	43
Chapitre II – Simplification du recouvrement.....	43
<i>Article 13</i> (art. 995 et 1001 du code général des impôts et art. L. 131-8, L. 137-6, L. 137-7, L. 137-9, L. 138-20, L. 241-6, L. 862-3, L. 862-4, L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et art. 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005) : Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile	43
<i>Article 15</i> (art. L. 243-6-5 [nouveau], L. 243-7, L. 243-13 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 724-7-1 [nouveau], L. 724-7, L. 725-26 [nouveau] et L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime) : Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales.....	45
<i>Article 16</i> (art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale) : Simplification des modalités de contestation des cotisations AT-MP	45
Chapitre III – Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État.....	46
<i>Article 20</i> (ord. n° 2002-149 du 7 février 2002, ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996, art. L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime, art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et art. L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles) : Organisation comptable et budgétaire de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.....	46
<i>Article 21</i> (art. L. 131-7, L. 131-8, L. 136-8 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Réaffectation de la taxe sur les salaires, des droits de consommation sur les tabacs et de la contribution sociale de solidarité des sociétés dans le cadre de la compensation des mesures du pacte de responsabilité.....	47
TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	48
<i>Article 24</i> Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2015.....	48
<i>Article 25</i> Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2015.....	49
<i>Article 28</i> Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B) :	50

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015	51
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	51
Chapitre I ^{er} – Amélioration de l'accès aux soins et aux droits.....	51
<i>Article 29 bis A</i> Rapport au Parlement sur les dépassements d'honoraires des médecins et sur le plafonnement des remboursements des contrats responsables	51
<i>Article 29 bis</i> (art. L.322-4 du code de la sécurité sociale) : Exonération des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé de la participation forfaitaire et de la franchise médicale	53
Chapitre II – Promotion de la prévention	55
<i>Article 33</i> (art. L. 3121-1, L. 3121-2, L. 3121-2-1, L. 3821-10 du code de la santé publique et art. L. 174-16 du code de la sécurité sociale) : Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDGI).....	55
<i>Article 34</i> (art. L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique) : Les centres de vaccination.....	57
<i>Article 35</i> (art. L. 1114-5 [nouveau] du code de la santé publique et art. L. 221-1 du code de la sécurité sociale) : Financement de la démocratie sanitaire	59
Chapitre III – Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins	60
<i>Article 36</i> (art. L. 162-22-20 [nouveau] et L. 162-30-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé.....	60
Article 40 (art. L. 1432-3, L. 1432-5, L. 1432-6, L. 1435-8, L. 1435-9 et L. 1435-10 du code de la santé publique) : Réforme des modalités de gestion et restructuration des missions du fonds d'intervention régional (FIR)	61
Chapitre IV – Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes.....	63
<i>Article 42</i> (art. L. 162-1-17 et L. 1623-30-3 [nouveau] du code de la santé publique) : Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé	63
<i>Article 43 ter</i> (art L. 5125-23-2, L. 5125-23-4 [nouveau] du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sociale) : Substitution des médicaments dispensés par voie inhalée	65
<i>Article 44</i> (art. L. 162-22-7-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Mesure de sensibilisation à la prescription de produits de la liste en sus.....	69
<i>Article 45 bis</i> (art. L. 1112-1 du code de la santé publique) : Obligation de transmission d'une lettre de liaison à la sortie de l'hôpital.....	71
Chapitre V – Paiement des produits de santé à leur juste prix.....	72

<i>Article 47</i> (art. L. 162-16-6, L. 162-22-7 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale) : Publication des tarifs de responsabilité des produits de santé de manière simultanée à leur inscription sur la liste en sus	72
<i>Article 47 bis</i> (art L. 161-37, L. 161-39, L. 162-12-15, L. 162-16-4, L. 162-17-6, L. 162- 17-7, L. 165-2 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale) : Intérêt thérapeutique relatif	74
<i>Article 47 ter</i> (art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale) : Condition de réalisation d’essais cliniques avec comparateurs pour l’inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables	75
<i>Article 47 quater</i> (art. L. 5213-3 du code de la santé publique, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale) : Avis de la Commission évaluation économique et de santé publique de la Haute autorité de santé sur l’inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables	76
Chapitre VI – Amélioration de l’efficience de la dépense des établissements de santé	77
<i>Article 48</i> (art. L. 162-22-2-1 [nouveau], art. L. 162-22-3, L. 162-22-5 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale) : Création d’une dotation prudentielle sur le champ OQN...	77
<i>Article 49 bis</i> Instauration de trois journées de carence dans la fonction publique hospitalière.....	78
Chapitre VII – Autres mesures	82
<i>Article 51</i> (art. L. 1221-8, L. 1221-9, L. 1221-10, L. 1221-13, L. 1222-8, L. 1223-1, L. 5121-1, L. 5221-3, et L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique) : Adaptation du régime du plasma thérapeutique à la qualification du plasma industriel en médicament dérivé du sang	82
<i>Article 52 bis</i> (art. 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé) : Prolongement de la durée de l’expérimentation permettant à certains médecins hospitaliers de consulter le dossier pharmaceutique du patient hospitalisé avec son consentement	83
<i>Article 53</i> (art. L. 14-10-5 du code de l’action sociale et des familles) : Fixation des dotations au FMESPP, à l’ONIAM, l’EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l’année 2015, modification des règles applicables aux dotations de la CNSA aux opérateurs	84
<i>Article 53 bis A</i> (art. L. 14-10-5 du code de l’action sociale et des familles) : Détermination de taux d’affectation fixe de la contribution de solidarité pour l’autonomie en faveur des personnes handicapées.....	85
<i>Article 53 bis B</i> (art. L. 14-10-5 du code de l’action sociale et des familles) : Affectation en 2015 de 50 % du produit de la CASA à un plan d’investissement dans le secteur médico-social	86
<i>Article 53 bis C</i> (art. L. 312-8-1 nouveau du code de l’action sociale et des familles) : Permettre des évaluations communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire	87

<i>Article 53 bis D</i> (art. L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles) : Amortissement du financement des évaluations externes dans les services d'accompagnement pour adultes handicapés.....	88
<i>Article 53 bis E</i> (art. L. 441-3 du code de l'action sociale et des familles) : Compétence du directeur général d'ARS pour la prise en charge par une famille d'accueil d'un jeune adulte handicapé	89
<i>Article 53 bis</i> Demande de rapport sur la fiscalité des EHPAD	90
<i>Article 53 ter</i> Demande de rapport sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	91
<i>Article 54</i> Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2015	92
<i>Article 55</i> ONDAM et sous-ONDAM pour 2015.....	93
TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE	95
<i>Article 56 A</i> (art. L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale) : Relèvement graduel de l'âge légal de départ à la retraite	95
<i>Article 56 B</i> Instauration d'un régime de retraites par points ou par comptes notionnels dans le cadre d'une réforme systémique du système de retraites	96
<i>Article 56</i> Aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants de harkis.....	97
TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE	98
<i>Article 61 AA</i> Rapport du Gouvernement au Parlement sur la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant	98
<i>Article 61 A</i> (art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale) : Modulation des montants d'allocations familiales en fonction des revenus	99
<i>Article 61 B</i> (art. L. 521-2 et L. 543-1 du code de la sécurité sociale) : Modulation de la part des allocations familiales versées à la famille dont l'enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance et versement au Département de l'allocation de rentrée scolaire.....	103
<i>Article 62</i> Objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2015	105
TITRE VI DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	106
<i>Article 65</i> (art. L. 114-17 et L. 114-18 du code de la sécurité sociale) : Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraude aux prestations familiales et vieillesse.....	106
<i>Article 66</i> (art L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale et art L. 725-12-2 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) : Régularisation des déclarations à la suite d'un contrôle.....	107

<i>Article 66 bis</i> (art. L. 243-7-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Encadrement du contrôle des cotisants par les inspecteurs	108
<i>Article 66 ter</i> (art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale) : Caractère suspensif de la contestation de la mise en demeure.....	109
<i>Article 69</i> (art. L. 8224-2, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail et art. L. 133-6-8-4, L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale) : Lutte contre la fraude aux cotisations sociales	109
TABLEAU COMPARATIF	113

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 28 octobre 2014. Alors que le projet initial comportait 66 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 92, un article ayant été supprimé.

Le Sénat a adopté 47 articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale, et a confirmé la suppression de l'article 61. Il a ajouté 24 articles additionnels.

Le Sénat et l'Assemblée nationale ont adopté la première partie, relative à l'exercice 2013, conforme (soit les articles 1^{er} et 2 et l'annexe A).

Dans la **deuxième partie**, relative à l'exercice 2014, le Sénat a adopté les articles 4 et 6 dans les mêmes termes que l'Assemblée.

Dans la **troisième partie**, portant sur les dispositions relatives aux **recettes et à l'équilibre général** pour 2015, le Sénat a adopté 13 articles dans la rédaction de l'Assemblée nationale :

– **l'article 8 quater**, précisant le champ de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi au domicile des personnes fragiles ;

– **l'article 8 quinquies**, prévoyant que le taux de la cotisation au Fonds national d'aide au logement (FNAL) est fixé par décret simple ;

– **l'article 14**, visant à prélever les cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes de congés payés directement sur la cotisation appelée par la caisse de congés payés ;

– **l'article 15 bis**, visant à mettre en place un plan de désendettement social pour les exploitants agricoles corses ;

– **l'article 15 ter**, exonérant de certaines cotisations et contributions les employeurs affectés par l'interruption de dessertes maritimes vers la Corse en juin et juillet 2014 ;

– **l'article 16 bis**, proposant une mesure de coordination avec les dispositions de l'article 16 ;

– **l'article 17**, modernisant le recouvrement des cotisations du régime de la mutualité sociale agricole ;

– **l'article 18**, créant un guichet unique pour les prestations familiales des marins ;

– **l'article 19**, finançant les besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles ;

– **l'article 22**, modifiant les modalités de versement de l'État à la sécurité sociale des recettes des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine au titre de l'« *exit tax* » ;

– **l'article 23**, approuvant le montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 ;

– **l'article 26**, approuvant le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), déterminant l'objectif d'amortissement de la dette sociale et les prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et de la section 2 du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2015 ;

– **l'article 27**, habilitant les régimes de base et les organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.

Dans la **quatrième partie**, comportant les dispositions relatives aux dépenses pour 2015, 20 articles relevant du titre premier, dont l'objet est de fixer les dispositions relatives aux *dépenses d'assurance maladie*, ont été adoptés conformes ; il s'agit de :

– **l'article 29**, instaurant le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ;

– **l'article 30**, exonérant l'assuré de la participation sur l'honoraire complémentaire de dispensation facturé par le pharmacien en cas d'ordonnance complexe ;

– **l'article 30 bis**, étendant aux propharmaciens l'honoraire de dispensation prévu par la convention pharmaceutique ;

– **l'article 31**, élargissant les cas de transfert de l'indemnité du congé maternité en cas de décès de la mère au cours de ce congé ;

– **l'article 32**, réformant le financement des soins aux détenus ;

– **l'article 33 bis**, prévoyant la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur le dispositif d'accès à la contraception de manière anonyme et gratuite pour les mineures d'au moins quinze ans ;

– **l'article 37**, créant un statut d'hôpital de proximité ;

– **l'article 37 bis**, instaurant une expérimentation de dispositifs d'accueil pré et post-hospitalisation ;

– **l'article 38**, instaurant un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ;

– **l'article 39**, définissant des mesures de soutien de la médecine ambulatoire de montagne ;

– **l'article 41**, réformant les dispositifs relatifs à l'innovation ;

– **l'article 42 bis**, prévoyant la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur la diffusion des bonnes pratiques au sein des équipes médicales hospitalières ;

– **l'article 43**, renforçant les obligations relatives à l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables ;

– **l'article 43 bis**, étendant le répertoire des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou minérale ;

– **l'article 44 bis**, incitant à la prescription de médicaments génériques dans les établissements de santé ;

– **l'article 45**, réformant l'accès des entreprises de taxis au conventionnement assurance maladie pour le transport assis de patient ;

– **l'article 46**, créant le dispositif de « l'écart médicament indemnisable » sur les produits de rétrocession ;

– **l'article 49**, réformant le pilotage de la dépense d'assurance maladie relative aux soins urgents ;

– **l'article 50**, prévoyant la réparation par l'ONIAM des dommages imputables aux seuls actes de soins à finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructive ;

– **l'article 52**, forfaitisant le capital décès.

Dans le titre II comportant les dispositions relatives aux *dépenses d'assurance vieillesse*, le Sénat a adopté deux articles conformes ; il s'agit de :

– **l'article 56 bis**, renvoyant à un décret le soin d'adapter les règles du cumul emploi-retraite pour les artistes du ballet de l'Opéra national de Paris ;

– **l'article 57** fixant le montant des objectifs de dépenses d'assurance vieillesse.

Les trois articles du titre III, comportant les dispositions relatives aux dépenses de la *branche des accidents du travail et des maladies professionnelles* (AT-MP), ont été adoptés dans les mêmes termes par les deux assemblées. Il s'agit de :

– **l'article 58**, fixant le montant des contributions de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et à l'assurance maladie ;

– **l'article 59**, visant à ouvrir le bénéfice des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle aux aides familiaux, aux associés ou collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ;

– **l'article 60**, fixant le montant des objectifs de dépenses de la branche AT-MP.

Dans le titre IV, relatif aux dépenses de la *branche famille*, la Sénat a supprimé, conformément à l'Assemblée nationale en première lecture, **l'article 61** qui visait à moduler les montants de la prime à la naissance ou à l'adoption en fonction du rang de l'enfant.

Dans le titre V portant sur les dispositions relatives aux *organismes concourant au financement des régimes obligatoires*, **l'article 63** fixant le montant du transfert au FSV et **l'article 64** prévoyant le montant des charges du FSV ont été adoptés conformes.

Dans le titre VI, comportant les dispositions relatives à la *gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude*, trois articles ont été adoptés conformes ; il s'agit de :

– **l'article 65 A**, rationalisant les systèmes d'information de la branche famille ;

– **l'article 67**, ajoutant le montant des prestations sociales dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) ;

– **l'article 68**, exigeant le remboursement des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de recours au travail dissimulé.

Dans ces conditions et en raison de l'échec de la commission mixte paritaire qui s'est réunie le 18 novembre, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner les 69 articles qui restent encore en discussion.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission des affaires sociales examine, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 lors de sa séance du jeudi 20 novembre 2014.

Mme Catherine Lemorton, présidente. À la suite de l'échec de la commission mixte paritaire qui s'est réunie mardi matin, nous devons examiner aujourd'hui le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015 dans le texte du Sénat, avant qu'il ne le soit en séance publique le lundi 24 novembre à partir de seize heures.

Le projet de loi adopté en première lecture par notre assemblée le 28 octobre dernier comportait quatre-vingt-douze articles. Le Sénat a adopté quarante-sept articles dans les mêmes termes et a confirmé la suppression de l'article 61. Il a ajouté vingt-quatre articles additionnels. Nous pouvons nous féliciter que, contrairement aux deux années précédentes, il ait conduit ce travail jusqu'au bout.

Si la CMP a échoué, c'est que nos positions sont restées irréconciliables sur les dispositions les plus importantes du texte, telles que la réduction de 1 milliard d'euros de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), essentiellement au détriment du secteur hospitalier, le refus de la modulation des prestations familiales, l'introduction de trois jours de carence dans la fonction publique hospitalière ou le recul de l'âge de la retraite.

Dans ces conditions, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner les soixante-neuf articles qui restent encore en discussion.

La Commission passe à l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

EXAMEN DES ARTICLES

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

Article 3

(art. L. 138-19-1 à L. 138-19-7 [nouveaux] et L. 138-20 du code de la sécurité sociale)

Régulation des dépenses au titre des médicaments traitant l'hépatite C

L'article 3 définit une contribution mise à la charge des entreprises exploitant les médicaments traitant l'hépatite C, pour le cas où les dépenses les plus dynamiques à ce titre dépasseraient des montants définis par la loi, respectivement 450 millions d'euros en 2014 et 700 millions d'euros en 2015. Ce mécanisme de régulation exceptionnel vise en outre à peser favorablement sur les différentes négociations du prix des traitements innovants, à court et moyen termes, entre les entreprises concernées et le comité économique des produits de santé (CEPS).

Le Sénat a adopté cet article en l'assortissant de deux modifications qui affaiblissent la portée de ce dispositif exceptionnel de régulation.

Un premier amendement de MM. Gilles et Milon et de sénateurs du groupe UMP, adopté sur avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement, a fixé à 80 % de la contribution le montant des remises accordées au CEPS permettant une exonération de cette contribution, contre 90 % dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

En alignant ce taux sur celui prévu à l'article 10 au projet de loi de financement qui définit la régulation des dépenses au titre de l'ensemble des médicaments, le Sénat diminue le pouvoir de négociation du CEPS et fait porter, in fine, une dépense supplémentaire sur toutes les entreprises du médicament.

Un second amendement de MM. Gilles et Milon et de sénateurs du groupe UMP, sur avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement, a exclu l'application de ce dispositif de régulation pour l'année 2016. Votre rapporteur estime que ceci présente le risque de priver les pouvoirs publics de tout mécanisme de régulation à la fin de l'année 2015, et revient donc, à nouveau, à fragiliser la position du CEPS dans les négociations en cours.

L'amendement prévoit en outre la remise du rapport d'évaluation au plus tard le 15 octobre 2015 au lieu du 15 octobre 2016, ce qui ne permettra manifestement pas d'en évaluer les effets avec un recul suffisant.

Aussi, votre rapporteur propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale.

En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales a adopté quatre amendements du rapporteur : outre un amendement rédactionnel, deux amendements supprimant les modifications apportées par le Sénat et un amendement simplifiant les modalités de régularisation des montants de la contribution dans les cas où la fixation définitive du prix d'un médicament prescrit initialement dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) a fait varier les montants à acquitter.

*

La Commission examine l'amendement AS47 de M. Olivier Véran, rapporteur pour l'assurance maladie.

M. Olivier Véran, rapporteur pour l'assurance maladie. Il s'agit d'exiger à nouveau que les remises conventionnelles représentent au moins 90 % du montant de la contribution dans le cadre de l'enveloppe W, qui est un dispositif exceptionnel de maîtrise des dépenses, alors que le Sénat a fixé ce seuil à 80 %.

M. Jean-Pierre Door. Nous nous exprimerons peu ce matin, puisque nous n'avons pas les moyens de vous faire changer de ligne. Alors que, les années précédentes, le Sénat n'avait pas poursuivi l'examen du PLFSS au-delà de la première étape, il a, cette année, marqué le texte par des orientations nouvelles. Nous savons que vous entendez en supprimer un certain nombre.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS48 et l'amendement de précision AS100 de M. Olivier Véran, rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS50 du même auteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le Sénat ayant limité le dispositif à 2014 et 2015, nous souhaitons le rétablir pour 2016 également. Rappelons qu'il ne se déclenche que si les dépenses augmentent quatre à cinq fois plus vite que l'ONDAM.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 modifié.

Article 5

(loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2014

Conformément aux dispositions organiques, l'article 5 propose de rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses, et les tableaux d'équilibre

pour 2014, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Il arrête par ailleurs l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit. Il s'agit respectivement de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), des prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article avec une simple modification rédactionnelle.

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement de sa commission prévoyant que le FSV ne finance que la prime exceptionnelle décidée par le Gouvernement en compensation de l'absence de revalorisation des pensions de retraite de base en 2014, en raison d'une inflation très faible et de la régularisation des revalorisations antérieures, et non pas tout avantage non contributif institué en faveur des retraités.

En nouvelle lecture, votre commission a rétabli cet article dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve de deux modifications rédactionnelles.

*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS1 de M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.*

La Commission examine l'amendement AS2 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.
Cet amendement rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de permettre au Fonds de solidarité vieillesse de financer la prime exceptionnelle de 40 euros annoncée en faveur des retraités.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

*Elle **adopte** enfin la deuxième partie du projet de loi **modifiée**.*

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA
TRÉSORERIE

CHAPITRE I

Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7

(art. L. 130-1, L. 131-1, L. 131-1-1 [nouveau], L. 131-2, L. 131-3, section II du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er}, art. L. 133-10, L. 136-2, L. 136-5, L. 136-8, L. 137-11-1, L. 241-3, L. 242-13, L. 243-2, L. 244-1, L. 244-11, L. 244-14, L. 611-20, L. 612-9 et L. 613-8 du code de la sécurité sociale, art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et de la famille, art. 154 *quinquies* du code général des impôts, art. L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime et art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

**Modification des règles relatives aux contributions sociales
sur les revenus de remplacement**

Cet article substitue un critère de revenu fiscal au critère actuel de montant d'impôt sur le revenu mis en recouvrement pour l'assujettissement au taux normal de CSG sur les revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, allocations chômage et préretraites).

Il procède par ailleurs à un toilettage des dispositions qui régissent le recouvrement de la CSG sur les revenus de remplacement afin de les rendre plus lisibles et d'en simplifier la gestion.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels, dont un présentant de façon plus claire les nouveaux seuils pour l'application des taux de CSG sur les revenus de remplacement.

Le Sénat a adopté un amendement de coordination de la commission, avec l'avis favorable du Gouvernement.

En nouvelle lecture, votre commission a adopté un amendement rédactionnel et un amendement de coordination.

*

*La Commission **adopte** successivement l'amendement rédactionnel AS3 et l'amendement de coordination AS24 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 7 **modifié**.*

Article 8

(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, art. 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier)

Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public

Cet article vise à créer un cadre social adapté à certaines activités occasionnelles accomplies par des professionnels, en général à titre accessoire, sous forme de concours à des missions de service public, notamment dans le domaine sanitaire et social.

Par ailleurs, il supprime l'exonération dont bénéficiaient jusqu'alors les indemnités versées aux membres des chambres des métiers et de l'agriculture ainsi que celle applicable aux indemnités pour perte de gain que perçoivent les administrateurs des caisses de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant.

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement de coordination avec le code rural et de la pêche maritime.

Le Sénat a supprimé cet article.

Votre commission a rétabli cet article en nouvelle lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS4 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement rétablit le texte de l'Assemblée nationale, avec une modification rédactionnelle à l'alinéa 5.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

Article 8 bis A

(art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)

Approfondissement des allègements généraux de charges pour les entreprises et associations d'aide à domicile

Inséré par le Sénat à l'initiative de Mme Doineau, contre l'avis du Gouvernement, le rapporteur s'en étant remis à la sagesse de la chambre, cet article propose d'aligner l'assiette des cotisations patronales s'appliquant à l'exonération « aide à domicile » sur l'assiette des allègements généraux de cotisations sociales approfondis par le pacte de responsabilité (c'est-à-dire y

compris la cotisation au fonds national d'aide au logement, la contribution de solidarité pour l'autonomie et les cotisations AT-MP).

Actuellement, les associations et entreprises intervenant au domicile des personnes fragiles (personnes âgées dépendantes, handicapées, familles en difficultés...) bénéficient du dispositif du paragraphe III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, qui les exonère de cotisations patronales sur les salaires des aides à domicile. Il s'agit d'une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations AT-MP, sans plafond de rémunération.

Les allègements généraux de cotisations sociales consistent en une réduction dégressive des cotisations patronales de sécurité sociale, calculée en fonction de la rémunération annuelle du salarié et applicable au titre des gains et rémunérations inférieurs à 1,6 SMIC. L'approfondissement de ces allègements généraux prévu par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 résulte de l'élargissement des allègements actuels pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC à d'autres catégories de cotisations (cotisation au fonds national d'aide au logement, contribution de solidarité pour l'autonomie et cotisations AT-MP dans la limite de 1 %), doublée d'une réduction linéaire de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales pour la même fourchette de rémunérations, pour les employeurs.

En alignant l'assiette des cotisations patronales s'appliquant à l'exonération « aide à domicile » sur l'assiette des allègements généraux de cotisations sociales approfondis par le pacte de responsabilité, le présent article accroîtrait l'avantage dont bénéficient les structures intervenant à domicile, puisque les exonérations restent sans limite de salaire. En effet, si au niveau du SMIC, les allègements généraux élargis par le pacte de responsabilité sont devenus plus favorables que l'exonération « emploi au domicile des personnes fragiles », en revanche, dès 1,05 SMIC les exonérations « emploi à domicile » sont à nouveau plus généreuses que les allègements Fillon approfondis.

Enfin, les associations et entreprises qui interviennent dans le champ de l'aide à domicile ne sont pas en concurrence avec des entreprises qui bénéficieraient du pacte de responsabilité.

Votre commission a supprimé cet article en nouvelle lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS5 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je propose de supprimer cet article qui élargit le champ de l'exonération de cotisations patronales dont bénéficient les employeurs de salariés intervenant au domicile des publics fragiles, les

associations et entreprises dont il est question étant en effet déjà exonérées de cotisations patronales.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 8 bis A est supprimé.

Article 8 bis

(art. L. 171-3, L. 171-6, L. 613-2, L. 613-4, L. 161-6, L. 613-5, L. 613-6, L. 613-7, L. 613-7-1, L. 622-10, L. 161-1-1 et L. 325-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 732-9 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime et art. 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014)

Simplification des règles d'affiliation des travailleurs indépendants

Ajouté en première lecture par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, le présent article modifie les règles d'affiliation des travailleurs indépendants en prévoyant que :

– les personnes qui exercent deux activités et celles qui à la fois exercent une activité et sont titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité, lorsque ces personnes relèvent à l'un de ces titres de l'assurance maladie du RSI ou du régime des non-salariés agricoles, bénéficient, dans des conditions fixées par décret, des prestations en nature de l'un ou l'autre des régimes d'assurance maladie auxquels elles sont affiliées. Ce décret ouvrira la possibilité à ces assurés d'opter pour le régime qui leur sert ces prestations ;

– les travailleurs indépendants exerçant deux activités non salariées, l'une non agricole et l'autre agricole, sont affiliés à un seul des régimes de non-salariés dans des conditions fixées par décret ;

– les bénéficiaires du nouveau régime micro-social, tel qu'issu de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, sont affiliés au RSI à la date à compter de laquelle ils relèvent des régimes micro-fiscaux et non plus à la date à laquelle il déclare un premier chiffre d'affaires positif ;

– des règles de coordination entre régimes d'assurance maladie sont instaurées par décret pour les pluri-pensionnés.

Par ailleurs, cet article ouvre la possibilité aux pluriactifs qui relèvent du RSI et d'un autre régime, ainsi qu'aux travailleurs indépendants bénéficiaires du RSA, dans un souci d'équité avec les bénéficiaires du nouveau régime micro-social, d'opter pour le paiement des cotisations minimales dont ils sont normalement dispensés. En outre, il tire les conséquences de la sortie des régimes micro-fiscaux pour les micro-entrepreneurs bénéficiant de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (ACCRE).

Ces mesures n'entraînent pas d'aggravation globale des charges de la sécurité sociale. D'une part, les dispositions relatives à l'affiliation sont neutres pour l'ensemble des régimes (même si elles pourront emporter des effets différenciés régime par régime) car elles ne changent pas le principe que les prestations en nature sont toujours servies par un seul régime, sans dépenses supplémentaires. D'autre part, la suppression de l'affiliation à la date de déclaration du premier chiffre d'affaires ne crée pas de charge supplémentaire en 2015 puisque cette disposition ne devait entrer en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2016 et que le présent article revient au droit actuellement applicable.

Inversement, les mesures proposées induisent des recettes nouvelles pour le RSI par la création d'une possibilité d'option pour les cotisations minimales pour des personnes pour lesquelles cette faculté n'était jusqu'à présent pas ouverte (bénéficiaires du RSA et pluriactifs).

Le Sénat a adopté un amendement de coordination, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Votre commission a adopté un amendement de coordination.

*

*La Commission **adopte** l'amendement de coordination AS6 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 8 bis **modifié**.*

Article 8 ter

(art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)

Réduction forfaitaire de cotisations patronales pour l'emploi à domicile

Cet article crée une déduction forfaitaire de cotisations patronales pour l'emploi à domicile ayant pour objet la garde d'enfants âgés de 6 à 13 ans révolus. Issu d'un amendement gouvernemental adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, il s'est substitué à un amendement de votre commission qui proposait de porter à 1,50 euro la déduction forfaitaire de cotisations patronales s'appliquant à tous les emplois à domicile des particuliers.

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a créé une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès de 75 centimes par heure déclarée. Cette déduction n'est cumulable ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

Cette déduction forfaitaire avait été créée alors que le nombre de salariés à domicile déclarés et la masse salariale afférente étaient en baisse, avec 12 000 équivalents temps plein perdus en 2012. Cette baisse intervenait dans un contexte d'augmentation importante du coût de l'emploi à domicile : après la suppression de l'abattement de 15 points sur les cotisations patronales au 1^{er} janvier 2012, le régime de la déclaration au forfait a été supprimé au 1^{er} janvier 2013 afin de protéger les droits des salariés concernés.

Cependant, la chute de l'emploi à domicile déclaré a continué, avec 16 000 équivalents temps plein perdus en 2013, la tendance se confirmant en 2014.

Considérant qu'une partie de cette baisse est vraisemblablement liée à un passage de l'emploi déclaré à l'emploi non déclaré, dans un secteur qui est très difficilement contrôlable, votre commission a adopté à l'unanimité, à l'initiative de votre rapporteur et de M. Vercamer, un amendement portant la déduction forfaitaire horaire à 1,50 euro, dans l'idée de « reconquérir » de l'emploi déclaré.

Le coût de cette mesure était estimé à 180 millions d'euros, mais une partie de cette perte aurait été compensée par l'augmentation de la masse salariale déclarée.

Considérant que cette mesure n'était pas suffisamment ciblée et qu'elle risquait d'entraîner des effets d'aubaine, pour un coût trop important pour les finances publiques, le Gouvernement a proposé de la limiter à la garde d'enfants de 6 à 13 ans révolus, pour un nombre maximal d'heures qui sera fixé par décret à 40 heures par mois (soit environ 2 heures par jour travaillé). Au-delà de ce plafond, la déduction horaire de 75 centimes continuera à s'appliquer. C'est cette mesure que l'Assemblée nationale a adoptée.

Le choix de cette tranche d'âge se justifie par le fait que le versement du complément du libre choix de mode de garde ⁽¹⁾ s'interrompt à partir de 6 ans, et qu'au-delà de 14 ans, l'enfant a moins besoin d'être gardé et les allocations familiales sont majorées.

La déduction majorée s'appliquera dans la limite d'un plafond horaire et sous réserve que les salaires soient déclarés sur le site internet « Pajemploi », afin de permettre aux caisses d'allocations familiales de procéder à des vérifications sur l'âge des enfants. En effet, le site du chèque emploi service universel, sur lequel peuvent être déclarés tous les emplois à domicile, ne permet pas de connaître l'activité du salarié employé, tandis que le site « Pajemploi » doit être utilisé par les employeurs bénéficiaires des prestations d'accueil du jeune enfant et peut être encore utilisé pour les gardes d'enfants lorsque ces derniers ont dépassé l'âge de 6 ans.

(1) Dont le montant se situe entre 87,19 euros et 460,93 euros par mois selon les revenus et le nombre d'enfants à charge.

Le Gouvernement évalue le coût de cette mesure à 75 millions d'euros en 2015.

Le Sénat a modifié cet article afin que la déduction forfaitaire de 1,50 euro porte sur l'ensemble des emplois à domicile – ainsi que l'avait proposé votre commission.

En nouvelle lecture, votre commission a adopté cet article dans les mêmes termes que le Sénat.

*

La Commission adopte l'article 8 ter sans modification.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous nous réjouissons que vous ne soyez pas revenus sur la décision du Sénat à l'article 8 *ter* et nous espérons que cette position sera maintenue en séance publique, malgré les pressions du Gouvernement, qui demandera certainement de limiter le plafond voté en commission.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous avez raison d'insister sur ce point. Ce sont souvent des députés d'autres commissions qui reviennent sur les décisions prises par la nôtre. Nous serons vigilants : à nous tous de trouver les arguments pour convaincre le Gouvernement.

Article 9

(art. L. 242-4-4 [nouveau], L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-13 et L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime)

Encadrement des assiettes forfaitaires

Le présent article, dans sa version initiale, visait à limiter à 30 % le taux d'abattement pouvant être appliqué à la rémunération réelle dans les cas où les cotisations sociales sont calculées sur une assiette forfaitaire, dans un souci de protection des droits sociaux. La partie législative du code de la sécurité sociale renvoie en effet à des arrêtés ministériels le soin de fixer, pour certaines catégories d'assujettis, des assiettes forfaitaires de cotisations de sécurité sociale.

Pour ne pas pénaliser l'emploi dans les secteurs dans lesquels la demande de travail des entreprises ou des associations est particulièrement sensible à son coût, cet encadrement ne concernait que les rémunérations supérieures à 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

À l'initiative de votre commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de rédaction globale de cet article afin de mieux encadrer la possibilité pour le pouvoir réglementaire de moduler l'assiette des cotisations, mettant fin à une situation d'incompétence négative de la loi.

Le dispositif proposé encadre la possibilité pour le pouvoir réglementaire de fixer des assiettes forfaitaires par décret (et non plus par arrêté) :

– l’existence des assiettes « protectrices » en vigueur est expressément prévue par une disposition précisant que des assiettes forfaitaires peuvent être créées pour les salariés ou assimilés non soumis au SMIC ainsi que pour ceux entrant dans le champ d’application de l’article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ ; un sous-amendement du Gouvernement a précisé que ces assiettes forfaitaires protectrices ne pouvaient être supérieures au SMIC ;

– le dispositif prévu par le présent article est conservé en ce qui concerne les assiettes forfaitaires « à vocation d’optimisation sociale » : il limite à 30 % l’abattement d’assiette pouvant être prévu par décret, lorsque la rémunération est supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale correspondant à la durée du travail ;

– une disposition transitoire permet de maintenir applicables celles des assiettes fixées par arrêtés qui ne seraient pas conformes aux dispositions du code de la sécurité sociale tel que modifié par l’article 9, jusqu’au 31 décembre 2015 au plus tard. Dans l’intervalle, le Gouvernement devra remplacer par des décrets les arrêtés existants.

Avec l’avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de précision concernant la limitation des assiettes forfaitaires d’optimisation sociale : il s’agit de comparer l’assiette forfaitaire à la rémunération effective pour vérifier qu’elle soit au moins égale à 70 %, plutôt que de comparer les cotisations calculées sur la base forfaitaire aux cotisations calculées sur la rémunération effective. Ce dispositif est plus simple : il n’oblige pas à calculer les cotisations qui auraient été dues sur la rémunération effective.

Votre commission a adopté un amendement rédactionnel en nouvelle lecture.

*

*La Commission **adopte** l’amendement rédactionnel AS7 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l’article 9 **modifié**.*

(1) C’est-à-dire les professions assujetties de plein droit au régime général de la sécurité sociale, qu’elles soient salariées ou non, par exemple les vendeurs à domicile, les gérants de SARL qui détiennent moins de la moitié du capital, les artistes du spectacle et les mannequins, les assistantes maternelles, etc.

Article 10

(art. L. 138-10 à L. 138-13, L. 138-14 [nouveau], L. 138-15 à L. 138-19, L. 162-17-5 [nouveau] et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale)

Régulation de la progression des dépenses de médicaments par une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

L'article 10 réforme le mécanisme de la clause de sauvegarde, dit « taux K », qui vise à assujettir les entreprises pharmaceutiques à une contribution pour le cas où la progression du chiffre d'affaires hors taxe des spécialités pharmaceutiques dépasse un taux fixé par la loi. Sous la nouvelle dénomination de « taux L », les modalités d'établissement de la contribution sont simplifiées, l'assiette est élargie et l'assurance maladie se voit garantir un rendement minimal de contribution en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde, même si les remises consenties par les entreprises au comité économique des produits de santé (CEPS) sont importantes.

Au préalable, votre rapporteur se félicite de l'adoption par le Sénat dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale du IV de cet article qui étend à l'ensemble des produits entrant dans le champ de compétence du CEPS la faculté pour ce dernier d'allouer une enveloppe maximale de dépenses au-delà de laquelle il peut décider une baisse du prix.

Cependant, le Sénat a adopté trois amendements de MM. Gilles et Milon et de sénateurs du groupe UMP, sur avis défavorable du Gouvernement, qui fragilisent ce mécanisme visant à sécuriser l'ONDAM.

Le Sénat a exclu du déclenchement et de l'assiette de calcul du taux L, la part de chiffre d'affaires sur laquelle est appliquée la contribution au titre de l'hépatite C, alors que l'assiette est déjà minorée de la contribution acquittée à ce titre : il paraît bien nécessaire de prendre en compte les chiffres d'affaires particulièrement dynamiques, qui impactent particulièrement les dépenses de l'assurance maladie

Le Sénat a prévu que les dépassements d'une année donnée ne seront pas pris en compte pour le déclenchement de la régulation l'année suivante : ceci peut inciter les entreprises pharmaceutiques à ne pas respecter les objectifs définis par l'ONDAM, puisque les dépassements d'une année ne seraient pas pris en compte l'année suivante

Enfin le Sénat a porté le taux L pour 2015 de – 1 % à 0 %, ce qui n'est pas compatible avec les objectifs d'économies au titre du médicament fixés par l'ONDAM.

Votre rapporteur propose donc de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale lors de la première lecture.

En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales a adopté cinq amendements du rapporteur : un amendement rédactionnel, trois amendements

supprimant les modifications apportées par le Sénat et un amendement de simplification des modalités de régulation des montants de la contribution, similaire à l'amendement adopté à l'article 3.

*

La Commission examine l'amendement AS64 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit de rétablir le chiffre d'affaires des médicaments de l'hépatite C dans l'assiette de calcul en cas de dépassement du taux L.

M. Jean-Pierre Door. Je regrette que vous reveniez sur cette décision du Sénat. L'article 3 et l'article 10 pénalisent les mêmes entreprises pharmaceutiques, en particulier les laboratoires qui ont conduit des recherches sur des médicaments innovants. C'est une double peine.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il ne s'agit pas, en l'occurrence, de ceux qui ont conduit la recherche, mais de ceux qui ont réalisé une OPA sur une *start-up* américaine ayant mené la recherche.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Je rappelle en effet que la société Gilead a racheté Pharmasset, à l'origine de la recherche.

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS65 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit de rétablir la prise en compte des dépassements de l'année précédente pour établir si la progression du chiffre d'affaires dépasse le taux L l'année suivante.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS66 et l'amendement de précision AS101 de M. Olivier Véran, rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS67 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement fixe le niveau du taux L, porté par le Sénat à 0 %, à moins 1 %, conformément à notre volonté de maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Barbier. Vous taxez des laboratoires dont le chiffre d'affaires est en baisse : c'est incroyable, dans un pays qui veut relancer la croissance.

Puisque vous avez évoqué Gilead, je signale que, s'il s'agit en effet d'un rachat de laboratoire, cette opération est intervenue alors que les essais thérapeutiques sur les molécules n'étaient pas terminés ; l'acheteur a supporté une partie de la recherche.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le prix était déjà fixé.

M. Jean-Pierre Barbier. Le vrai problème, c'est le manque d'anticipation du financement de l'innovation dans notre pays.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

Article 11

(art. 1600-0 O, 1600-0 Q et 1647 du code général des impôts, art. L. 166 D du livre des procédures fiscales, art. L. 138-9-1, L. 138-20, L. 165-5, L. 241-2 et L. 245-5-5-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-18 du code de la santé publique)

Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques

Cet article a pour objet de simplifier le recouvrement des contributions pharmaceutiques sur les dispositifs médicaux, afin d'alléger les démarches administratives des entreprises. Le seuil d'assujettissement à la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux serait rehaussé (la taxe ne serait plus exigible dès lors que les ventes resteront inférieures à 500 000 euros par an), et, pour les redevables restants, la déclaration et le paiement de cette taxe seraient concomitants à ceux de la contribution sur les dépenses de publicité. En outre, cet article prévoit la dématérialisation de certaines démarches.

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements en première lecture, quatre rédactionnels de votre rapporteur et un du Gouvernement procédant à la rectification d'une erreur matérielle.

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

Votre commission a adopté deux autres amendements rédactionnels en nouvelle lecture.

*

La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS8 et AS9 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

Article 12

(art. L. 171-4, L. 171-5 [nouveaux], L. 376-1, L. 454-1, L. 613-21, L. 643-9 [nouveau], L. 644-4 [nouveau], L. 645-5-1 [nouveau], L. 723-13-1 [nouveau] et L. 723-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 733-1 [nouveau], L. 761-16, L. 761-19, L. 762-14 et L. 762-26 du code rural et de la pêche maritime)

Dispositions relatives au recours contre tiers

Cet article vise à parachever l'extension, à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, des dispositions applicables dans le régime général en matière de recours contre les tiers responsables de dommages corporels aux assurés.

Par ailleurs, il prévoit la possibilité pour les caisses nationales de conclure entre elles des conventions visant à confier la mise en œuvre des recours contre tiers à certaines caisses locales des régimes concernés.

Avec l'avis favorable de votre rapporteur et contre l'avis du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Fraysse, introduisant l'obligation pour les victimes, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur, d'informer les organismes d'assurance complémentaire de la survenue d'un accident – actuellement l'obligation d'information ne porte que sur les caisses de sécurité sociale.

Le Sénat a supprimé l'alinéa ajouté par l'Assemblée nationale, considérant que l'auteur de l'accident ne connaît pas l'identité et les coordonnées de l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la victime tant que la responsabilité n'a pas été encore établie, alors que cette information est requise dans un délai de trois mois à compter de la survenue des lésions ou de la connaissance du sinistre.

En nouvelle lecture, votre commission a rétabli cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, sous réserve de modifications rédactionnelles.

*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS10 et AS11 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*L'amendement AS23 de M. Gérard Bapt, rapporteur, est **retiré**.*

La Commission examine l'amendement AS12 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir un alinéa ajouté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de Mme Fraysse, introduisant l'obligation pour les victimes, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur, d'informer les organismes d'assurance complémentaire – et non la seule assurance maladie – de la survenue d'un accident.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 12 modifié.

Article 12 bis A

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

Assujettissement à la CSG et aux cotisations sociales au premier euro des indemnités de rupture dépassant cinq fois le plafond de la sécurité sociale

Cet article, inséré par le Sénat à l'initiative de Mme Doineau, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, a pour objet d'assujettir à la CSG et aux cotisations sociales dès le premier euro les indemnités de rupture dépassant cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Cet article comporte une incohérence : alors que le 1^o du I assujettit à la CSG les indemnités de rupture dépassant cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale des seuls mandataires sociaux et dirigeants d'entreprise, le 2^o assujettit aux cotisations sociales toutes les indemnités de rupture dépassant cinq fois ce plafond, qu'elles soient des indemnités de rupture du contrat de travail ou des indemnités de cessation des fonctions de mandataire social.

Votre commission a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS84 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de supprimer un article adopté par le Sénat qui, d'une part, assujettit aux contributions sociales dès le premier euro les indemnités de cessation forcée des fonctions de mandataire social dépassant cinq fois le plafond de la sécurité sociale, et, d'autre part, assujettit aux cotisations sociales dès le premier euro, non seulement les indemnités de cessation forcée des fonctions de mandataire social, mais aussi toutes les indemnités de rupture du contrat de travail des salariés qui dépassent ce montant.

M. Bernard Accoyer. Le Gouvernement occulte l'excellent travail du Sénat. Il est dommage, dans cette période difficile pour nos finances publiques, où nous nous efforçons de sauvegarder notre assurance maladie, que soit balayé d'un revers de main le travail d'une assemblée.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 bis A est supprimé.

Article 12 bis B

(art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale)

Relèvement de la contribution exceptionnelle des employeurs sur les retraites chapeaux

Cet article, inséré par le Sénat à l'initiative de Mme Doineau, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, relève le taux de la contribution exceptionnelle des employeurs sur les retraites chapeaux les plus élevées.

Les retraites chapeaux sont des régimes de retraite à prestations définies créés par l'employeur et conditionnés par l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise. Ils sont soumis à des contributions sociales de l'employeur (art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale) et à des contributions à la charge du bénéficiaire (art. L. 137-11-1).

L'article 32 de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 a procédé à un doublement des taux de la contribution de l'employeur s'appliquant aux retraites chapeaux.

Il s'agit ici de relever de 30 % à 45 % le taux de la contribution exceptionnelle à la charge de l'employeur s'appliquant aux rentes qui excèdent 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (soit 300 384 euros en 2014), prévue au II *bis* de l'article L. 137-11 précité. Les recettes, difficiles à estimer étant donné l'étroitesse de l'assiette, seraient de l'ordre d'un ou deux millions d'euros par an.

S'agissant de la contribution sur les bénéficiaires (art. L. 137-11-1), le Conseil constitutionnel avait déclaré le relèvement des taux prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 non conforme à la Constitution au motif que les dispositions proposées faisaient peser sur les contribuables une charge excessive au regard de leurs facultés contributives et étaient donc contraires au principe d'égalité devant les charges publiques. Le Conseil prenait en compte le taux marginal de l'impôt sur le revenu, c'est-à-dire 45 %, la contribution exceptionnelle de 4 % sur les revenus, la CSG de 6,6 % sur les revenus de remplacement, la CRDS de 0,5 % et la CASA de 0,3 %.

S'agissant ici d'une contribution pesant sur l'employeur qui a décidé de mettre en place la retraite chapeau, la logique est différente.

Votre commission a adopté cet article sous réserve d'un amendement rédactionnel.

*

La Commission examine l'amendement AS94 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement supprime une précision inutile, la contribution exceptionnelle de l'employeur s'appliquant aux rentes.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 12 bis B modifié.

Article 12 bis C

(art. 1613 *ter* du code général des impôts)

**Exclusion des boissons à base de soja
de l'assiette de la contribution sur les boissons sucrées**

Cet article a été ajouté par le Sénat contre l'avis du Gouvernement, le rapporteur s'en étant remis à la sagesse de la chambre. Il vise à exclure du périmètre de la contribution perçue sur les boissons et préparations liquides pour les boissons destinées à la consommation humaine les boissons à base de soja contenant au minimum 2,9 % de protéines issues de la graine de soja.

Votre commission a adopté cet article.

*

La Commission adopte l'article 12 bis C sans modification.

Article 12 bis

(art L. 131-6 et L. 242-4-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale et
art. L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime)

**Assujettissement aux cotisations sociales des dividendes versés
aux dirigeants majoritaires de SA et de SAS**

Adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de votre rapporteur et avec l'avis favorable du Gouvernement, cet article vise à assujettir à cotisations sociales les dividendes versés aux dirigeants de sociétés anonymes (SA) et de sociétés par actions simplifiées (SAS), qui relèvent du régime général, lorsqu'ils excèdent 10 % du capital social.

Cet article vise aussi à étendre à ces dirigeants ainsi qu'aux travailleurs indépendants non agricoles le dispositif d'assujettissement social de la quote-part des bénéfices versée aux associés membres de la famille.

1. Les prélèvements sociaux sur les dividendes

En principe, les dividendes sont soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital, au taux global de 15,5 % (CSG 7,5 %, CRDS 0,5 %, prélèvement social 4,5 %, contribution additionnelle 0,3 %, prélèvement de solidarité 2 %). Ils sont également soumis à l'impôt sur le revenu, au barème.

Toutefois, plusieurs mesures législatives récentes ont conduit à intégrer certains dividendes dans l'assiette des cotisations sociales.

- *Les sociétés d'exercice libéral*

Les professions libérales réglementées peuvent créer des sociétés d'exercice libéral (SEL). Les gérants des SEL peuvent opter pour l'imposition de leurs bénéfices au régime de l'impôt sur les sociétés (IS) au lieu de l'imposition sur les revenus (IR) au titre des bénéfices non commerciaux (BNC). Ainsi, les gérants peuvent décider de répartir leurs bénéfices entre la rémunération de gérance et le versement de dividendes.

Le rapport Fouquet de juillet 2008 préconisait notamment de clarifier les règles d'assujettissement des dividendes des SEL aux cotisations et contributions sociales, considérant que l'optimisation représentait une perte de recettes significative, mais non chiffrée, pour le régime social des indépendants (RSI).

Depuis 1996, trois caisses de retraite de professions libérales réglementées avaient décidé de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes perçus par les avocats, médecins et chirurgiens-dentistes ayant opté pour l'organisation de leur activité sous forme de SEL. Les caisses s'appuyaient sur une jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle l'inclusion d'une rémunération dans l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale (relatif à l'assiette des cotisations sociales sur les revenus des travailleurs non-salariés non agricoles) n'est pas liée à la catégorie de revenus à laquelle cette rémunération est rattachée sur le plan fiscal. Elles considéraient en outre que le groupement en SEL ne remettait pas en cause la nature libérale de l'activité ; la totalité du revenu qui en était tiré était donc de nature professionnelle.

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié l'article L. 131-6 précité, de façon à intégrer dans l'assiette des cotisations une partie des dividendes perçus par les professions libérales en SEL. Seule la part de ces dividendes supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission détenus par le professionnel est soumise à cotisations sociales. Les revenus distribués ont été parallèlement réintégrés dans l'assiette des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité.

- *Les travailleurs indépendants dont les revenus sont soumis à l'impôt sur les sociétés*

L'article 11 de la loi de financement pour 2013 a élargi l'assujettissement des dividendes à l'ensemble des travailleurs indépendants affiliés au RSI exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés. En pratique, il s'agit des gérants majoritaires de sociétés par actions à responsabilité limitée (SARL).

L'appréciation du seuil de 10 % du capital se fait par associé, en tenant compte des revenus perçus par son conjoint, son partenaire de PACS et ses enfants mineurs non émancipés détenteurs de titres en pleine propriété ou en usufruit, à la date de la clôture de l'exercice qui précède celui au cours duquel la distribution est effectuée.

Selon l'étude d'impact du projet de loi de financement pour 2013, environ 50 000 travailleurs indépendants étaient concernés. L'impact financier de cette mesure était évalué à 75 millions d'euros en 2013, 65 millions d'euros en 2014, 55 millions d'euros en 2015 et 65 millions d'euros en 2016, au bénéfice des régimes des indépendants (RSI et régimes complémentaires obligatoires) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

- *Les exploitants agricoles*

L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré dans l'assiette des cotisations sociales des revenus de capitaux mobiliers (RCM) perçus par les exploitants agricoles, leur conjoint, leur partenaire de Pacs et leurs enfants mineurs non émancipés pour leur montant excédant 10 % du capital social de la société.

En effet, les associés de sociétés relevant de l'IS peuvent percevoir deux types de revenus. Tous les associés peuvent percevoir des RCM. Ceux qui participent aux travaux peuvent percevoir des revenus d'activité, dits « rémunérations article 62 », notion qui recouvre notamment les rémunérations des gérants majoritaires de SARL, des associés en nom collectif des sociétés de personnes ainsi que des associés uniques des EURL ou EARL. Auparavant, si le non salarié agricole percevait uniquement des RCM, ses cotisations sociales étaient assises sur une assiette forfaitaire. Si le non salarié agricole percevait des RCM et des « rémunérations article 62 », seules celles-ci étaient prises en compte dans l'assiette sociale.

D'autre part, dans les sociétés agricoles relevant de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés (hors groupements agricoles d'exploitation en commun, dits GAEC), une pratique répandue conduit à prévoir, dans les statuts de la société, un partage des bénéfices agricoles à raison de 51 % pour le chef d'exploitation et de 49 % pour son conjoint ou ses enfants mineurs déclarés comme non participant aux travaux. Dans cette hypothèse, jusqu'en 2013, l'assiette des cotisations sociales se limitait aux 51 % des revenus attribués à l'associé participant aux travaux, les 49 % restant faisant l'objet des prélèvements sociaux sur les revenus du capital au taux global de 15,5 %. L'article 9 de la loi de financement pour 2014 a intégré dans l'assiette des cotisations sociales les bénéfices agricoles, industriels et commerciaux et les bénéfices non-commerciaux perçus par le conjoint, le partenaire de PACS et les enfants mineurs non émancipés en leur qualité d'associé non participant aux travaux de la société, pour leur montant excédant 10 % du capital social de la société.

L'article 9 de la loi de financement pour 2014 permet de financer les mesures favorables aux retraites des exploitants agricoles prévues par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, pour une recette de 122 millions d'euros en 2014, et 168 millions d'euros par an au-delà (du fait de la montée en charge progressive du dispositif).

2. Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Du fait de la mesure adoptée en loi de financement pour 2013, certains dirigeants majoritaires de SARL ont pu être tentés de transformer leur société en SAS ou SASU (SAS unipersonnelle), afin que leurs dividendes échappent aux cotisations sociales. Ce faisant, le changement de statut a aussi pour effet le changement de régime de sécurité sociale du gérant, qui passe du RSI au régime général. En effet, les dirigeants majoritaires de SA et SAS sont assimilés aux salariés et bénéficient de la même protection sociale, au régime général, à l'exception de l'assurance chômage⁽¹⁾. Cette optimisation potentielle comporte donc un double risque : diminuer les ressources de la sécurité sociale en général, et diminuer les recettes du RSI en particulier.

L'article 12 *bis* adopté par l'Assemblée nationale en première lecture avec l'avis favorable du Gouvernement et avec un sous-amendement du Gouvernement, a deux objets :

– intégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes des dirigeants majoritaires de SA et SAS affiliés au régime général pour leur part excédant 10 % du capital social ; cette mesure fait l'objet d'un nouvel article L. 242-4-5 du code de la sécurité sociale ;

– étendre à ces dirigeants ainsi qu'aux travailleurs indépendants non agricoles le dispositif d'assujettissement social de la quote-part des bénéfices versée aux associés membres de la famille de ces assurés existant dans le régime des non-salariés agricoles (le 2° de l'article L. 131-6).

Le seuil de 10 % du capital social au-delà duquel ces revenus sont pris en compte au sein des revenus d'activité s'applique également.

Le sous-amendement présenté par le Gouvernement vise l'application aux dirigeants de SA et SAS affiliés au régime des salariés agricoles du dispositif d'assujettissement social des dividendes des dirigeants de SA et de SAS affiliés au régime général.

En 2013, le nombre de SA et SAS détenues majoritairement par des personnes physiques est de 126 000, dont 113 000 SAS (sur 250 000 SA et SAS en activité en 2013). En leur sein, 37 000, quasi-exclusivement des SAS, sont détenues par une personne, associé unique. Parmi celles-ci, seules

(1) En revanche, ils ne sont pas couverts par le droit du travail au titre de leur mandat social (notamment par les règles relatives au licenciement).

16 798 entreprises sont soumises au régime normal de l'impôt sur les sociétés, dont 4 000 ont versé des dividendes en 2013. Parmi les SAS qui sont détenues par plusieurs personnes, 14 500 ont versé des dividendes en 2013. Il n'est cependant pas possible d'identifier celles qui sont détenues par un dirigeant majoritaire.

3. La suppression de l'article par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article. Le rapport de sa commission des affaires sociales souligne que l'incertitude sur les résultats de leur entreprise conduit les entrepreneurs à privilégier le versement de dividendes à une rémunération, sans qu'il s'agisse de pratiques d'évitement des cotisations sociales.

Votre rapporteur souhaite éviter certains abus, tout en permettant aux chefs d'entreprise qui ont pris un risque de pouvoir se rémunérer en rapport avec ce risque en cas de résultats positifs. Il compte travailler sur ce sujet dans les mois à venir, afin de trouver un dispositif équilibré qui permette d'éviter l'optimisation sociale.

Votre commission a maintenu la suppression de cet article en nouvelle lecture.

*

La Commission maintient la suppression de cet article.

Article 12 ter A

(art. L.131-6 du code de la sécurité sociale)

Suppression de l'assujettissement à cotisations sociales des dividendes des gérants majoritaires de SARL affiliés au RSI

Introduit par le Sénat à l'initiative de M. Cadic, contre l'avis du Gouvernement, le rapporteur s'en étant remis à la sagesse de la chambre, cet article vise à revenir sur les dispositions de l'article 11 de la loi de financement pour 2013 qui ont élargi l'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes à l'ensemble des travailleurs indépendants affiliés au RSI exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés, lorsque ces dividendes excèdent 10 % du capital. En pratique, il s'agit des gérants majoritaires de sociétés par actions à responsabilité limitée (SARL) et votre rapporteur vous renvoie au commentaire de l'article précédent.

Il vous propose de supprimer cet article. Toutefois, la réflexion sur les versements de dividendes aux dirigeants majoritaires devra porter non seulement sur les SA et SAS mais aussi sur les SARL.

Votre commission a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS13 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article adopté par le Sénat revient sur les dispositions de l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 qui ont élargi l'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes aux gérants majoritaires affiliés au Régime social des indépendants (RSI). Cette disposition était souhaitée par le RSI. Je propose donc de supprimer l'article 12 *ter* A. Nous ne touchons pas, monsieur Accoyer, à l'amendement de suppression du Sénat concernant les cotisations sociales sur les dividendes des dirigeants majoritaires des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées.

M. Bernard Accoyer. Les personnes assujetties au RSI sont dans une situation dramatique. Alors que le chaudron est prêt à exploser, vous balayez une bonne mesure d'un revers de main. C'est inqualifiable.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 ter A est supprimé.

Article 12 ter B

(art. 1^{er} de la loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011
de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011)

Suppression de la prime de partage des profits

Cet article additionnel, inséré par le Sénat à l'initiative de M. Cadic avec l'avis favorable du Gouvernement, vise à supprimer la prime de partage des profits, mise en place par la loi du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011. Cette disposition posait le principe d'une répartition des bénéfices en trois tiers : un pour les salariés, un pour les actionnaires, un pour l'État.

Le Gouvernement a déjà annoncé son intention de supprimer cette prime qui n'a pas fait la preuve de son utilité, dans le cadre d'une réforme de l'épargne salariale qui sera prochainement proposée au législateur, et en lien avec les recommandations du Comité d'orientation de la participation, de l'intéressement, de l'épargne salariale et de l'actionnariat salarié (dit « Copesias »).

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 12 ter B sans modification.

Article 12 ter

(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale)

Assujettissement aux prélèvements sociaux des plans d'épargne en actions en déshérence au moment de leur clôture

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de votre rapporteur, cet article vise à préciser que le fait générateur constitué par la clôture des plans d'épargne en actions (PEA) dont l'inactivité est constatée conformément aux nouveaux articles L. 312-19 et L. 312-20 du code monétaire et financier entraîne, comme les autres cas de clôture de ces plans, l'assujettissement aux prélèvements sociaux.

La loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence a créé un nouveau cas de clôture du plan d'épargne en actions (PEA), et a prévu leur dépôt obligatoire à la Caisses des dépôts et consignations avant leur transfert à l'État. Elle n'en a cependant pas tiré les conséquences au titre des prélèvements sociaux. Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ne prévoit donc pas l'assujettissement aux prélèvements sociaux sur les produits de placement dans le cas de cette nouvelle forme de clôture.

L'article 12 *ter* vise à assujettir ces comptes à la contribution sociale sur les produits de placement lorsque ceux-ci seront transférés à la Caisse des dépôts et consignations, à compter du 1^{er} janvier 2015. Il s'agit par conséquent d'aligner les règles applicables au cas particulier de clôture prévu par la loi du 13 juin 2014 sur celles définies à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté un amendement décalant la date d'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} janvier 2016 afin de l'aligner sur celle de la loi du 13 juin 2014.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 12 ter sans modification.

Article 12 quater

(art. L. 651-1 du code de la sécurité sociale)

Exonération de la contribution sociale de solidarité des sociétés pour les sociétés coopératives artisanales et de transport

Inscrit par l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Le Roch, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée, cet article exonère les sociétés coopératives d'artisans et d'entreprises de transport de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) à compter du 1^{er} janvier 2015.

Selon l'article 1^{er} de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, les coopératives sont des sociétés constituées par plusieurs personnes volontairement réunies en vue de satisfaire à leurs besoins économiques ou sociaux par leur effort commun et la mise en place des moyens nécessaires. Le statut de société coopérative implique une adhésion volontaire et ouverte à tous, une gouvernance démocratique et la participation économique de ses membres. Chaque coopérateur dispose en principe d'une voix à l'assemblée générale, quel que soit le capital détenu. La coopérative n'a pas d'objet spéculatif, ses excédents étant prioritairement mis en réserve pour assurer son développement et celui de ses membres.

La loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale définit plus particulièrement les règles statutaires applicables aux sociétés coopératives artisanales et aux sociétés coopératives d'entreprises de transport :

– les sociétés coopératives artisanales ont pour objet la réalisation de toutes opérations et la prestation de tous services susceptibles de contribuer, directement ou indirectement, au développement des activités artisanales de leurs associés ainsi que l'exercice en commun de ces activités. Elles doivent être immatriculées au répertoire des métiers ;

– les sociétés coopératives d'entreprises de transport sont constituées par des entreprises de transport de marchandises ou de personnes qui regroupent leurs moyens et leurs activités. Elles sont inscrites au registre des transporteurs. Elles peuvent conclure directement des contrats de transport mais travaillent exclusivement pour leurs membres, ce qui les empêche d'être commissionnaires de transport.

L'activité des coopératives est encadrée par les règles applicables au sociétariat, la limitation de leur objet, le principe d'exclusivisme qui impose que l'activité soit réalisée par les associés (avec une tolérance de 20 % du chiffre d'affaires réalisé avec des tiers), le principe de non-rémunération du capital et la constitution de réserves impartageables.

Compte tenu de leurs spécificités, les sociétés coopératives sont exonérées de l'impôt sur les sociétés, sauf pour l'activité effectuée pour des tiers (article 207 *bis* du code général des impôts). En conséquence, elles ne bénéficient pas du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE), sauf pour la partie de leur activité qui est assujettie à l'IS.

Des mesures compensatoires ont déjà été prévues pour les sociétés coopératives agricoles visées à l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime. L'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 prévoit en effet une exonération anticipée et totale de la C3S pour l'ensemble des coopératives agricoles à compter du 1^{er} janvier 2015.

Le présent article additionnel propose d'exonérer les sociétés coopératives artisanales et d'entreprises de transport de la C3S dès 2015 – alors que la loi de financement rectificative pour 2014 prévoit qu'elles bénéficieront, comme toutes les entreprises, de l'abattement d'assiette de 3,25 millions sur leur chiffre d'affaires avant d'être assujetties à la C3S.

Le Sénat a adopté cet article modifié par deux amendements ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement :

- l'un corrigeant une erreur de référence ;
- l'autre étendant l'exonération aux coopératives maritimes.

Votre commission a adopté cet article en nouvelle lecture, sous réserve d'un amendement rédactionnel et d'un amendement de coordination.

*

*La Commission **adopte** successivement l'amendement rédactionnel AS15 et l'amendement de coordination AS16 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 12 quater **modifié**.*

Article 12 quinquies
(art. 575 A du code général des impôts)

**Alignement de la fiscalité applicable aux cigares et cigarillos
sur celle qui s'applique aux cigarettes**

Inscrit par l'Assemblée nationale, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, cet article aligne la fiscalité applicable sur les cigares et cigarillos sur celle applicable aux cigarettes.

En proportion, le droit de consommation applicable aux cigares et aux cigarillos en vertu des articles 575 et 575 A du code général des impôts est d'un niveau moins élevé que celui en vigueur pour les cigarettes.

L'assiette du droit de consommation est le prix de vente au détail des tabacs manufacturés.

Le droit de consommation se décompose, pour chaque groupe de produits, en une part spécifique et une part proportionnelle :

– la part spécifique résulte de l’application du taux spécifique à la classe de prix de référence ⁽¹⁾ ; elle est exprimée pour 1 000 unités ou 1 000 grammes, identique quel que soit le prix de vente au sein de chaque groupe de produits ;

– la part proportionnelle au prix de vente au détail résulte, pour chaque groupe de produits, de l’application du taux proportionnel au prix de vente au détail homologué ⁽²⁾. Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal de droit de consommation et le taux spécifique.

Jusqu’en 2012, seules les cigarettes se voyaient appliquer une part spécifique en plus de la part proportionnelle. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a généralisé la part spécifique.

À partir des taux normaux et spécifiques prévus par l’article 575 A, on peut déduire les taux proportionnels.

TAUX DES DROITS DE CONSOMMATION PRÉVUS PAR L’ARTICLE 575 A

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique	Taux proportionnel
Cigarettes	64,7 %	15 %	49,70 %
Cigares et cigarillos	28 %	5 %	23 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	62 %	30 %	32 %
Autres tabacs à fumer	55 %	10 %	45 %
Tabacs à priser	50 %	0 %	50 %
Tabacs à mâcher	35 %	0 %	35 %

Au total, les règles fiscales applicables aux produits du tabac prévoient un droit de consommation sur les cigares et cigarillos d’un niveau moins élevé que celui qui s’applique aux cigarettes.

Dans un objectif de santé publique, le présent article aligne les taux du droit de consommation applicables aux cigarillos et aux cigares sur ceux applicables aux cigarettes. Le droit de consommation sur les cigares et cigarillos passerait ainsi de 28 % à 64,70 % s’agissant du taux normal et de 5 % à 15 % s’agissant du taux spécifique.

Sous l’hypothèse d’une classe de prix de référence pour 2015 estimée à 350 euros pour les cigarettes et à 370 euros pour les cigares et cigarillos, le dispositif proposé conduirait à faire passer le droit de consommation pour 1 000 sur les cigares et cigarillos de 98,50 euros à 229,45 euros.

(1) La classe de prix de référence correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour 1 000 unités ou 1 000 grammes.

(2) Le prix moyen pondéré de vente au détail correspond au prix obtenu en divisant la valeur totale de l’ensemble des unités mises à la consommation pendant une année civile par la quantité totale de ces mêmes produits mis à la consommation.

Le Sénat a supprimé cet article, le Gouvernement s'en étant remis à sa sagesse.

Votre rapporteur propose de ne pas revenir sur cette suppression. La hausse des prix consécutive à cette mesure serait trop brutale (de l'ordre du triplement), alors que les cigares et cigarillos ne représentent que 1 à 2 % du marché du tabac. Il souhaite cependant que soit proposé un rapprochement progressif entre les droits de consommation sur les cigares et cigarillos et ceux qui s'appliquent aux cigarettes.

Votre commission a maintenu la suppression de cet article.

*

La Commission maintient la suppression de cet article.

Article 12 sexies

Exonération partielle de cotisations vieillesse des médecins retraités exerçant en zone sous-dense au titre du cumul emploi-retraite

Introduit par le Sénat à l'initiative de Mme Deroche, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, cet article vise à exonérer partiellement de cotisations vieillesse les médecins retraités exerçant en zone sous-dense afin de rendre plus attractif le cumul emploi-retraite.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 12 sexies sans modification.

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

(art. 995 et 1001 du code général des impôts et art. L. 131-8, L. 137-6, L. 137-7, L. 137-9, L. 138-20, L. 241-6, L. 862-3, L. 862-4, L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et art. 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005)

Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile

Cet article vise à simplifier la fiscalité sur les contrats d'assurance complémentaire santé et sur les contrats d'assurance automobile. Les

complémentaires santé seraient désormais soumises à la taxe de solidarité additionnelle (TSA), recouvrée par l'URSSAF et affectée à la sécurité sociale (dont le fonds de financement de la couverture maladie universelle, dit fonds CMU). Les contrats d'assurance sur les véhicules terrestres à moteur seraient uniquement soumis à la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), recouvrée par le centre des finances publiques et affectée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et aux départements. Quant à la contribution sur les véhicules terrestres à moteurs, elle serait supprimée.

Outre huit amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté :

– un amendement du Gouvernement qui vise à assurer la neutralité, au plan de l'impact sur le coût des contrats de complémentaire santé, de la fusion entre la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et la taxe additionnelle à la taxe sur les conventions d'assurance pour ce qui concerne la couverture des indemnités journalières en complément des prestations servies par le régime obligatoire ;

– un amendement de votre rapporteur, rendant obligatoire la dématérialisation des déclarations et des versements afférents à la nouvelle TSA. Si cette obligation n'est pas respectée, une majoration de 0,2 % sera appliquée aux sommes qui auront été déclarées ou versées sous format papier.

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de sa commission coordonnant cet article avec l'article 19 du projet de loi de finances pour 2015 qui modifie lui aussi l'article 1001 du code général des impôts mais dont l'entrée en vigueur sera antérieure à celle du présent article, qui n'intervient qu'au 1^{er} janvier 2016.

Votre commission a adopté cet article tel que modifié par le Sénat, sous réserve d'amendements rédactionnels.

*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS18 à AS21, ainsi que l'amendement de coordination AS22, de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 13 **modifié**.*

Article 15

(art. L. 243-6-5 [nouveau], L. 243-7, L. 243-13 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 724-7-1 [nouveau], L. 724-7, L. 725-26 [nouveau] et L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime)

Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales

Cet article vise à la fois à sécuriser les cotisants et à renforcer l'efficacité des contrôles et du recouvrement, à travers trois mesures :

- la limitation à trois mois des contrôles visant les entreprises de moins de dix salariés ;
- l'élargissement du périmètre de contrôle ;
- l'encadrement des transactions pouvant être conclues entre URSSAF et cotisant ;
- le renforcement de la procédure d'opposition à tiers détenteur.

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de votre rapporteur portant de trois à quatre ans la période sur laquelle peut porter la transaction, et un autre amendement, de M. Robiliard, prévoyant la communication des transactions conclues entre les organismes de recouvrement et les cotisants à la Mission nationale de contrôle et enjoignant les directeurs de ces organismes de recouvrement à rendre compte, chaque année avant le 30 juin, des transactions conclues l'année précédente.

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

En nouvelle lecture, votre commission a adopté des amendements rédactionnels à cet article.

*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS26 à AS33 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16

(art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale)

Simplification des modalités de contestation des cotisations AT-MP

Cet article vise à simplifier les modalités de contestation des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) afin d'éviter que

l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations indûment versées auprès de l'URSSAF.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a adopté un amendement corrigeant une erreur de référence.

En nouvelle lecture, votre commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 16 sans modification.

CHAPITRE III

Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État

Article 20

(ord. n° 2002-149 du 7 février 2002, ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996, art. L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime, art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et art. L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles)

Organisation comptable et budgétaire de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte

Cet article vise à rapprocher l'organisation comptable et budgétaire de la caisse de sécurité sociale de Mayotte de celle des caisses générales de sécurité sociale. Il transfère la gestion des prestations familiales de la caisse d'allocations familiales de la Réunion vers la caisse de sécurité sociale de Mayotte, et aligne les règles financières et comptables de cette dernière sur le droit commun. Le mode de tarification des séjours hospitaliers des Mahorais qui sont pris en charge dans un hôpital français en dehors de Mayotte est modifié.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

Votre commission a adopté des amendements rédactionnels à cet article.

*

La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS36, AS40 à AS46, AS49 et AS51 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Elle adopte ensuite l'article 20 modifié.

Article 21

(art. L. 131-7, L. 131-8, L. 136-8 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale
et art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

**Réaffectation de la taxe sur les salaires, des droits de consommation sur les
tabacs et de la contribution sociale de solidarité des sociétés
dans le cadre de la compensation des mesures du pacte de responsabilité**

Cet article prévoit la compensation des exonérations de cotisations patronales décidées dans le cadre du pacte de responsabilité par des réaffectations de recettes à la sécurité sociale.

Outre deux amendements corrigeant des erreurs matérielles, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de précision du Gouvernement, relatifs à la mise en œuvre de ces réaffectations.

Le Sénat a adopté un amendement présenté comme un amendement de coordination avec l'avis favorable du Gouvernement.

Votre rapporteur propose un amendement rétablissant l'alinéa 5 tel qu'adopté par l'Assemblée nationale. Le présent article prévoit qu'il est fait exception au principe général de compensation des exonérations par l'État à la sécurité sociale posé par l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale, pour le milliard d'euros de baisse de C3S voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. En effet, la compensation est effectuée par d'autres moyens, notamment le prélèvement à la source sur les caisses de congés payés et le transfert des allocations logement à l'État. La suppression par le Sénat de la mention relative à la loi de financement rectificative pour 2014 laisse entendre qu'il est fait exception au principe de compensation de l'article L.131-7 pour l'ensemble des mesures relatives à la C3S, ce qui n'est pas souhaitable.

Votre commission a adopté cet amendement ainsi que deux amendements rédactionnels.

*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS53 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

Puis elle examine l'amendement AS25 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale. L'article 21 prévoit qu'il est fait exception au principe général de compensation des exonérations par l'État à la Sécurité sociale pour le milliard d'euros de baisse de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) voté dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. En effet, la compensation est effectuée par d'autres moyens, notamment le prélèvement à la source sur les caisses de congés payés et le transfert des aides au logement à l'État. La suppression par le Sénat de la mention relative à la loi de

financement rectificative pour 2014 laisse entendre qu'il est fait exception au principe de compensation pour l'ensemble des mesures relatives à la C3S, ce qui n'est pas souhaitable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS54 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Elle adopte enfin l'article 21 modifié.

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

Article 24

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2015

Conformément aux dispositions organiques, cet article retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans un tableau, présenté par branche et établi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont il propose l'approbation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement modifiant les objectifs de recettes des différentes branches afin de tenir compte des amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat. Cet amendement était sous-amendé par un amendement de la commission adopté contre l'avis du Gouvernement, modifiant les objectifs de dépenses des branches famille et maladie.

Le tableau d'équilibre adopté par le Sénat est le suivant :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	197,0	-6,0
Vieillesse.....	222,7	224,0	-1,4
Famille	52,3	55,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	466,1	476,0	-10,1

Votre rapporteur propose de modifier cet article afin de prendre en compte les seules actualisations en recettes adoptées au Sénat. Votre commission a modifié cet article en ce sens.

Le Gouvernement devra proposer une nouvelle modification de ce tableau en séance, en fonction des mesures votées par l'Assemblée nationale en recettes.

*

La Commission examine l'amendement AS55 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir les montants des dépenses par branches adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture, ainsi que les soldes tenant compte des modifications des montants des recettes adoptés au Sénat à l'initiative du Gouvernement.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission adopte l'article 24 modifié.

Article 25

Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2015

De la même manière que pour les régimes obligatoires de base, et conformément aux dispositions organiques, le présent article retrace l'équilibre financier du régime général, dans un tableau d'équilibre, présenté par branche, dont il propose l'approbation.

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement modifiant les objectifs de recettes des différentes branches afin de tenir compte des amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat. Cet amendement était sous-amendé par un amendement de la commission adopté contre l'avis du Gouvernement, modifiant les objectifs de dépenses des branches famille et maladie.

Votre rapporteur propose de modifier cet article afin de prendre en compte les seules actualisations en recettes adoptées au Sénat. Votre commission a modifié cet article en ce sens.

Le Gouvernement devra proposer une nouvelle modification de ce tableau en séance, en fonction des mesures votées par l'Assemblée nationale en recettes.

*

La Commission examine l'amendement AS63 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Dans la même logique, il s'agit de rétablir les montants des dépenses par branches adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture, ainsi que les soldes tenant compte des modifications des montants des recettes adoptés au Sénat à l'initiative du Gouvernement.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 25 et l'annexe C modifiés.

Article 28

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Conformément aux dispositions organiques, cet article approuve le 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 (ONDAM) pour les quatre années à venir, en cohérence avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances de l'année. Ce rapport constitue l'état annexé B au présent projet de loi et porte sur les années 2015 à 2018.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Le Sénat a supprimé cet article ainsi que l'annexe B.

Votre commission les a rétablis en nouvelle lecture.

*

La Commission examine les amendements AS82 et AS103 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir l'article 28 et l'annexe B supprimés par le Sénat, relatifs aux perspectives pluriannuelles des comptes de la sécurité sociale.

La Commission adopte les amendements.

L'article 28 et l'annexe B sont ainsi rétablis.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}
Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 29 bis A

Rapport au Parlement sur les dépassements d'honoraires des médecins et sur le plafonnement des remboursements des contrats responsables

Sur avis défavorable de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement présenté par M. Barbier et plusieurs sénateurs du groupe RDSE, demandant au Gouvernement de présenter, avant le 1^{er} septembre 2015, un rapport sur les dépassements d'honoraires des médecins et sur le plafonnement des remboursements des contrats responsables.

En matière de dépassements, la montée en charge du contrat d'accès aux soins va permettre d'étudier les données collectées par les caisses d'assurance maladie obligatoire. Des évaluations pourront être engagées à travers l'observatoire des pratiques tarifaires.

Votre rapporteur estime donc que cette demande de rapport est prématurée.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission examine l'amendement AS69 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le Sénat a demandé que le Gouvernement présente un rapport sur les dépassements d'honoraires des médecins et sur le plafonnement du remboursement des contrats responsables. Une première estimation montrant une réduction notable des dépassements les plus excessifs, il paraît prématuré de demander un tel rapport. Il existe par ailleurs des organismes qui peuvent nous fournir des statistiques à court, moyen et long termes. Je propose donc la suppression de cet article.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Nous avons déjà des chiffres, sans avoir eu besoin d'un rapport.

M. Jean-Pierre Barbier. Je suis surpris par cet amendement. Sans étude préalable, nous risquons de créer une médecine à deux vitesses, entre les gens qui pourront payer des dépassements d'honoraires non remboursés par ces contrats et les autres. C'est d'autant plus choquant, monsieur Véran, que vous avez affirmé dans l'hémicycle : « Vous demandez un rapport pour étudier la montée en charge du contrat d'accès aux soins. Nous pouvons nous entendre sur un point : il serait intéressant d'avoir région par région des données affinées sur la consommation de soins, l'offre de soins et les pratiques tarifaires. Il y a eu un débat ici sur la question des ORDAM, et nous avons rejeté cette perspective. En revanche, pour l'évaluation des consommations et de l'offre de soins territoire par territoire, il y a un sujet à creuser. »

Sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, j'ai le sentiment que le Gouvernement veut mettre la charrue avant les bœufs. Les courtiers d'assurances sont déjà vent debout contre le dispositif et se sont fendus d'un communiqué de presse. Les décrets sont quasiment déjà sortis alors que la loi n'a pas encore été votée. Personne ne comprend cette précipitation. Une étude me paraît en tout cas nécessaire, tant le risque est grand de créer une médecine à deux vitesses.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il conviendrait en effet d'évaluer les pratiques tarifaires et l'offre de soins sur les territoires, mais le rapport demandé n'a rien à voir avec cela. Si vous m'accusez de mettre la charrue avant les bœufs, vous mettez quant à vous la moissonneuse avant les bœufs. Le rapport demandé doit permettre d'évaluer la mise en application, six mois après la publication d'un décret, d'un dispositif qui n'est pas encore appliqué. Cela me semble prématuré. Mais cela ne signifie pas qu'il ne faut pas procéder à des évaluations : des agences existent pour cela et procéderont à l'évaluation.

M. Jean-Pierre Door. Moissonnons bien ! Les décrets ne sont pas encore parus, mais ils vont paraître à un moment ou à un autre. Cette loi sera effective en 2015 ; si nous ne demandons pas ce rapport aujourd'hui, nous ne l'aurons jamais.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Les dépassements d'honoraires sont passés de 55,1 % à 54,5 %. Ces chiffres nous sont connus parce qu'un rapport a été rédigé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présenté à l'Observatoire des pratiques tarifaires, où sont représentés à la fois les complémentaires et les médecins.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 29 bis A est supprimé.

Article 29 bis

(art. L.322-4 du code de la sécurité sociale)

Exonération des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé de la participation forfaitaire et de la franchise médicale

L'article 29 *bis* a été introduit à l'Assemblée nationale, en première lecture, par un amendement du Gouvernement au terme d'un dialogue fructueux avec sa majorité. Il étend aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) l'exonération de la participation forfaitaire et de la franchise médicale, prévue actuellement à l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale pour les seuls bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Or le Sénat a supprimé l'article 29 bis, au détriment de personnes qui disposent pourtant de revenus ne dépassant pas le seuil de pauvreté.

La participation forfaitaire sur les actes médicaux et la franchise médicale sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patient pèsent lourdement sur le reste à charge des patients les plus modestes alors qu'elles sont inefficaces pour réguler les dépenses de l'assurance maladie. Et les bénéficiaires de l'ACS sont plus susceptibles que d'autres de renoncer aux soins, alors même qu'ils sont plus fréquemment en affection de longue durée...

Votre rapporteur estime donc qu'il convient de rétablir cette mesure de justice sociale et de lutte contre le renoncement aux soins.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur et des commissaires du groupe SRC, la commission des affaires sociales a rétabli cet article additionnel dans la rédaction de l'Assemblée nationale, assortie d'une modification de précision.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS71 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit de rétablir l'exonération de la participation forfaitaire et de la franchise médicale pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). En première lecture, cette mesure avait été plutôt bien accueillie par l'opposition et adoptée à l'unanimité par les groupes de la majorité. Le Sénat a supprimé l'article, peut-être par peur de voir la suppression des franchises étendue à d'autres catégories. La ministre s'était pourtant exprimée clairement sur ce sujet dans l'hémicycle. Je souhaite réintroduire ce dispositif de justice sociale pour les plus pauvres.

M. Bernard Accoyer. Plusieurs raisons justifient qu'on ne vote pas cet amendement. De nombreux dispositifs permettent déjà aux plus démunis

d'accéder aux soins. En outre, les professionnels sont particulièrement attentifs à ces situations. Enfin, avec l'adoption de cet amendement, nous glisserions un peu plus vers la généralisation du tiers payant – mais on sait que c'est l'objectif du Gouvernement. Les professionnels de santé ont souvent rejeté ces mécanismes inflationnistes. La dette sociale de la France se monte déjà à 157 milliards d'euros. N'en rajoutons pas !

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes, nous, favorables aux franchises, qui existent dans bien des pays. Elles s'imposent tant pour l'aide médicale d'État (AME), la couverture maladie universelle (CMU) ou l'ACS que pour tous les autres patients. Chacun doit pouvoir prendre conscience du coût réel des soins qu'il reçoit. En désresponsabilisant les patients, vous encouragez l'inflation des actes.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Vous avez une drôle de vision de la médecine ! Les médecins considèrent avant tout l'intérêt de leur patient. S'ils pensent qu'un médicament est bon, ils le prescrivent, et ce n'est pas parce que le malade connaîtra le prix du traitement qu'ils s'en abstiendront. Vous prétendez défendre les médecins, mais les propos que vous avez tenus dans l'hémicycle tendaient à faire croire qu'ils prescrivent n'importe quoi, sans tenir compte du coût des traitements. Il ne s'agit pas ici de désresponsabiliser les malades. Nous allons d'ailleurs bientôt auditionner le Fonds CMU, et ce sera sans doute l'occasion de démentir certaines contre-vérités que nous n'entendons que trop.

M. Bernard Accoyer. Dire que nous avons une drôle de conception de la médecine, cela s'apparente à un dérapage. Nous pourrions répondre que vous êtes des irresponsables quant à la maîtrise du système et à sa survie à long terme.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Pour déraper, monsieur Accoyer, vous n'avez pas besoin de verglas !

M. Olivier Véran, rapporteur. Je rappelle que c'est dans le cadre de la négociation conventionnelle, en 2007 ou en 2008, que les médecins et les syndicats eux-mêmes ont demandé la mise en place du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS. Ils avaient constaté qu'ils le faisaient spontanément dans plus de trois quarts des cas. Je ne comprends pas que vous reveniez sur cette question.

Le patient paye de sa poche 50 centimes par boîte de médicament, quel que soit son prix, 90 centimes ou 2 000 euros. Je ne vois pas en quoi cela l'aide à prendre conscience des frais que l'assurance maladie engage pour le soigner. Certes, comme vous, je considère qu'il est nécessaire que les patients soient dûment informés, pour comprendre le rapport qui existe entre le montant des cotisations et celui des prestations, mais ce n'est pas une question de responsabilisation.

De la même façon, le ticket modérateur à l'hôpital ne modère rien. Ce n'est pas parce que vous allez payer 12 ou 15 euros par jour que vous y resterez

moins longtemps. On se soigne quand on en a besoin : on n'avale pas des médicaments comme des bonbons et on ne va pas à l'hôpital comme on va à l'hôtel !

M. Jean-Pierre Barbier. Ce que vous dites dénote une méconnaissance complète du fonctionnement de notre système de santé. Tout ce qui est excessif est insignifiant, et ce que vient de dire le rapporteur est totalement insignifiant parce que totalement excessif. Cela ne va pas dans le sens de la maîtrise des dépenses de santé. J'invite le rapporteur à une plus grande modération, afin que nous puissions discuter de ce sujet sans dogmatisme.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 29 bis est ainsi rétabli.

CHAPITRE II Promotion de la prévention

Article 33

(art. L. 3121-1, L. 3121-2, L. 3121-2-1, L. 3821-10 du code de la santé publique
et art. L. 174-16 du code de la sécurité sociale)

Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDGI)

Cet article vise à réorganiser le dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) en les fusionnant à compter du 1^{er} janvier 2016 et d'en confier le financement à l'assurance maladie dès 2015.

Cet article précise le régime juridique du centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeDDIG), ainsi baptisé par l'Assemblée suite à l'adoption d'un amendement présenté par votre rapporteur.

L'Agence régionale de santé (ARS) pourra à terme habilitier au moins un centre par territoire de santé dont les compétences couvriront :

– la prévention, le dépistage et le diagnostic du VIH et des hépatites et des autres infections sexuellement transmissibles ;

– la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.

• En séance publique, l'Assemblée a complété le dispositif en adoptant des amendements présentés par le groupe SRC et le Gouvernement répondant ainsi à des préoccupations exprimées par le monde associatif :

– la prévention des risques liés à la sexualité sera assurée dans le cadre d’une approche globale de santé sexuelle, compte tenu des enjeux extrêmement imbriqués de la sexualité et de la santé ;

– l’action des centres pourra également être menée par conventions de partenariat, en coordination avec d’autres organismes du territoire, dont les associations. Les actions « hors les murs » sont ainsi nécessaires pour aller au-devant des publics les plus éloignés du système de santé et qui ne se rendent habituellement pas dans des structures de dépistage.

Par ailleurs, cet article pose le principe de l’anonymat tout en l’assortissant d’une triple dérogation :

– sa levée peut tout d’abord être décidée par l’usager au moment de son accueil ;

– en cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l’usager, la levée de l’anonymat initialement choisi peut être décidée par le médecin dans des conditions qui seront définies par un arrêté alors que dans le droit actuel, la levée de l’anonymat doit satisfaire la double condition de la nécessité thérapeutique et de l’intérêt du patient ;

– l’anonymat ne s’applique pas aux activités de vaccination et de prescription de contraception.

Le financement des dépenses du CeDDIG relèvera de l’assurance maladie, par le versement d’une dotation forfaitaire annuelle imputable sur le fonds d’intervention régional, alors que le régime actuel combine un financement de l’État, des collectivités territoriales et de l’assurance maladie.

L’année 2015 constituera une phase transitoire. Le financement sera d’ores et déjà assuré par l’assurance maladie quelle que soit la structure et quel que soit le financeur actuel (État et collectivités territoriales). Deux amendements du Gouvernement ont été adoptés afin de compléter en ce sens le dispositif initialement prévu.

Le nouveau régime juridique des CeDDIG ainsi que l’imputation des dépenses sur le fonds d’intervention régional seront, quant à eux, effectifs à compter du 1^{er} janvier 2016, l’année 2015 étant consacrée à la procédure d’habilitation des futures structures.

● Le Sénat a adopté un amendement de coordination, présenté par le Gouvernement, relatif à l’application du présent dispositif aux îles Wallis et Futuna.

Pour des raisons tenant à l’application de l’article 40 de la Constitution relatif à la recevabilité financières des initiatives parlementaires, votre rapporteur n’avait pu déposer d’amendement de coordination relatif aux îles Wallis et Futuna.

L'extension du dispositif de l'article 33 à ces territoires constituait une aggravation de charge.

Votre rapporteur approuve à cet égard la modification apportée et vous propose d'adopter cet article dans la rédaction adoptée par le Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 33 sans modification.

Article 34

(art. L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique)

Les centres de vaccination

Cet article vise à faciliter l'accessibilité de la vaccination à l'ensemble de la population en autorisant la prise en charge par l'assurance maladie des vaccins relevant du calendrier vaccinal obligatoire d'une part, des vaccins contre la tuberculose d'autre part, réalisés par les centres publics de vaccination.

Il prévoit le financement de l'administration des vaccins dans les structures habilitées à réaliser des vaccinations qu'il s'agisse des centres de vaccination administrant les vaccinations contre la tuberculose et celles relevant du calendrier vaccinal obligatoire, ou des seuls centres de lutte contre la tuberculose.

Comme pour la médecine de ville, la prise en charge des dépenses afférentes aux vaccins sera financée par l'assurance maladie à hauteur de 65 %.

Pour faciliter le suivi de la prise en charge, les centres sont tenus d'assurer la transmission électronique à l'assurance maladie des documents servant à la prise en charge des dépenses remboursables.

Ce nouveau dispositif, qui a été adopté sans modification par votre assemblée, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement tendant à prévoir l'acquisition centralisée par l'Assurance maladie des vaccins administrés dans les centres de vaccination.

L'amendement adopté par le Sénat permettrait d'assurer un égal accès à la vaccination sur l'ensemble du territoire tout en réduisant les coûts d'achat des vaccins.

Votre rapporteur vous propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission examine l'amendement AS52 de M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. La vaccination est totalement abandonnée dans notre pays, y compris dans la loi santé. La question comporte un aspect financier : les centres de vaccination, qui effectuent 15 % des vaccinations, vont désormais devoir acheter leurs vaccins en passant par un appel d'offres européen. Je crains que ce ne soit un mauvais coup porté aux industries pharmaceutiques françaises, industries de pointe et de très haute technologie, représentant nombre d'emplois, et qui vont devoir affronter la concurrence internationale.

M. Olivier Véran, rapporteur. La loi de l'offre et de la demande est ce qu'elle est. On peut la critiquer ou l'accompagner. Si je comprends bien, vous redoutez qu'un appel d'offres groupées ne fasse baisser les prix, que les centres de vaccination achètent moins cher des vaccins et que cela nuise à l'industrie pharmaceutique. C'est bien cela ?

M. Jean-Pierre Barbier. C'est, certes, une bonne chose pour les comptes de la nation. Mais, compte tenu de l'importance du marché, un appel d'offres européen risque de mettre en difficulté des sociétés françaises. Pourquoi ne pas parler de préférence nationale ? Certains pays ne se gênent pas pour demander aux industries de s'installer chez eux si elles veulent que leurs produits soient remboursés. Nous, nous faisons l'inverse : nous avons des industries chez nous et nous cherchons par tous les moyens à les pénaliser !

M. Bernard Accoyer. S'agissant de l'un des rares secteurs où la France a encore une place reconnue dans le monde, et qui est essentiel pour la santé publique, cet amendement aurait dû faire l'objet d'une étude d'impact. L'alinéa 5 de l'article 34 est d'une légèreté et d'une inconséquence vertigineuses.

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous vous demandez si l'achat groupé nuira à l'industrie française et profitera à des industries étrangères. Je n'ai pas de réponse à cette question. Ce que je sais, c'est que, en ce qui concerne les achats groupés hospitaliers, une attention particulière est portée aux productions *made in France*. Je vous propose de débattre à nouveau de votre amendement en séance publique, ce qui nous permettra d'obtenir des précisions sur les conditions de l'appel d'offres.

M. Jean-Pierre Barbier. Je retire l'amendement et je le déposerai à nouveau en séance publique.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'article 34 sans modification.

Article 35

(art. L. 1114-5 [nouveau] du code de la santé publique et art. L. 221-1 du code de la sécurité sociale)

Financement de la démocratie sanitaire

Cet article donne compétence à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour financer des associations ou organismes nationaux ayant pour mission de promouvoir la démocratie sanitaire.

À l'heure actuelle, les crédits de l'assurance maladie ne permettent le financement que des seules associations et organismes locaux dans le cadre du fonds d'intervention régional. Ainsi, l'assurance maladie ne peut financer les associations nationales œuvrant en faveur de la défense des droits des usagers du système de soins.

Cet article entendait remédier à cette situation en instaurant un article L. 1114-5 du code de la santé publique dont le dispositif prévoit le financement par la CNAMTS des actions des associations agréées selon la procédure fixée par l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et des organismes concourant à la promotion du droit des usagers du système de santé.

La liste des associations et organismes bénéficiaires ainsi que les montants qui leur seront alloués sera fixée par un arrêté interministériel (santé, sécurité sociale et budget).

Lors de l'examen en première lecture du projet de loi, votre assemblée a adopté un amendement de votre rapporteur, visant à préciser les bénéficiaires des associations et organismes œuvrant en faveur de la démocratie sanitaire.

Cet article, qui a fait l'objet d'une mesure de coordination par voie d'amendement, a été adopté par le Sénat.

Votre rapporteur vous propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 35 sans modification.

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins

Article 36

(art. L. 162-22-20 [nouveau] et L. 162-30-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé

Cet article vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins apportés dans les établissements de santé. Le dispositif proposé prévoit la mise en place en 2016 d'un nouvel outil budgétaire incitatif associé à un contrat fixant des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il s'appliquera toutefois dès 2015 pour les établissements de santé volontaires sur la base d'un appel à candidatures.

- Deux leviers permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins sont institués par cet article.

Une dotation complémentaire est instituée en sus de la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique. Afin d'en bénéficier, ces établissements doivent satisfaire à différents critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés par le score IFAQ actuellement composé de 9 indicateurs. Ce score permettra de répartir les établissements entre quatre classes, la dotation d'un établissement étant fonction de sa classe et de sa base budgétaire médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Parallèlement, cet article prévoit l'instauration d'un contrat d'amélioration des pratiques annexées au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens actuellement conclus entre l'agence régionale de santé (ARS) et les établissements de santé.

Ce contrat est obligatoirement signé par les établissements pour lesquels l'ARS constate un niveau de qualité et de sécurité des soins non conforme à des référentiels nationaux. Il est envisagé de porter les efforts sur trois enjeux majeurs : le risque médicamenteux, le risque infectieux et le risque de rupture de parcours.

En cas d'écarts par rapport aux objectifs définis dans le contrat ou de refus de signer un contrat, une pénalité financière sera appliquée.

Lors de la première lecture, votre assemblée a adopté six amendements rédactionnels proposés par votre rapporteur.

- Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement modifiant substantiellement le dispositif prévu par cet article.

Il tend à faire disparaître la notion de « score » de qualité des établissements de santé d'une part et vise à confier l'établissement des référentiels nationaux à la Haute Autorité de santé (HAS).

● Votre Rapporteur propose de revenir en partie sur la rédaction adoptée par l'Assemblée en première lecture. L'établissement des référentiels par la seule HAS ne correspond pas à la réalité de l'expérimentation en cours comme votre rapporteur a déjà eu l'occasion de l'indiquer à votre commission dans son rapport déposé au titre de la première lecture. En effet, certains des référentiels ne sont pas établis par la HAS.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article, moyennant un amendement du rapporteur portant sur les référentiels nationaux relatifs à la qualité et la sécurité des soins.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS57 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale lors de la première lecture. Certains des référentiels ne sont pas établis par la Haute autorité de santé (HAS).

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 36 **modifié**.*

Article 40

(art. L. 1432-3, L. 1432-5, L. 1432-6, L. 1435-8, L. 1435-9
et L. 1435-10 du code de la santé publique)

Réforme des modalités de gestion et restructuration des missions du fonds d'intervention régional (FIR)

Cet article rationalise les missions et le fonctionnement du fonds d'intervention régional qui a été créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, et codifié dans les articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique.

La gestion actuelle du fonds résultant de circuits de financements préexistants à sa constitution, le présent article s'attache à les simplifier. Il institue à cet effet un budget annexe du FIR dont la gestion est confiée à l'Agence régionale de santé (ARS). La compétence du conseil de surveillance sera étendue à l'approbation et au rejet du budget annexe du FIR.

Afin de faciliter le suivi des projets de manière pluriannuelle, le dispositif prévoit qu'en cas de non-consommation intégrale des crédits, il sera possible de les reporter, dans la limite d'un plafond, sur l'exercice suivant. Toutefois, afin d'éviter la constitution d'une trésorerie importante, il est également prévu que les crédits non consommés, c'est-à-dire non ordonnancés, et qui ne peuvent être reportés en application de la règle de plafonnement soient reversés à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à l'État. Enfin, le mécanisme de déchéance quadriennale des sommes notifiées par les ARS est maintenu. Les modalités d'application de ces dispositions seront fixées par décret.

Enfin, le suivi de l'utilisation des dotations sera assuré par le ministre chargé de la santé qui devra être informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret.

Les missions du FIR sont par ailleurs redéfinies autour de six axes, au lieu de huit actuellement. La promotion de la santé et la prévention des maladies, traumatismes et pertes d'autonomie constitueraient la première mission du fonds. À l'organisation de l'offre de soins serait associée la promotion des parcours coordonnés et la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale. La mission dédiée à la répartition géographique des professionnels et structures de santé serait rapprochée de la permanence des soins. La quatrième mission serait consacrée à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales, la contribution du FIR ayant également vocation à optimiser le fonctionnement des structures qu'il finance dans un contexte budgétaire contraint. Cette dernière mission couvre également la question des conditions de travail désormais étendue aux structures médico-sociales. Enfin, la dernière mission couvre le développement de la démocratie sanitaire.

Ces dispositions ont vocation à s'appliquer dès 2016.

Lors de son examen du texte du projet de loi, votre assemblée a adopté trois amendements rédactionnels proposés par votre rapporteur.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement visant à substituer à la notion de « *pertes d'autonomie* » celle de « *handicap et de pertes d'autonomies* ». La rédaction actuelle ne prendrait pas en compte les handicaps de naissance qui ne peuvent pas être assimilés à une perte d'autonomie. Il maintient ainsi la formulation actuelle.

Votre rapporteur vous propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 40 sans modification.

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

(art. L. 162-1-17 et L. 1623-30-3 [nouveau] du code de la santé publique)

Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé

Cet article vise à renforcer les leviers d'action régionaux en vue d'améliorer la pertinence des soins dispensés au sein des établissements de santé.

Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) au concentré sur les prestations d'hospitalisation relevant du champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et sur les soins de suite et de réadaptation sera élargi à l'ensemble des prestations d'hospitalisation, aux actes et aux prescriptions délivrées par un établissement de santé. Son déclenchement relèvera désormais d'une initiative de l'ARS en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Dans tous les cas, la mise en place de la MSAP est, comme aujourd'hui, motivée par le constat d'écarts significatifs. Sont désormais visés :

- les prestations dispensées en établissement de santé, ainsi que leurs prescriptions, qui pourraient être réalisées dans le cadre de l'ambulatoire ;
- les écarts entre actes, prestations et prescriptions constatées et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- le constat d'une proportion élevée d'actes, de prestations et de prescriptions non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le dispositif porté par l'article renforce également les sanctions en prévoyant la mise en place de pénalités financières en cas de non-respect de la procédure équivalent à 1 % des produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les prescriptions.

En séance publique, ce dispositif a été complété par l'adoption d'un amendement de précision présenté par votre rapporteur au terme duquel la procédure contradictoire, applicable au dispositif de mise sous accord préalable

pourra être mise en œuvre dans des conditions prévues par décret. Il s'agit de reprendre la formulation prévue par l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

La pertinence des soins prendra parallèlement appui sur un double dispositif de planification et de contractualisation tripartite.

Cet article donne compétence à l'ARS pour élaborer un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins qui doit permettre d'identifier, par des critères précis, les établissements de santé à même d'améliorer la pertinence des soins de façon incitative par la voie contractuelle ou de façon plus coercitive par la mise sous accord préalable.

Les critères retenus dans le cadre du plan d'actions doivent s'appuyer sur les référentiels établis par la Haute autorité de santé d'une part et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations et de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. En séance, ce dispositif a été complété par un amendement de précision de votre rapporteur. Dans sa rédaction initiale, l'article ne mentionnait en effet que les écarts portant sur le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions mais pas la proportion de ces prestations et prescriptions réalisées avec hébergement. L'amendement adopté confirme ainsi que le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins couvre également l'aspect relatif à la pertinence du recours à l'hébergement.

Enfin, cet article institue un contrat d'amélioration de la pertinence des soins qui s'articule avec le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Ce contrat concerne en effet les établissements identifiés dans le cadre du plan comme devant mettre en œuvre des actions d'amélioration de la pertinence de soins. Il résulte d'une initiative de l'ARS et associe, aux côtés de l'agence et de l'établissement, l'assurance-maladie. Il est conclu pour une durée qui ne peut excéder deux ans.

En cas de refus de signer le contrat, une pénalité est automatiquement applicable sans avis préalable ni procédure contradictoire. Elle équivaut à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

L'atteinte des objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle organisée de manière conjointe par l'ARS et l'assurance maladie en présence d'un médecin de l'établissement concerné. Si les objectifs ne sont pas atteints, l'ARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et au terme d'une procédure contradictoire, soit engager la procédure de mise sous accord préalable au titre du champ d'activité concerné par le manquement, soit frapper l'établissement d'une pénalité consistant en un versement d'une partie des recettes annuelles d'assurance maladie relatives à l'activité concernée par ces manquements.

Lors de l'examen du texte en première lecture, votre assemblée a enfin adopté un amendement rédactionnel de votre rapporteur.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement visant à compléter le dispositif du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Il précise notamment que le plan d'actions comporte un volet portant sur la pertinence dans le cadre de la médecine de ville, des relations entre la ville et l'hôpital. Cette modification ne vise pas à développer de nouveaux outils pour améliorer la pertinence des actes pratiqués en ville, mais bien à considérer que le pilotage régional par l'ARS et l'assurance maladie sur la pertinence des soins doit être réalisé de manière articulée et concomitante en ville et à l'hôpital.

Votre rapporteur vous propose en conséquence d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat moyennant quelques amendements rédactionnels.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article, moyennant des amendements rédactionnels.

*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS87 à AS89, AS93 et AS90 de M. Olivier Véran, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 42 **modifié**.*

Article 43 ter

(art L. 5125-23-2, L. 5125-23-4 [nouveau] du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sociale)

Substitution des médicaments dispensés par voie inhalée

Par amendement de la commission des affaires sociales, sur avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a supprimé l'article 43 ter, introduit en première lecture par l'Assemblée nationale, sur initiative conjointe du rapporteur et de la Présidente de la commission des affaires sociales, qui vise à permettre la substitution des médicaments administrés par voie inhalée, principalement les antiasthmatiques.

Ces médicaments génériques sont déjà très largement utilisés dans d'autres pays européens, notamment en Allemagne. L'article 43 *ter* encadre les conditions de la substitution qui ne pourra avoir lieu qu'en initiation de traitement ou pour continuer un traitement amorcé avec un générique. Ainsi, les patients déjà sous traitement ne seront pas concernés par la substitution.

En outre, les conditions de cette substitution et les modalités d'information du prescripteur seront précisées par un décret en Conseil d'État.

Votre rapporteur estime donc qu'il convient de rétablir une disposition qui satisfait les exigences de santé publique et pourra occasionner une économie importante pour l'assurance maladie.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, de Mme Lemorton et des commissaires du groupe SRC, la commission des affaires sociales a rétabli cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS72 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement, qui rétablit la possibilité de substituer un médicament administré par voie inhalée, vise à ouvrir au répertoire générique les médicaments et les traitements liés à l'asthme, ce qui est déjà le cas dans de nombreux pays européens.

M. Jean-Pierre Barbier. Décidément, vous avez de la suite dans les idées ! L'an dernier, déjà, vous vous intéressiez à la substitution des biosimilaires : vous noterez que les décrets ne sont toujours pas parus, ce qui démontre que les difficultés que nous évoquions pour nous y opposer étaient bien réelles. Nous vous mettions en garde contre les risques de licenciement dans l'industrie pharmaceutique, mais cela ne vous avait pas troublé. Vous aviez répondu par l'argument des baisses de prix, qui n'est pas recevable, car, pour ces produits de grosse rotation – la Ventoline par exemple –, le prix du princeps est quasi égal à celui du générique.

Cela se fait partout, dites-vous, et il n'y a pas de raison que cela ne se fasse pas aussi en France. Rien n'est plus faux, car la substitution de ces produits est interdite en Espagne, en Angleterre ou en Italie. Elle l'est également en Allemagne pour les poudres sèches et très largement encadrée pour les sprays.

Certes, d'un point de vue technique, la substitution d'une molécule ne pose pas de problème : elle se fait couramment et permet d'importantes économies pour le système de santé. Mais les dispositifs d'inhalation comportent un mécanisme breveté, et les brevets ne sont pas dans le domaine public. Fabriqués en Chine ou en Inde, ces inhalateurs risquent d'être de moins bonne qualité : le patient n'aura alors aucune garantie sur la dose qui est délivrée.

En tout état de cause, cela ne permettra que des économies d'autant plus dérisoires que les laboratoires de princeps se sont déjà employés à baisser leurs prix.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Précisons que l'effort est de 45 millions d'euros. Or l'industrie en question va redistribuer 5 milliards à ses actionnaires et vient de vendre une enveloppe de produits matures pour 3 milliards d'euros.

Vous avez oublié de dire, monsieur Barbier, que l'amendement prévoit de limiter la substitution en initiation de traitement. Autrement dit, les patients actuellement soignés par les produits princeps de ce laboratoire continueront à l'être par les mêmes produits princeps du même laboratoire. Le générique ne pourra être délivré qu'au moment où l'on découvre un asthme ou une bronchopathie chez un patient.

Nous n'irons pas jusqu'à dire que notre amendement arrange un groupe désireux de se restructurer – je suis au courant de certains mouvements au niveau mondial –, mais il a d'ores et déjà toute latitude pour le faire en maintenant les emplois. C'est d'ailleurs ce qu'a fait Sanofi, qui a revendu le façonnage à des sociétés qui ont sauvé les emplois.

La mesure d'économie que nous proposons, c'est bien plus que de l'argent de poche. Les allergies sont en constante augmentation dans notre pays, en raison de divers facteurs, et le volume des ventes de ces médicaments est en pleine croissance. Vous dites qu'ils ne sont pas utilisés dans d'autres pays. Mais le même laboratoire se plaint d'avoir perdu 30 % de son chiffre d'affaires aux États-Unis, car les Américains, qui ne sont pas moins bien soignés que nous, se sont mis à « générer » ses produits à grande échelle.

Vous entretenez le doute sur les génériques soumis à deux brevets, l'un pour le dispositif, l'autre pour le produit. Dès lors que, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, on apprendra aux gens à bien se servir du dispositif, ils l'utiliseront correctement et seront bien soignés.

M. Jean-Pierre Door. Vous parlez souvent, madame la présidente, des dividendes de ces entreprises : mais ces dividendes sont liés à leur activité, à la recherche, à la production et à l'innovation. Elles investissent beaucoup dans nos territoires. Vous avez cité Sanofi. J'ai lutté, avec d'autres, pour empêcher la fermeture de certains centres. Le déremboursement du Doliprane mettait trois sites en difficulté. À cause de cette affaire, nous avons eu un plan social dans ma circonscription. Une restructuration, ce n'est jamais facile pour une entreprise, cela ne se fait pas d'un coup de baguette magique !

En ce qui concerne les aérosols, vous savez que les responsables et le personnel du site d'Évreux ont manifesté leur inquiétude. Si le site devait fermer, c'est un millier de personnes qui devraient se reconvertir. Nous en reparlerons dans l'hémicycle, mais il ne faut pas lier en permanence, comme vous le faites, les dividendes d'une entreprise et sa stratégie industrielle. S'il n'y a pas de dividendes, il n'y a plus d'entreprises.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Si une entreprise distribue des dividendes à ses actionnaires, c'est qu'elle a fait des bénéfices. Je ne suis pas contre les dividendes, mais vous ne pouvez pas dire que, quand on en verse pour 5 milliards, on ne peut pas envisager une stratégie pour garder les salariés d'un site de façonnage. En outre, les patients ne vont pas disparaître du jour au

lendemain, et il n'y aura pas, demain à Évreux, un millier de personnes à la rue ! Tout au plus pourra-t-on dire que cet amendement aura bien arrangé la direction du laboratoire en question !

M. Jean-Pierre Barbier. À aucun moment je n'ai remis en cause le principe de la substitution, mais il est contre-productif d'en faire un dogme. Les chiffres ne sont pas contestables. Prenez deux produits de consommation courante, la Ventoline et le Becotide 250. Pour la Ventoline, le prix du princeps est de 3,27 euros. Les copies, en France et en Europe, varient entre 3,27 euros et 5,79 euros. Il en est de même pour le Becotide, dont le princeps coûte 15,10 euros, contre 15,40 euros pour la copie. En France, le générique se vend donc parfois plus cher que le princeps. Vouloir l'imposer dans tous les cas, c'est du pur dogmatisme. Nous seulement vos principes ne dégageront pas d'économies, mais ils mettront notre industrie en danger.

M. Bernard Accoyer. Madame la présidente, vous procédez souvent par amalgame. Dès lors qu'il s'agit du prix d'un médicament, le mot « dividendes » vous vient immédiatement à l'esprit. Étant donné votre cursus et votre niveau de formation, c'est un peu court, et surtout extrêmement dangereux. Ce gouvernement et la majorité sont en train de désindustrialiser le pays. Les investisseurs se détournent de la France. Depuis deux ans, l'investissement et la recherche dans l'industrie pharmaceutique ont diminué en France de façon importante. Une telle démarche est unique au monde : elle ne fera que contribuer à augmenter le chômage.

M. Olivier Véran, rapporteur. Finissons-en avec des caricatures et des attaques qui ne sont pas dignes du débat que nous avons eu ce matin et qui, jusqu'à présent, était serein. Dès lors qu'il s'agit du médicament, l'opposition s'affole : ses orateurs se lancent dans de grands discours, se font des prédicateurs de l'Apocalypse, nous accusent de vouloir tuer l'industrie. Nous sommes soucieux de défendre tant les malades que l'industrie : pour cela, il faut assurer l'équilibre du système.

Vous parliez tout à l'heure de l'excès d'imposition qui allait tuer l'innovation. Au même moment tombait cette nouvelle : le médicament contre l'hépatite C dispose désormais d'une autorisation de mise sur le marché et d'un prix. Le traitement va coûter 40 000 euros pour trois mois de traitement, soit 488 euros le comprimé. Il n'y a pas plus de vingt minutes, vous expliquiez que nous ne voulions pas payer l'innovation et que nous mettions en danger la filière pharmaceutique...

La Commission adopte l'amendement.

L'article 43 ter est ainsi rétabli.

Article 44

(art. L. 162-22-7-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Mesure de sensibilisation à la prescription de produits de la liste en sus

En application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, certains médicaments dispensés à des patients hospitalisés sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation pour les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité. Cet article vise à rationaliser la prescription des médicaments inscrits sur cette liste par l'instauration d'un forfait à la charge des établissements de santé.

Cet article prévoit l'application d'une pénalité en cas de prescription en sus des prestations d'hospitalisation relevant du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique y compris les forfaits rétribuant la dialyse à domicile ou l'hospitalisation à domicile. Celle-ci ne sera toutefois applicable qu'aux prestations hospitalisations financées dans le cadre des groupements homogènes de séjour.

Un établissement qui limitera ses prescriptions sur la liste en sus au profit de produits intégrés dans les tarifs GHS (groupes homogènes de séjour) devrait enregistrer un gain de recettes correspondant à la différence entre le montant du forfait et le prix du produit « intra-GHS ».

L'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif est fixée au 1^{er} mars 2015.

Lors de sa première lecture, l'Assemblée a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement visant à rendre expérimental le dispositif de l'article 44. Cette position est motivée par les contraintes de gestion très fortes qu'un tel dispositif engendrerait pour les hôpitaux. Le dispositif proposé poserait quelques difficultés d'application pour certains établissements spécialisés en cancérologie. Recourant davantage aux produits innovants et onéreux financés dans le cadre de la liste en sus, ces établissements pourraient être fortement pénalisés.

L'expérimentation permettrait de mieux calibrer ce dispositif de nature à réduire fort opportunément des dépenses très dynamiques.

Votre rapporteur vous propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

La Commission examine l'amendement AS70 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet article instaure une pénalité pour les établissements de santé dès lors qu'une spécialité innovante inscrite sur la liste en sus est prescrite. Dans le cas de pathologies graves, il incite les établissements de santé à ne plus utiliser les produits innovants de la liste en sus, mais à prescrire des médicaments pris en charge dans le groupe homogène de séjour (GHS). Cet article présente des risques majeurs et nous devons supprimer cette forme de pénalisation.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le Sénat a modifié l'article 44, en passant d'une généralisation d'emblée de ce nouveau dispositif à une expérimentation. Je ne comprends pas pourquoi vous voulez aller plus loin, à moins de considérer qu'il n'y aurait pas de problème avec les prescriptions de spécialités inscrites sur la liste en sus.

Il s'agit d'encourager ces prescriptions dans les établissements lorsqu'elles sont conformes aux recommandations, mais de moduler à la marge les remboursements des médicaments de la liste en sus, en faisant une répartition entre le tarif du GHS et le prix du médicament, lorsque les prescriptions semblent ne pas correspondre aux pratiques validées. Le modèle expérimental permet de se donner un peu de temps. C'est pourquoi la version du Sénat a été retenue.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Après l'examen du texte au Sénat, nous nous sommes aperçus que l'instauration d'une pénalisation, dans le cas d'une prescription d'une spécialité innovante inscrite sur la liste en sus, pose problème à certains établissements, tels les centres de lutte contre le cancer. Il faut y réfléchir et revoir la question dans l'hémicycle. Le coût serait nul pour l'assurance maladie, mais ces établissements hospitaliers, qui sont souvent publics, subiraient une perte.

M. Olivier Véran, rapporteur. J'ai été sensible à la mobilisation, assez inhabituelle, des fédérations hospitalières, publiques, privées ou associatives, qui se sont émues des conditions d'application de la rédaction initiale de l'article 44. Elles estiment en effet que certains centres anticancéreux, qui ont beaucoup de prescriptions de molécules onéreuses et de la liste en sus, et qui font partie de protocoles de soins, pourraient être déstabilisés. C'est pourquoi la version expérimentale retenue au Sénat me semblait répondre aux diverses interrogations et inquiétudes.

Cela dit, j'ai entendu votre désir d'en débattre en séance publique. Je vous suggère donc de retirer votre amendement de suppression et d'avoir ce débat en toute sérénité en présence de la ministre. Nous essaierons de travailler à des modalités qui permettront de mieux encadrer les prescriptions de médicaments extrêmement onéreux, qui pourraient mettre en péril le financement de la protection sociale, tout en confortant les structures, notamment dans les centres

anticancéreux. Cela apaisera le débat qui s'est fait jour parmi les fédérations et chez nombre de médecins.

M. Jean-Pierre Door. Puisque j'ai été invité à le redéposer en séance publique, je retire l'amendement. J'espère, monsieur le rapporteur, que vous vous rapprocherez de notre position, car nous avons tous intérêt à aller dans ce sens, dès lors qu'il n'y a ni gagnant ni perdant au niveau de l'assurance maladie. Il s'agit d'un problème de fonctionnement des établissements, dans le domaine des pathologies graves.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il y a tout de même un gagnant : l'assurance maladie. Le problème est surtout celui de la gestion de la liste en sus. Car, à l'heure actuelle, certaines extensions d'indications de produits sur la liste en sus peuvent être remises en question parce qu'elles ne sont plus innovantes ou plus efficaces.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'article 44 sans modification.

Article 45 bis

(art. L. 1112-1 du code de la santé publique)

Obligation de transmission d'une lettre de liaison à la sortie de l'hôpital

Cet article est issu d'un amendement adopté par le Sénat sur proposition de sa commission des affaires sociales. Le dispositif reprend la mesure prévue par l'article 24 du projet de loi de santé déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014. L'objectif recherché est de parvenir à appliquer cet objectif dès le 1^{er} janvier 2015.

L'article propose de renforcer la coordination entre l'hôpital et la ville, en rendant obligatoire la remise au patient, à sa sortie, d'une information sur son hospitalisation. Cette lettre de liaison permettra d'assurer la circulation des informations nécessaires à la continuité de ses soins, en particulier si des dispositions sont à prendre directement par le patient à son retour au domicile.

Votre rapporteur partage la volonté de rapidement mettre en place cette mesure. Toutefois, il ne lui semble pas opportun d'adopter un dispositif qui, en tout état de cause, fait encore l'objet d'intenses et fructueux échanges auxquels les acteurs demeurent très attachés.

Votre rapporteur vous propose en conséquence de supprimer cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS59 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Certaines suppressions sont plus douloureuses que d'autres. Cet amendement supprime le dispositif de la lettre de liaison à la sortie de l'hôpital, introduit par le Sénat. Cette mesure, qui répond à la nécessité partagée d'améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville, est néanmoins soumise à la concertation dans le cadre du projet de loi relatif à la santé. Son adoption dans le PLFSS est donc prématurée. Elle constituerait de surcroît un cavalier législatif.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 45 bis est supprimé.

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 47

(art. L. 162-16-6, L. 162-22-7 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale)

Publication des tarifs de responsabilité des produits de santé de manière simultanée à leur inscription sur la liste en sus

Afin de rééquilibrer les négociations relatives à la fixation du prix d'achat et du tarif de responsabilité des produits de la liste « en sus », cet article instaure une concomitance de la publication des tarifs de responsabilité et de l'arrêté portant inscription sur la liste.

La fixation des tarifs de responsabilité pour les spécialités pharmaceutiques fera désormais l'objet d'un accord entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'entreprise alors qu'il correspond aujourd'hui au prix de vente aux établissements de santé. Ce n'est qu'en cas de défaut de déclaration ou d'opposition du CEPS qu'une négociation tarifaire peut s'ouvrir se concluant par une décision du CEPS.

Deux délais de conclusion de l'accord sont par ailleurs définis selon que l'inscription sur la liste « en sus » résulte d'une demande de l'entreprise ou d'une initiative des ministres concernés :

– dans le premier cas, l'accord doit être conclu dans un délai de 180 jours à compter de la réception de la demande d'inscription sur la liste ;

– dans le second cas, il est fixé à 90 jours à compter de la publicité de l’avis rendu par la commission de la transparence de la Haute autorité de santé.

Le principe de la fixation et de la publication du tarif de responsabilité par le CEPS à défaut d’accord est maintenu. Il dispose d’un délai de 15 jours suivant la forclusion du délai fixé pour sa conclusion.

La faculté offerte aux ministres concernés de s’opposer au CEPS et de fixer un nouveau tarif est aussi maintenue. Le point de départ court désormais à compter de la publication du tarif par le CEPS et non plus de la prise de décision afin de renforcer l’opposabilité de la mesure.

Les négociations s’inscriront dans le cadre d’un accord conclu entre le CEPS et les entreprises du médicament l’objectif étant d’initier une démarche de négociation comme en ville.

Par cohérence, le dispositif applicable aux produits ou prestations est aussi appelé à évoluer.

La fixation du tarif de responsabilité de ces produits résultant déjà d’un accord, l’article L. 165-2 est complété par un alinéa qui précise le délai requis pour sa conclusion.

Comme pour les spécialités pharmaceutiques, les délais de conclusion de l’accord sont définis selon que l’inscription sur la liste « en sus » résulte d’une demande de l’entreprise ou d’un arrêté des ministres concernés :

– dans le premier cas, l’accord doit être conclu dans un délai de 180 jours à compter de la réception de la demande d’inscription sur la liste ;

– dans le second cas il est fixé à 90 jours à compter de la publicité de l’avis rendu par la commission nationale d’évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la Haute autorité de santé.

Lors de son examen en première lecture, votre assemblée a enfin adopté six amendements rédactionnels.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

Votre rapporteur propose d’adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

Lors de l’examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission adopte l’article 47 sans modification.

Article 47 bis

(art L. 161-37, L. 161-39, L. 162-12-15, L. 162-16-4, L. 162-17-6, L. 162-17-7, L. 165-2 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale)

Intérêt thérapeutique relatif

Introduit au Sénat par un amendement de la commission des affaires sociales, sur avis défavorable du Gouvernement, l'article 47 *bis* remplace, au 1^{er} janvier 2016, le critère de service médical rendu (SMR), qui détermine l'admission au remboursement ainsi que le taux du remboursement, et le critère d'amélioration du service médical rendu (ASMR), qui conditionne le prix du médicament, par un critère unique « l'intérêt thérapeutique relatif » (ITR).

Votre rapporteur estime que l'ITR constitue une bonne évolution de l'ASMR car il permet de mesurer la plus-value thérapeutique du médicament par rapport aux autres, mais il pose des problèmes pour définir le taux du remboursement.

Fixer le taux de remboursement à partir de l'ITR est aujourd'hui très difficile pour de nombreux médicaments : cela aurait des conséquences sur le reste-à-charge des patients et sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie. L'ITR est en outre inapplicable aux médicaments pédiatriques, à la cancérologie ou encore aux maladies orphelines.

La mise en œuvre de cette réforme doit être transparente pour les acteurs du système : une modification brutale des règles d'admission au remboursement leur ôterait toute visibilité. Il paraît donc très difficile de créer un seul indicateur en l'état.

Votre rapporteur propose donc de supprimer cet article additionnel. En première lecture, l'Assemblée nationale est au demeurant parvenue à la même conclusion puisque plusieurs amendements ayant le même objet ont été rejetés.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS74 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement supprime le critère de l'intérêt thérapeutique relatif, introduit par le Sénat alors que l'Assemblée l'avait écarté en première lecture à l'issue d'un long débat.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 47 bis est supprimé.

Article 47 ter

(art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale)

**Condition de réalisation d'essais cliniques avec comparateurs pour
l'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments
remboursables**

Introduit au Sénat par un amendement de la commission des affaires sociales, sur avis défavorable du Gouvernement, l'article 47 *ter* subordonne l'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables à la réalisation d'essais cliniques avec comparateurs.

L'article 14 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a déjà prévu cette obligation à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale mais l'a soumise à un décret en Conseil d'État qui n'est pas paru à ce jour. L'article 47 *ter* modifie donc l'article L. 162-17 afin de prévoir l'application directe de cette obligation.

Votre rapporteur relève que le rapport d'information du 17 juillet 2013 sur la mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011 présenté par les députés Catherine Lemorton et Arnaud Robinet invitait à la publication de ces décrets dans les meilleurs délais, tout en proposant d'articuler cette réforme avec la mise en place de l'évaluation médico-économique des produits de santé.

Lors de l'examen au Sénat, le Gouvernement a confirmé que les services du ministère considèrent qu'ils ne peuvent définir aujourd'hui les cas où une stratégie thérapeutique existe pour permettre la comparaison. Il a considéré qu'une mesure d'application directe serait sans effet tout en invitant la Haute autorité de santé et les industriels à s'engager dans cette voie.

On relève cependant que de tels essais sont exigés dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni. Il semble donc difficile de conclure que ni l'application directe, ni l'adoption d'un décret ne sont susceptibles d'avoir d'effets à court ou moyen termes.

Aussi votre rapporteur estime qu'il convient de maintenir, à ce stade, cette modification du Sénat afin que, lors de l'examen du texte en séance, toutes les précisions soient apportées sur les améliorations à apporter aux essais cliniques exigés pour l'inscription d'une spécialité sur la liste des médicaments remboursables.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article additionnel sans modification.

*

La Commission adopte l'article 47 ter sans modification.

Article 47 quater

(art. L. 5213-3 du code de la santé publique, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale)

Avis de la Commission évaluation économique et de santé publique de la Haute autorité de santé sur l'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables

Introduit au Sénat par un amendement de la commission des affaires sociales, sur avis défavorable du Gouvernement, l'article 47 *quater* prévoit que, pour l'établissement de la liste d'admission des médicaments au remboursement, il soit tenu compte d'un avis de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la Haute autorité de santé (HAS).

Cet avis s'ajouterait donc à celui de la Commission de la transparence de la HAS, actuellement prévu à l'article R. 163-19 du code de la sécurité sociale.

L'établissement d'un double avis, par deux commissions distinctes de la HAS paraît inutile.

L'admission au remboursement se fonde sur le critère du service médical rendu (SMR) qui dépend aujourd'hui de la gravité de la pathologie, de l'efficacité et des effets indésirables du médicament, de sa place dans la stratégie thérapeutique, de son caractère curatif, préventif ou symptomatique et de son intérêt pour la santé publique.

L'efficacité du médicament au regard des alternatives médicalement pertinentes est prise en compte, au stade de la définition de son prix, par le critère de l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

La modification proposée rendrait moins lisible le critère du service médical rendu. Votre rapporteur propose donc de supprimer l'article additionnel.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission examine l'amendement AS79 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement supprime l'avis de la commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute autorité de santé sur l'admission des médicaments au remboursement.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 47 quater est supprimé.

CHAPITRE VI

Amélioration de l'efficience de la dépense des établissements de santé

Article 48

(art. L. 162-22-2-1 [nouveau], art. L. 162-22-3, L. 162-22-5 et L. 174-15
du code de la sécurité sociale)

Création d'une dotation prudentielle sur le champ OQN

Cet article vise à étendre le mécanisme de réserve prudentielle aux établissements privés à but lucratif et non lucratif, conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité de soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie et relevant de l'objectif quantifié national (OQN). Il procède également au toilettage des dispositions relatives à l'application du coefficient prudentiel pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements du service de santé des armées (SSA).

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée lors de sa première lecture.

Le Sénat a adopté un amendement en dépit des avis défavorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Dans le cadre de la détermination de l'OQN, l'amendement tend à distinguer, par activité de soins, d'une part, l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente et, d'autre part, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.

Ce dispositif est déjà satisfait. L'objectif quantifié national est construit chaque année en fonction de l'évolution des charges des établissements et de l'évolution prévisible de leur activité.

En conséquence, votre rapporteur vous propose de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale à l'issue de la première lecture.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article, moyennant un amendement du rapporteur portant sur la suppression de la dernière phrase de l'alinéa 3.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS60 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement rétablit le texte adopté par l'Assemblée, car la disposition introduite par le Sénat est déjà satisfaite.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 48 modifié.

Article 49 bis

Instauration de trois journées de carence dans la fonction publique hospitalière

Sur proposition de sa commission des finances, le Sénat a adopté un amendement visant à instaurer, pour les personnels des établissements de santé, trois journées de carence.

La loi de finances pour 2012 avait instauré une journée de carence pour l'ensemble de la fonction publique, ce dispositif ayant été supprimé par la loi de finances pour 2014.

Ce dispositif ayant fait l'objet de multiples échanges à l'occasion soit d'amendements déposés dans le cadre de la loi de financement, soit dans le cadre de textes examinés pendant les journées réservées à un ordre du jour fixé par les groupes d'opposition.

À chaque fois, le rétablissement de la journée de carence a été refusé. Si un effort doit être porté pour diminuer le taux d'absentéisme des agents publics, il doit être concentré sur la qualité du management et de l'environnement de travail plus que sur le rétablissement d'une journée de carence, dont l'application n'a pas permis de conclure à une diminution significative du taux d'absentéisme. Au surplus, la mesure présentée par le Sénat pose un problème d'égalité en ce qu'elle ne s'applique qu'à la fonction publique hospitalière à l'exception de la fonction publique d'État ou territoriale.

Enfin, une différence doit être soulignée. Une grande partie des salariés du secteur privé bénéficie d'une couverture complémentaire neutralisant leurs journées de carence.

Votre rapporteur vous propose en conséquence de supprimer cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS62 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement revient sur l'instauration de trois jours de carence dans la fonction publique hospitalière décidée par les sénateurs. Ce choix clair contraste avec le flou qui régnait dans l'opposition à l'Assemblée.

M. Gilles Lurton. Nous avons proposé en première lecture de rétablir un jour de carence pour aligner le régime de la fonction publique sur celui du secteur privé. Il s'agit d'une mesure de justice.

En outre, l'instauration d'un jour de carence avait permis de diminuer le nombre d'absences des personnels dans les hôpitaux dont on sait la désorganisation qu'elles provoquent dans les services.

M. Jean-Pierre Door. Nous avons défendu en première lecture, sans succès, le rétablissement d'un jour de carence. Les sénateurs ont eu le courage d'aller plus loin en instaurant trois jours de carence.

Vous le savez, monsieur Véran, la Fédération hospitalière de France réclame à cor et à cris le rétablissement du jour de carence dont la suppression représente un coût de 60 à 70 millions d'euros par an pour les hôpitaux. Votre idéologie vous empêche de voter cette mesure, à laquelle vous êtes pourtant favorables. C'est regrettable. Sachez que, dès que nous serons de retour au pouvoir, nous rétablirons le jour de carence. Il est dommage de ne pas adresser un signe aux hôpitaux. Voyez que nous sommes capables de les défendre...

J'ai calculé que, dans ma petite ville, la suppression du jour de carence coûte 70 000 euros par an. Ajoutée à la réforme des rythmes scolaires et à la diminution de la dotation globale de fonctionnement, la facture est lourde pour les collectivités locales.

M. Bernard Accoyer. Vous savez que le coût de la suppression du jour de carence est élevé. Vous allez traîner cette faute historique comme un boulet.

À madame la présidente, qui est si prompte à évoquer le conflit d'intérêts, je pose la question suivante : la sociologie professionnelle dans cette assemblée, et dans d'autres, n'est-elle pas de nature à susciter un conflit d'intérêts lorsqu'une disposition de cette nature est débattue ?

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse.

Monsieur Accoyer est un adepte des propos excessifs. Il continue dans cette veine après avoir dit de notre présidente que sa formation était douteuse au regard des positions qu'elle défend aujourd'hui. La commission n'est pas le lieu pour les effets de manche, monsieur Accoyer.

En proposant d'instaurer trois jours de carence, vous tombez dans l'excès inverse du reproche que vous nous adressez. En outre, vous mettez en avant le régime du secteur privé, mais vous oubliez que les jours de carence sont largement compensés par des mécanismes internes aux entreprises.

Ne donnez pas le sentiment que les fonctionnaires sont des feignants, toujours absents. Respectez la fonction publique. Les personnels des hôpitaux publics sont très dévoués et efficaces, chacun en convient. Respectons-les.

Monsieur Accoyer, je vous invite une nouvelle fois à mesurer les termes que vous employez. Chaque fois que vous prenez la parole, on songe que ce qui est excessif est inutile.

M. Bernard Accoyer. Je m'élève contre la déformation des propos et l'amalgame dont certains élus de la majorité sont coutumiers. J'ai dit que la présidente possédait un haut niveau de formation qui donne plus de poids à ses propos, quel qu'en soit le sens.

En aucun cas, je ne vous permets de dire que j'ai critiqué les fonctionnaires. S'agissant du jour de carence, j'ai souligné le régime dérogatoire dont bénéficie la fonction publique par rapport au reste du pays et le coût qui en résulte. La Fédération hospitalière de France elle-même a insisté sur ce point.

Je conteste les propos que vous m'avez prêtés. Je vous rappelle que j'ai longtemps travaillé dans les hôpitaux publics.

Mme Sylviane Bulteau. Les propos que nous venons d'entendre ne sont pas acceptables. Ils ne sont toutefois pas surprenants de la part de l'opposition. Nous voyons déjà se dessiner son futur programme : suppression de 600 000 fonctionnaires et rétablissement de jours de carence.

Les personnels de l'hôpital public sont particulièrement dévoués. Ils sont pour beaucoup épuisés. Le niveau de salaire de certains personnels soignants interdit de les qualifier de nantis. Je préfère que ces personnels, s'ils connaissent des problèmes de santé, puissent s'arrêter pour éviter que leur état ne se détériore et que l'organisation de l'hôpital en souffre.

Je suis fière de l'hôpital public en France et je souhaite le bien-être de tous ses personnels, contrairement à vous, semble-t-il.

M. Jean-Pierre Barbier. Sachons garder notre calme ! Il n'est pas question de mettre en cause la qualité du travail des hôpitaux publics ni de leurs personnels.

Lorsque vous évoquez la surcharge de travail des personnels, vous oubliez que la mise en place des 35 heures à l'hôpital en est responsable. Cette réforme, appliquée sans que les conséquences pour les personnels aient été mesurées, a considérablement désorganisé les services.

La suppression du jour de carence a favorisé l'absentéisme, toutes les collectivités peuvent en témoigner.

Monsieur Issindou, sur ce sujet comme sur le compte pénibilité, vous envisagez le secteur privé par le seul prisme des grandes entreprises. Il est faux de dire que le jour de carence est compensé. Cela ne vaut que pour certaines entreprises.

La proposition du Sénat peut paraître excessive, mais vous avez également rejeté notre suggestion limitée à un jour de carence. Vous restez campés sur vos positions alors que nous aurions pu trouver un terrain d'entente pour la satisfaction de tous, y compris des directeurs d'hôpitaux qui appellent de leurs vœux le rétablissement du jour de carence.

M. Olivier Véran, rapporteur. À M. Barbier qui appelle au calme, je suggère de dissuader M. Accoyer de recourir à l'outrance qui nous oblige ensuite à prendre le temps d'apaiser les débats.

Les fonctionnaires ont participé à l'effort collectif de réduction du déficit et de la dette au travers du gel du point d'indice. Pourtant, je ne vous ai pas entendus glorifier ce sacrifice que ces derniers ont accepté.

En outre, rétablir des jours de carence pour la seule fonction publique hospitalière me semble manquer de cohérence.

Enfin, s'il était avéré que les congés de courte durée sont plus nombreux à l'hôpital que dans d'autres secteurs, nous devrions nous demander si c'est la conséquence d'une sous-utilisation des arrêts maladie pour des raisons financières ou le résultat d'un appel d'air créé par la suppression du jour de carence. Nous ne disposons pour l'heure d'aucune étude ou d'aucun élément statistique sur l'impact de la suppression du jour de carence dans la fonction publique ni sur les motifs des congés de courte durée. Je vous renvoie au rapport de Bérengère Poletti qui reconnaît que, sur le sujet, les positions tranchées ne sont pas de mise.

Cessez d'opposer les fonctionnaires aux non-fonctionnaires et les Français entre eux ! Cette façon de faire était typique du précédent quinquennat. Il serait temps que vous vous aperceviez que, depuis, il y a eu du changement.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 49 bis est supprimé.

CHAPITRE VII Autres mesures

Article 51

(art. L. 1221-8, L. 1221-9, L. 1221-10, L. 1221-13, L. 1222-8, L. 1223-1, L. 5121-1, L. 5221-3, et L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Adaptation du régime du plasma thérapeutique à la qualification du plasma industriel en médicament dérivé du sang

L'article 51 tire les conséquences de la qualification par le juge européen du plasma industriel en médicament dérivé du sang tout en consolidant le circuit unitaire de conservation et de délivrance des plasmas, ainsi que l'hémovigilance.

Le Sénat a adopté cet article en y apportant une précision introduite par un amendement de Mmes David et Cohen et de sénateurs du groupe CRC, sous-amendé par le Gouvernement, qui indique sans ambiguïté que le plasma industriel doit répondre aux exigences définies à l'article L. 5121-11 du code de la santé publique, notamment de prélèvement éthique.

Votre rapporteur se félicite de cette précision qui offre une garantie supplémentaire de prélèvement de l'ensemble des plasmas thérapeutiques dans des conditions éthiques et rappelle que sera également applicable le marquage par un pictogramme « *Label éthique* » introduit, à son initiative, par l'article 6-III de la loi n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article moyennant une modification rédactionnelle par amendement du rapporteur.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS75 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je me félicite du travail qu'ont accompli les sénateurs sur l'article 51. Celui-ci porte sur la mise en conformité du droit français avec la décision de la Cour de justice européenne sur le plasma thérapeutique industriel faisant suite à une procédure engagée par un laboratoire suisse contre l'Établissement français du sang. Cette décision fait désormais du

plasma thérapeutique industriel un médicament dérivé du sang et non plus un produit sanguin labile.

Elle a suscité une émotion que je partage parmi les donateurs de sang, sur l'avenir de la filière sang, et notamment de la filière éthique. Étant rédacteur d'un rapport sur la question, je suis attentif à ces préoccupations.

À la demande des sénateurs, la ministre a accepté – et je m'en félicite – la mise en place d'une labellisation éthique des médicaments ainsi qualifiés. Le plasma thérapeutique industriel devra donc répondre aux exigences éthiques définies par la France. Cette mesure permet de conforter le modèle éthique français que nous essayons de promouvoir en Europe et au-delà.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 51 modifié.

Article 52 bis

(art. 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé)

Prolongement de la durée de l'expérimentation permettant à certains médecins hospitaliers de consulter le dossier pharmaceutique du patient hospitalisé avec son consentement

Introduit au Sénat par un amendement de la commission des affaires sociales, sur avis favorable du Gouvernement, l'article 52 *bis* prolonge d'une année l'expérimentation, prévue par le III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui permet aux médecins, à titre expérimental, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, de consulter, avec leur autorisation, leur dossier pharmaceutique.

Cette expérimentation a pour but d'améliorer la continuité et la coordination des soins des patients hospitalisés, notamment pour diminuer le risque de iatrogénie médicamenteuse.

Le décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 a défini le cahier des charges de cette expérimentation et a réservé cet accès aux médecins anesthésistes-réanimateurs, aux médecins exerçant dans les structures d'urgence, aux médecins exerçant dans une unité de réanimation et aux médecins exerçant dans les structures de médecine gériatrique.

Cette expérimentation n'a débuté qu'en juillet 2013 et devrait prendre fin le 30 décembre 2014, trois ans après la publication de la loi du 29 décembre 2011. La durée effective de 18 mois ne permettant pas de disposer du recul suffisant,

l'article 52 *bis* repousse le terme à quatre ans après la publication de la loi du 29 décembre 2011 et prolonge donc l'expérimentation d'une année.

Votre rapporteur propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction du Sénat.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article additionnel sans modification.

*

La Commission adopte l'article 52 bis sans modification.

Article 53

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Fixation des dotations au FMESPP, à l'ONIAM, l'EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2015, modification des règles applicables aux dotations de la CNSA aux opérateurs

Le présent article fixe les dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), ainsi que la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux Agences régionales de santé (ARS) pour l'année 2015.

Il modifie par ailleurs les règles applicables aux dotations de la CNSA aux opérateurs.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée lors de sa première lecture.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement de suppression des alinéas portant modification des règles applicables aux dotations de la CNSA aux opérateurs.

En effet, l'article L. 14-10-5 prévoit le financement par l'objectif général de dépenses (OGD) des contributions versées à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services.

Or, l'article L. 314-3 réserve le champ de l'OGD exclusivement au financement d'établissements et services médico-sociaux limitativement énumérés et non aux opérateurs susnommés.

En conséquence, il est proposé de modifier dans le texte initial l'article L. 14-10-5 en imputant le financement des opérateurs sur une seule recette au titre de la contribution sociale pour l'autonomie affectée à la section 1 du budget de la caisse, conformément à la pratique de financement actuelle.

Votre rapporteur propose de revenir à la rédaction adoptée par votre Assemblée en première lecture.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a rétabli cette disposition.

*

La Commission examine l'amendement AS95 de Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social.

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Cet amendement propose de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée pour l'article 53, qui porte sur le financement des trois agences par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le dispositif prévu n'opère pas de transfert de charge et apporte une clarification juridique.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 53 modifié.

Article 53 bis A

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Détermination de taux d'affectation fixe de la contribution de solidarité pour l'autonomie en faveur des personnes handicapées

Cet article a été introduit au Sénat à la suite de l'adoption d'un amendement présenté au nom de la commission des affaires sociales.

Il détermine des clefs de répartition fixes pour l'affectation de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées. La rédaction maintient l'allocation de 40 % du produit de la taxe mais retient les taux fixes suivants :

– 10 % du produit de la CSA en faveur de l'objectif global de dépenses (OGD) pour les personnes handicapées, qui finance notamment les établissements ;

– 30 % au titre de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), versée par les départements.

Cette disposition remet en cause l'équilibre en vigueur à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit la fixation de ces taux dans un plafond global de 40 % mais de manière souple, par arrêté. La contribution au titre de l'OGD peut varier entre 10 et 14 % du produit tandis que celle versée au titre de la PCH doit s'établir entre 26 et 30 % du même produit.

L'amendement adopté au Sénat consiste donc à supprimer la souplesse du droit actuel pour garantir un versement maximal de la contribution CSA au profit des départements. La mise en œuvre de cette disposition se ferait ainsi au détriment des établissements, un objectif peu souhaitable compte tenu des besoins considérables du secteur.

En conséquence, votre rapporteure préconise de conserver la rédaction en vigueur et de supprimer cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS96 de Mme Martine Pinville, rapporteure.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet article, introduit par le Sénat, conduit à rigidifier la part de la contribution de solidarité pour l'autonomie consacrée à l'objectif global de dépenses pour les personnes handicapées ainsi qu'à la prestation de compensation du handicap. L'amendement propose de conserver de la souplesse et donc de supprimer l'article.

La Commission adopte l'amendement.

*En conséquence, l'article 53 bis A est **supprimé**.*

Article 53 bis B

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Affectation en 2015 de 50 % du produit de la CASA à un plan d'investissement dans le secteur médico-social

Cet article a été introduit au Sénat suite à la suite de l'adoption d'un amendement présenté au nom de la commission des affaires sociales.

Il prévoit de garantir l'affectation de 50 % du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit environ 230 millions d'euros, à un plan d'investissement en faveur du secteur médico-social.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement – en cours d'examen au Parlement – prévoit les mesures d'affectation du produit de cette contribution. Or, dans l'attente de son adoption, qui modifiera notamment l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, l'emploi des ressources de la CASA est particulièrement complexe et nécessite des dispositions législatives transitoires.

Pour mémoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait prévu d'affecter une partie de cette ressource à des mesures de soutien à l'investissement dans le secteur. À son tour, la disposition adoptée au Sénat dans le présent article tient compte du calendrier prévisionnel d'adoption du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, celui-ci ne permettant la mise en œuvre des mesures du texte que tardivement au cours de l'année 2015. Dans cette perspective, prévoir l'affectation de l'équivalent d'un semestre de produit de la CASA à l'investissement paraît raisonnable et cohérent avec les mesures annoncées par le Gouvernement.

Votre rapporteure préconise donc l'adoption de cet article sans modification.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article additionnel.

*

La Commission adopte l'article 53 bis B sans modification.

Article 53 bis C

(art. L. 312-8-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles)

Permettre des évaluations communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire

Cet article a été introduit au Sénat par un amendement de M. Daudigny.

Il prévoit que les évaluations auxquelles procèdent des établissements et services relevant d'un même organisme gestionnaire puissent être communes.

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que les établissements procèdent à des évaluations « *de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles* », évaluations menées par des organismes extérieurs.

Cet article souligne que certains de ces établissements et services mènent des actions complémentaires ou relèvent d'un même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ce faisant, il prévoit qu'une même évaluation peut être réalisée pour les différents établissements concernés. L'objectif avancé par l'exposé des motifs est de leur permettre de mettre en avant leurs synergies et de réaliser des économies.

Si cette intention est louable, votre rapporteure considère que le dispositif n'est pas pertinent. Chaque établissement est en effet responsable individuellement devant la puissance publique de la qualité du service qu'il fournit. C'est donc individuellement qu'il doit rendre compte. En outre, s'agissant des gisements d'économies, le droit existant n'interdit à aucun moment que plusieurs établissements et services se regroupent pour passer un appel d'offres commun en vue des évaluations. Enfin, rien n'empêche que ces évaluations – aussi individuelles qu'elles soient – mettent en lumière les synergies existantes avec tel ou tel autre acteur.... quel que soit d'ailleurs son organisme évaluateur.

Ainsi, bien que motivé par une bonne intention, cet article contient des dispositions superflues voire problématiques. Votre rapporteure préconise donc sa suppression.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission examine l'amendement AS97 de Mme Martine Pinville, rapporteure.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet amendement supprime un article introduit par le Sénat qui permet à des établissements et services relevant d'un même organisme gestionnaire de mener leurs évaluations en commun et de faire ainsi des économies. Or cette démarche louable pose plus de problèmes qu'elle n'en résout.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 53 bis C est supprimé.

Article 53 bis D

(art. L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles)

Amortissement du financement des évaluations externes dans les services d'accompagnement pour adultes handicapés

Cet article a été introduit au Sénat par un amendement de M. Daudigny.

Il prévoit d'harmoniser la rédaction de l'article L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles avec la nature des organismes auxquels il fait référence. Il porte en effet sur les conditions d'amortissement des évaluations supportées par les organismes d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

En l'état, la rédaction de cet article est circonscrite aux seuls « établissements » et l'objet de cette disposition est de viser les établissements « et les services », afin de la rendre conforme à la nature de l'ensemble des organismes visés. Dans la rédaction en vigueur, il est fait mention en effet des seuls « établissements » mentionnés au 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui pourtant les décrit explicitement comme « établissements et services ».

Cet article porte ainsi une mesure de cohérence juridique. Votre rapporteure préconise donc son adoption sans modification.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article additionnel.

*

La Commission adopte l'article 53 bis D sans modification.

Article 53 bis E

(art. L. 441-3 du code de l'action sociale et des familles)

Compétence du directeur général d'ARS pour la prise en charge par une famille d'accueil d'un jeune adulte handicapé

Cet article a été introduit au Sénat par un amendement de M. Gilles.

Il prévoit de confier la responsabilité du placement des jeunes adultes handicapés en famille d'accueil par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

En l'état, lorsque la situation d'un jeune adulte handicapé justifie son placement en famille d'accueil, la décision de placement est prise conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département. La prise en charge relève essentiellement du département au titre de l'aide sociale et de l'État au titre de l'allocation adulte handicapé (AAH), là où le placement en maison d'accueil spécialisée relève surtout du périmètre budgétaire de l'assurance maladie.

Or, cet article prévoit de substituer l'autorité du directeur général de l'Agence régionale de santé à celle du préfet pour la prise en charge du placement, sans modifier les circuits de prise en charge. Compte tenu du mode de

financement du placement en famille d'accueil qui demeure inchangé, il est légitime de maintenir l'intervention du préfet au côté du président du conseil général.

Votre rapporteure préconise donc la suppression de cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS98 de Mme Martine Pinville, rapporteure.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer l'article 53 bis E qui a été introduit par le Sénat et qui prévoit de substituer à la compétence du représentant de l'État dans le département celle du directeur général de l'agence régionale de santé pour le placement des jeunes adultes handicapés en famille d'accueil, alors que cette décision est aujourd'hui prise conjointement avec le président du conseil général. L'amendement permet de maintenir la procédure en vigueur.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 53 bis E est supprimé.

Article 53 bis

Demande de rapport sur la fiscalité des EHPAD

Cet article a été introduit à l'Assemblée nationale par voie d'amendement et supprimé au cours de l'examen du texte par le Sénat.

Cet article prévoyait la remise dans l'année suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 d'un rapport portant sur la fiscalité des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'examen de cet amendement en séance à l'Assemblée nationale ainsi que de cet article au Sénat a permis au Gouvernement de prendre des engagements, soulignant notamment que ces questions seraient abordées au cours des travaux de concertation qu'il a engagés sur la réforme tarifaire. Les conclusions devraient ainsi arriver avant la date de remise du rapport prévu par l'article. Il n'est donc pas nécessaire d'en maintenir la commande et le Sénat a supprimé cet article.

Votre rapporteure se rallie à cette suppression.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a procédé à la suppression conforme de cet article.

*

La Commission maintient la suppression de l'article 53 bis.

Article 53 ter

Demande de rapport sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Cet article a été introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale et supprimé au cours de l'examen du texte par le Sénat. Il prévoyait dans un délai d'un an à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 la remise d'un rapport relatif à l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

L'examen de cet amendement a permis au Gouvernement de s'exprimer sur ce sujet et d'aborder la problématique des dispositions réglementaires qu'il convient de compléter, s'agissant notamment de la définition des seuils rendant leur conclusion obligatoire. Ces échanges ont confirmé l'intérêt de cette demande de rapport qui permettra de soumettre des éléments d'information et des propositions concrètes au Parlement.

En conséquence, votre rapporteure proposera de rétablir cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS99 de Mme Martine Pinville, rapporteure.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 53 ter est ainsi rétabli.

Article 54

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2015

Cet article fixe, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2015. Ils s'élèvent à :

– 198,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBS) ;

– 173,6 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée lors de sa première lecture.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement minorant les montants des objectifs pour les ROBS et le régime général respectivement de 1 milliard et 800 millions d'euros.

Cet amendement tire les conséquences financières de mesures portant sur l'ONDAM :

– d'une plus grande implication des pouvoirs publics dans la lutte contre les actes inutiles tant à l'hôpital qu'en ville ;

– de mesures en faveur de la prescription de génériques ;

– de mesures renforçant les conditions d'évaluation des médicaments dont les firmes demandent le remboursement ;

– de l'évolution de l'usage en automédication, hors pédiatrie et maladies chroniques, du paracétamol ;

– de la réforme de la tarification des urgences hospitalières ;

– de l'impact des négociations au sein des établissements de santé sur le temps de travail.

Les chiffrages proposés ne sont pas étayés et tandis que les objectifs ne sont pas partagés par votre rapporteur qui propose en conséquence le rétablissement des objectifs adoptés par votre assemblée en première lecture.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

La Commission est saisie de l'amendement AS91 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement propose de rétablir les objectifs de dépenses de la branche maladie adoptés par l'Assemblée en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 54 modifié.

Article 55

ONDAM et sous-ONDAM pour 2015

Cet article a pour objet de déterminer, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année à venir, ainsi que ses sous-objectifs.

Le montant de l'ONDAM pour 2015 est fixé à 182,3 milliards d'euros, à comparer à 178,3 milliards d'euros en 2014 ⁽¹⁾, ce qui correspond à une augmentation des dépenses de 2,1 % après un taux de progression en 2014 de 2,6 % par rapport aux dépenses exécutées en 2013.

La construction de l'ONDAM comporte plusieurs étapes : elle englobe tout d'abord le montant de dépenses arrêté pour l'année en cours, réactualisé en fonction des dernières prévisions et rectifié en fonction des éventuels changements de périmètre :

– la construction des bases de l'ONDAM pour 2015 part ainsi d'un montant global de dépenses pour 2014 estimés par la commission des comptes de la sécurité sociale à 178,4 milliards d'euros ;

– les changements de périmètre représentent quant à eux une somme voisine de à 0,3 milliard d'euros.

Elle tient compte ensuite des évolutions tendanciennes de l'objectif puis intègre le montant d'économies nécessaires pour atteindre le taux d'évolution cible des dépenses soumis au Parlement. Les dépenses du champ de l'ONDAM progressant de 3,9 % en 2015, le respect d'un objectif de dépenses en hausse de 2,1 % implique des mesures d'économie à hauteur de 3,2 milliards d'euros.

(1) Article 17 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi décompose l'ONDAM pour l'année à venir en sous-objectifs dont le nombre ne peut être inférieur à cinq, la définition des composantes des sous-objectifs étant d'initiative gouvernementale. Le présent article propose de ventiler l'ONDAM en sept sous-objectifs sectoriels, présentés dans le tableau ci-après.

sous objectifs	(en milliards d'euros)	objectif de dépenses
1	Dépenses de soins de ville	83,0
2	Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
3	Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
4	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
5	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
6	Fonds d'intervention régional	3,1
7	Autres prises en charge	1,6
	TOTAL	182,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Cet article a été adopté sans modification par votre assemblée.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement minorant les montants de l'ONDAM de 1 milliard d'euros répartis entre les dépenses de soins de ville pour 400 millions d'euros et les dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité pour 600 millions d'euros.

Cet amendement tire les conséquences financières de mesures présentées dans le cadre du commentaire de l'article 54.

Les chiffrages proposés ne sont pas étayés et certains des objectifs ne sont pas partagés par votre rapporteur qui vous propose en conséquence le rétablissement des objectifs et des sous-objectifs adoptés par votre assemblée en première lecture.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS92 de M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement rétablit le montant de l'ONDAM adopté par l'Assemblée en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 55 modifié.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 56 A

(art. L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale)

Relèvement graduel de l'âge légal de départ à la retraite

Cet article, inséré par le Sénat à l'initiative de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, relève l'âge légal de départ à la retraite de façon graduelle jusqu'à 64 ans au 1^{er} janvier 2024.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a procédé à une réforme d'ampleur de notre système de retraites.

À cette occasion, le choix du législateur pour garantir la pérennité du système s'est porté sur l'allongement de la durée de cotisation, suivant un déroulé en deux étapes : un rééquilibrage financier jusqu'en 2020, puis un allongement de la durée de cotisation qui sera progressivement portée de 41,5 annuités à 43 annuités entre 2020 et 2035.

En outre, le comité de suivi des retraites, nouvellement créé par ladite loi, est doté d'une mission de surveillance, d'alerte et de recommandation concernant la situation de notre système de retraites. Il lui reviendra donc d'alerter les pouvoirs publics en cas d'écart constaté par rapport à la trajectoire de retour à l'équilibre.

Considérant qu'il est inopportun de revenir sur les principes de cet équilibre définis il y a moins d'un an, votre rapporteur propose de supprimer cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS35 de M. Michel Issindou, rapporteur.

M. Michel Issindou, rapporteur. L'amendement propose de supprimer l'article 56 A, introduit par le Sénat, qui entend à nouveau réformer les retraites en

relevant l'âge légal de départ à la retraite à soixante-quatre ans dès 2024. Laissons le temps à la réforme qui a été faite de vivre sa vie.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous saluons la clairvoyance de nos collègues sénateurs qui, devant le déficit de 1,6 milliard d'euros de la branche vieillesse, ont considéré qu'il était urgent d'agir. Nous regrettons l'entêtement du rapporteur et sa volonté de supprimer cet excellent article.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 56 A est supprimé.

Article 56 B

Instauration d'un régime de retraites par points ou par comptes notionnels dans le cadre d'une réforme systémique du système de retraites

Introduit par le Sénat à l'initiative de Mme Doineau, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, cet article fixe un calendrier de réforme systémique du système de retraites à l'horizon 2017, en prévoyant :

– d'une part, l'organisation d'une conférence sociale et d'un débat national sur cette réforme systémique dès le premier semestre 2015 ;

– et d'autre part, l'instauration d'un régime universel par points ou en comptes notionnels.

Cet article propose donc un calendrier précis de réforme en liant le débat sur la réforme du système de retraites à la transition vers un système de retraites par point ou en comptes notionnels.

Une telle évolution de notre système de retraites n'ayant pas fait l'objet de concertation préalable, votre rapporteur propose de supprimer cet article.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement du rapporteur, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission examine l'amendement AS37 de M. Michel Issindou, rapporteur.

M. Michel Issindou, rapporteur. L'article 56B propose d'instaurer un régime universel par points ou en comptes notionnels à compter du premier semestre 2017. Le PLFSS pour 2015 n'est pas le lieu propice pour cet embryon de réforme des retraites, si tant est que celle-ci soit nécessaire.

M. Bernard Accoyer. Je constate que la majorité s'en prend même aux embryons de réforme. Aucune réforme de structure ne trouve grâce à vos yeux. Dès qu'une telle réforme est proposée, vous vous empressiez de la tuer dans l'œuf.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 56 B est supprimé.

Article 56

Aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants de harkis

Le présent article, qui s'inscrit dans le plan national d'action en faveur des harkis et de leurs familles, permet aux enfants de harkis de racheter des trimestres au titre des périodes passées dans des camps militaires d'hébergement et de transit. Il crée par ailleurs une aide forfaitaire spécifique à la charge de l'État afin de faciliter le rachat de trimestres.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel et un amendement de précision de votre rapporteur.

Le Sénat a adopté, sur avis doublement favorable du Gouvernement, un amendement rédactionnel ainsi qu'un sous-amendement visant à rectifier un oubli dans la rédaction initiale de l'article : les personnels « assimilés » aux formations supplétives sont bien concernés par le dispositif d'aide au rachat de trimestres de retraite, ainsi que le prévoyait l'étude d'impact attachée au projet de loi.

Votre rapporteur vous propose donc d'adopter cet article, sous réserve de deux modifications rédactionnelles.

Lors de l'examen du texte du Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article, moyennant deux amendements rédactionnels du rapporteur.

*

La Commission adopte les amendements rédactionnels AS38 et AS39, de M. Michel Issindou, rapporteur.

Puis elle adopte l'article 56 modifié.

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 61 AA

Rapport du Gouvernement au Parlement sur la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant

Par amendement de Mmes Keller et Cayeux et de sénateurs du groupe UMP, sur avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté l'article 61 AA demandant la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement évaluant, avant le 1^{er} avril 2015, les effets de la réforme du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, transformé en prestation partagée d'éducation de l'enfant par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

La réforme de ce congé, consistant notamment à réserver une partie de la durée du congé au second parent, entre en vigueur à compter de 2015 : un rapport d'évaluation au 1^{er} avril 2015 est donc manifestement prématuré.

Le Haut conseil de la famille constitue en outre l'instance appropriée pour réaliser de telles évaluations.

Votre rapporteure propose donc de supprimer cet article additionnel.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement de la rapporteure, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS83 de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille.
L'article 61 AA demande la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement évaluant, avant le 1^{er} avril 2015, les effets de la réforme du congé parental. Or, cette réforme entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2015, un rapport d'évaluation au 1^{er} avril 2015 est manifestement prématuré. Le Haut Conseil de la famille constitue en outre l'instance appropriée pour réaliser de telles évaluations.

L'amendement propose donc de supprimer cet article.

M. Gilles Lurton. Si la date du 1^{er} avril 2015 pose problème, il suffit de la reculer afin de laisser à la réforme le temps de s'appliquer avant de l'évaluer. Nous proposerons un amendement en ce sens en séance.

Mme la rapporteure. Je répète que le Haut Conseil de la famille a précisément pour mission de travailler sur la politique familiale et de l'évaluer régulièrement. C'est dans ce cadre que les conséquences de la réforme seront appréciées.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 61 AA est supprimé.

Article 61 A

(art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)

Modulation des montants d'allocations familiales en fonction des revenus

Cet article qui vise à permettre la modulation des allocations familiales en fonction des ressources du ménage.

- *L'introduction de cette mesure par l'Assemblée nationale en première lecture*

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale en première lecture de deux amendements identiques de la rapporteure et des membres du groupe SRC, sous-amendés par le Gouvernement.

Il modifie l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir une modulation des montants d'allocations familiales, ainsi que de sa majoration pour âge, selon un barème défini par décret.

L'article 61 A donne en outre valeur législative au principe, déjà existant, de modulation des allocations familiales en fonction du nombre d'enfants. Enfin il précise les conditions du lissage destiné à éviter les effets de seuil, sous la forme d'un complément dégressif versé aux familles dont le revenu mensuel est légèrement supérieur aux seuils fixés par décret.

L'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} juillet 2015 ce qui fournira à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) un délai suffisant pour adapter ses systèmes d'information et prendre en compte les ressources des allocataires concernés.

Dans le but de procurer à la branche famille une économie d'environ 800 millions d'euros en année pleine et de 400 millions d'euros en 2015, les montants d'allocations familiales seront diminués de moitié au-dessus d'un premier plafond de revenu, fixé à 6 000 euros pour un ménage ou une personne avec deux enfants à charge, et à nouveau de moitié au-dessus d'un deuxième plafond fixé à 8 000 euros par mois dans la même situation familiale.

Cette économie permettra de maintenir dès l'âge de 14 ans la majoration des allocations familiales. L'économie permettra également de maintenir un montant uniforme de la prime à la naissance ou à l'adoption, quel que soit le rang de l'enfant, afin que l'effort ne pèse pas sur les bénéficiaires de cette prestation versée sous conditions de ressource : en première lecture, l'Assemblée nationale a donc logiquement supprimé l'article 61 du projet de loi de financement qui prévoyait la modulation du montant de la prime à la naissance en fonction du rang de l'enfant. Le Sénat a au demeurant confirmé cette suppression.

Enfin, la modulation des allocations familiales permettra de ne pas modifier les montants du complément de mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant : la politique familiale continuera donc de favoriser la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle, y compris pour les jeunes parents qui retirent des revenus élevés de leur activité professionnelle.

- *La suppression par le Sénat*

Le Sénat a adopté plusieurs amendements supprimant l'article 61 A.

Pourtant les économies demandées à la branche famille sont nécessaires afin de contribuer au redressement des comptes de la sécurité sociale dans son ensemble et l'effort demandé doit être réparti entre tous les ménages en fonction de leurs moyens.

Votre rapporteure estime que moduler les montants d'allocations familiales en fonction du revenu des familles ne revient pas à rompre avec le principe d'universalité de ces allocations : tous les ménages ayant au moins deux enfants à charge continueront de percevoir des allocations familiales.

Votre rapporteure souligne également que des aides continueront d'être versées à toutes les familles, en fonction des différents objectifs de la politique familiale. Mais l'orientation vers la justice sociale sera accentuée et la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la CNAF sera confortée.

Aussi, votre rapporteure propose de rétablir cet article additionnel.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement de la rapporteure, la commission des affaires sociales a rétabli cet article additionnel assorti d'une modification de précision.

*

La Commission examine l'amendement AS102 de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. Cet amendement vise à rétablir la modulation des allocations familiales supprimée par le Sénat. Levant

une ambiguïté par rapport à la rédaction initiale, il précise en outre que les plafonds de ressources varient en fonction du nombre d'enfants à charge.

Monsieur Accoyer, vous qui réclamez des réformes structurelles, je suppose que vous aurez à cœur de voter cet amendement.

M. Gilles Lurton. Nous avons déjà exprimé notre désaccord de fond sur cette mesure. Nous sommes opposés à la modulation des allocations familiales et nous continuerons à combattre ce choix.

Je soulève un autre problème, de forme celui-là : cette disposition a été introduite par amendement dans un article du projet de loi qui portait initialement sur la prime de naissance. Elle n'a fait l'objet d'aucune évaluation. Or elle ne manquera pas de poser de nombreux problèmes aux caisses d'allocations familiales qui connaissent déjà de grandes difficultés. Vous allez encore alourdir et compliquer leur tâche.

À vous entendre, tout irait bien en France ; la mise en œuvre des mesures adoptées ne poserait aucun problème aux administrations. Mais tout ne va pas bien – certaines caisses primaires d'assurance maladie sont contraintes de fermer pendant une semaine pour résorber le retard dans le traitement des dossiers.

Mme Catherine Lemorton, présidente. La généralisation du tiers payant apportera une réponse à l'une de vos préoccupations, monsieur Lurton.

M. Jean-Pierre Barbier. Je veux insister à nouveau sur la méthode employée par la majorité. En première lecture, nous n'avons jamais pu discuter du sujet de manière sereine en commission, et le débat a été plus que confus en séance publique. Dans le cadre de cette nouvelle lecture, nous constatons que les propositions des sénateurs sont balayées d'un revers de main. Si toutes les réformes de structure proposées par la majorité le sont par voie d'amendement, nous ne sommes pas au bout de nos peines !

M. Bernard Accoyer. Mon intervention portera sur l'ensemble des mesures de ce PLFSS revu à la mode gouvernementale. On s'aperçoit que la majorité utilise la branche famille, ce pan majeur de notre politique familiale, comme une variable d'ajustement afin de combler les trous qu'elle a creusés dans d'autres branches, en particulier la branche vieillesse pour laquelle aucune réforme de structure n'est proposée. Une telle politique est inquiétante à plus d'un titre. En effet, même si les allocations familiales ne sont qu'un élément de la politique familiale, elles en sont un élément essentiel, et il est tout à fait logique et utile que les foyers qui élèvent des enfants et assurent ainsi la pérennité de notre système de répartition, qui repose sur la solidarité entre les générations, bénéficient d'une reconnaissance. Par ailleurs, en modulant les allocations familiales en fonction des revenus, la majorité doit être consciente qu'elle fait un pas vers l'extension de l'application de conditions de ressources à toutes les prestations de la sécurité sociale.

Mme Catherine Lemorton, présidente. Tout d'abord, sur la forme, je rappelle, monsieur Accoyer, que, entre octobre 2011 et mai 2012, des textes adoptés par le Sénat ont été « revus à la mode gouvernementale » de l'époque, et c'est logique : il en est ainsi lorsque les deux assemblées ne sont pas de la même couleur politique. Par ailleurs, on ne peut pas comparer la naissance d'un enfant et la survenue d'une maladie. Le premier est la plupart du temps désiré, la seconde ne l'est jamais. Contrairement à la maladie, la naissance d'un enfant n'est pas un aléa de la vie. Il est donc parfaitement erroné de prétendre, pour susciter la peur, que l'accès aux soins pourrait être placé sous condition de ressources. Peut-être envisagez-vous de prendre une telle mesure lorsque vous reviendrez au pouvoir, mais tel n'est pas notre intention. Le fait que nous veillions à ce que personne ne soit privé du traitement contre l'hépatite C en témoigne.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. Tout d'abord, je m'étonne que l'opposition conteste aux parlementaires, notamment aux rapporteurs, le droit d'amender un texte. Le PLFSS est le fruit d'une co-construction entre le Gouvernement et le Parlement. Ensuite, je rappelle que j'ai procédé, en tant que rapporteure, à de nombreuses auditions lors desquelles j'ai souvent évoqué l'éventualité d'une modulation des allocations familiales ; nous n'avons rien dissimulé. En outre, M. Le Maire et M. Juppé eux-mêmes se sont interrogés, dans le courant de l'année 2013, sur l'opportunité de réduire les allocations familiales versées aux familles les plus aisées. Enfin cette mesure a été largement expertisée en 2013 avec l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le rapport de M. Fragonard pour le Haut conseil à la famille qui comportait des propositions en ce sens. Cette mesure a donc été précédée d'une réflexion approfondie. Nous sommes bien conscients qu'elle alourdit la charge de travail de la CNAF, qui doit rassembler des éléments financiers concernant les familles, et nous en tirerons les conséquences.

En tout état de cause, plutôt que diviser par trois la prime de naissance pour toutes les familles ou reporter de deux ans la majoration pour l'enfant atteignant l'âge de quatorze ans, nous avons préféré prendre une mesure qui épargne les familles modestes. Ce faisant, nous avons fait le choix de la justice sociale.

Mme Catherine Lemorton, présidente. L'opposition a voulu faire de cette disposition la mesure emblématique du PLFSS, mais nos concitoyens ont bien compris que, s'ils gagnaient moins de 6 000 euros par mois, rien ne changerait pour eux : ils continueront à bénéficier de la prime de naissance et de l'augmentation des allocations lorsque leurs enfants atteindront l'âge de quatorze ans. Quant aux foyers gagnant plus de 6 000 euros par mois, on ne peut pas dire que ce soient ceux pour qui la vie est la plus difficile.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 61 A est ainsi rétabli.

Article 61 B

(art. L. 521-2 et L. 543-1 du code de la sécurité sociale)

Modulation de la part des allocations familiales versées à la famille dont l'enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance et versement au Département de l'allocation de rentrée scolaire

Par amendement de Mme Deroche et de sénateurs du groupe UMP, sur avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté l'article 61 B qui apporte deux modifications aux droits des allocataires lorsqu'un enfant est pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

L'article 61 B modifie l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale pour contraindre le juge aux affaires familiales, de décider le versement de tout ou partie des prestations familiales aux services compétents du département. Il modifie en outre l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir, dans ce cas, le versement automatique au département de l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

Votre rapporteure estime que le cadre juridique actuel est suffisamment souple, le juge ayant la faculté et non l'obligation de décider un tel partage. Remettre le régime actuel en cause revient à jeter la suspicion sur des familles en difficulté. En outre, 95 % des enfants placés reviennent dans leur famille : l'enfant ayant vocation à retourner dans sa famille, le versement des allocations familiales permet de créer les conditions de ce retour.

La mesure proposée paraît en outre très difficile à mettre en œuvre en pratique : définir les montants d'allocations familiales paraît très complexe, par exemple, dans les cas de fratries dont tous les membres ne seraient pas pris en charge par l'ASE ; le versement de l'ARS ayant lieu au mois d'août, des familles s'en verraient privées alors même que l'enfant aurait quitté l'ASE en cours d'année scolaire.

Votre rapporteure propose donc de supprimer cet article additionnel.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement de la rapporteure, la commission des affaires sociales a supprimé cet article additionnel.

*

La Commission examine l'amendement de suppression AS85 de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. L'article 61B, adopté par le Sénat, vise à contraindre le juge aux affaires familiales à décider le versement de tout ou partie des prestations familiales au département en cas de prise en charge d'un enfant par les services de l'aide sociale à l'enfance. L'allocation de

rentrée scolaire serait alors directement versée au département. Or le juge a actuellement la faculté de décider d'un tel versement. En outre, 95 % des enfants placés reviennent dans leur famille ; le versement des allocations familiales permet de créer les conditions de ce retour. Enfin, une telle mesure serait impraticable, notamment dans le cas où seul un membre de la fratrie serait placé. En tout état de cause, cette disposition a été discutée à de nombreuses reprises au sein de notre assemblée, puisqu'elle a fait l'objet d'une proposition de loi qui a été rejetée l'an dernier. Notre position est restée la même. C'est pourquoi nous vous proposons de supprimer cet article.

M. Gilles Lurton. Je ne suis pas étonné que les sénateurs aient adopté une telle disposition, puisqu'elle reprend en effet une proposition de loi qu'ils avaient votée quasiment à l'unanimité – seuls les écologistes s'y étaient opposés – il y a environ un an, texte dont j'ai moi-même été le rapporteur lorsqu'il a été examiné par notre assemblée. Pour ma part, je ne suis pas favorable à la mesure telle qu'elle figure dans le texte adopté par le Sénat, car je considère que les allocations familiales et l'allocation de rentrée scolaire doivent permettre de maintenir un lien entre l'enfant et sa famille naturelle. Néanmoins, nous savons qu'il existe un problème de fond. C'est pourquoi j'avais proposé, lors de l'examen de la proposition de loi, de créer une période probatoire de six mois pendant laquelle le juge aurait eu la possibilité d'apprécier la réalité du lien de l'enfant avec sa famille et l'implication de cette dernière dans sa vie quotidienne. Malheureusement, cette proposition a été balayée d'un revers de main, la majorité ayant déposé des amendements de suppression sur chaque article. C'est d'autant plus regrettable qu'une telle mesure aurait facilité la tâche du juge, sachant que notre objectif est également de permettre à l'enfant de retourner dans sa famille.

M. Jean-Pierre Barbier. Madame la présidente, j'interviens peut-être à contretemps, mais je souhaiterais revenir sur vos propos. Vous avez indiqué que la modulation des allocations familiales avait été bien acceptée par la population. On peut en effet faire du populisme, en disant que les familles dont les revenus sont supérieurs à 6 000 euros n'ont pas besoin de ces allocations. Mais quel est le seuil au-delà duquel on est riche dans notre pays ? Le Président de la République l'avait fixé à 2 000 euros de revenus mensuels, puis on a parlé de 4 000 euros ; maintenant, c'est 6 000 euros. On ne sait pas très bien ! En vérité, vous pensez qu'en appauvrissant les riches, vous allez enrichir les pauvres, mais ce n'est pas le cas. Certes, les familles dont les revenus sont compris entre 6000 et 8 000 euros par mois ne sont pas à plaindre, mais n'oublions pas qu'elles embauchent des personnes à domicile pour garder les enfants, et cela crée de la richesse.

Mme Sylviane Bulteau. Ils bénéficient de dégrèvements d'impôts pour cela !

M. Jean-Pierre Barbier. De moins en moins ! Quoi qu'il en soit, en prenant de telles mesures, vous condamnez toujours un peu plus de personnes à la pauvreté. Nous avons sur ce sujet une divergence de fond : quand nous pensons qu'il faut moins de pauvres, vous pensez qu'il faut moins de riches !

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 61B est supprimé.

Article 62

Objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2015

Par amendement de la commission, sur avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a augmenté, à l'article 62, l'objectif de dépenses de la branche famille afin de tirer les conséquences de la suppression de l'article 61 A instaurant la modulation des allocations familiales en fonction des revenus.

Or le rétablissement de l'article 61 A doit permettre de transcrire l'économie occasionnée en 2015 - près de 400 millions d'euros - dans l'objectif de dépenses de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).

Votre rapporteure estime donc qu'il convient de fixer, pour 2015, les dépenses de la CNAF à 54,6 milliards d'euros, donc à un niveau stable par rapport à 2014. Ceci permettra à la branche famille de contribuer au redressement des comptes sociaux à l'instar de l'ensemble des secteurs de la sécurité sociale.

Lors de l'examen du texte du Sénat, par amendement de la rapporteure, la commission des affaires sociales rétabli l'article 62 dans sa rédaction issue de la première lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS86 de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. Cet amendement tire les conséquences du rétablissement de l'article 61 A instaurant la modulation des allocations familiales. Il s'agit en effet de transcrire l'économie réalisée grâce à cette mesure dans l'objectif de dépenses de la Caisse nationale d'allocations familiales. Je rappelle que les mesures votées par le Sénat auraient creusé le déficit de la branche famille.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 62 modifié.

TITRE VI
DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE
BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI
QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65

(art. L. 114-17 et L. 114-18 du code de la sécurité sociale)

Proportionnalité des sanctions prononcées
en cas de fraude aux prestations familiales et vieillesse

Cet article vise à permettre aux caisses de sécurité sociale de prononcer des sanctions en rapport avec la gravité des faits reprochés. Il vise, d'une part, à diminuer le seuil minimal des pénalités financières et, d'autre part, à introduire des sanctions spécifiques pour les cas de réitérations d'infractions ou d'obstacles à contrôle, afin d'éviter que les organismes n'en soient réduits soit à ne retenir que de simples avertissements, soit à l'inverse à mettre en œuvre des sanctions parfois exagérément lourdes comme la suspension du service des prestations.

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

Elle a également adopté un amendement de Mme Orliac, sous-amendé par le Gouvernement, modifiant l'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale pour renforcer les sanctions à l'encontre des personnes qui incitent à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale. Ces sanctions, qui étaient, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, de six mois de prison et d'une amende de 15 000 euros, sont portées à deux ans de prison et à 30 000 euros d'amende.

Cet amendement crée également une nouvelle infraction de refus d'affiliation à la sécurité sociale ou de persistance du refus des démarches en vue de l'affiliation, punie de six mois d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros.

Le Sénat est partiellement revenu sur l'amendement de Mme Orliac en supprimant l'augmentation de la peine d'emprisonnement à l'encontre des personnes qui incitent à la désaffiliation de la sécurité sociale, et en ne retenant qu'une amende de 30 000 euros, sans peine de prison, pour la nouvelle infraction de refus d'affiliation.

À l'initiative de votre rapporteur, la commission a rétabli la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, sauf en ce qui concerne l'augmentation de la peine de prison encourue pour les personnes qui incitent à se désaffilier de la sécurité sociale.

Elle a aussi adopté un amendement permettant l'application des sanctions spécifiques pour les cas de réitérations d'infractions ou d'obstacles à contrôle au régime agricole.

*

La Commission examine l'amendement AS76 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement permettrait aux agents de contrôle du régime agricole de bénéficier des modifications apportées à l'article du code de la sécurité sociale relatif au régime des pénalités susceptibles d'être prononcées par les CAF et les CARSAT, en diminuant le seuil minimal des pénalités, en créant le motif d'obstacle à contrôle et en précisant le champ des infractions constituant la récidive.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS73 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement tend à rétablir la disposition, adoptée par l'Assemblée nationale, augmentant les sanctions financières prononcées à l'encontre des personnes qui refusent de s'affilier à la sécurité sociale.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 65 modifié.

Article 66

(art L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale et
art L. 725-12-2 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime)

Régularisation des déclarations à la suite d'un contrôle

Cet article vise à rétablir une égalité de traitement entre salariés en termes d'ouverture de droits à l'assurance vieillesse, en cas de non-paiement des cotisations sociales par leur employeur. Il permet la prise en compte des droits à l'assurance vieillesse des salariés dont l'employeur fait l'objet d'un redressement pour ne pas avoir payé leurs cotisations salariales, sauf en cas de travail dissimulé avec collusion entre l'employeur et le salarié.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement qui fixe un délai de sept jours pour la transmission aux caisses de sécurité sociale, par les URSSAF, des informations relatives aux droits des salariés en cas de redressement de cotisations sociales.

En nouvelle lecture, votre commission a rétabli la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS68 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement tend à supprimer une précision insérée par le Sénat, qui impose que les informations relatives aux redressements soient transmises dans un délai de sept jours par les URSSAF aux caisses. En effet, il s'agit de régularisations pour le passé qui n'ont en pratique de conséquences que sur les droits relatifs à l'assurance vieillesse. De plus, le délai de sept jours est trop bref.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 66 modifié.

Article 66 bis

(art. L. 243-7-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Encadrement du contrôle des cotisants par les inspecteurs

Adopté par le Sénat à l'initiative de Mme Gruny, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, cet article limite les possibilités d'emport de documents par l'inspecteur lors des contrôles. Il prévoit aussi la possibilité pour le cotisant d'avoir un débat oral et contradictoire avec l'inspecteur du recouvrement sous peine d'irrégularité de la procédure de contrôle.

Cette disposition n'étant pas de nature à accroître l'efficacité des contrôles et de la lutte contre la fraude, votre rapporteur propose de la supprimer.

Votre commission a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS77 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement tend à supprimer l'article 66 bis, qui limite les pouvoirs de contrôle des inspecteurs, en particulier en cas de travail dissimulé.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 66 bis est supprimé.

Article 66 ter

(art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale)

Caractère suspensif de la contestation de la mise en demeure

Adopté par le Sénat à l'initiative de Mme Gruny, avec l'avis favorable de la commission et contre l'avis du Gouvernement, cet article prévoit que la contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale, dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale, suspend toute procédure en recouvrement des cotisations.

Cette disposition n'étant pas de nature à renforcer la lutte contre la fraude, votre rapporteur propose de supprimer cet article.

Votre commission a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS78 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement a pour objet de supprimer une disposition introduite par le Sénat qui confère un caractère suspensif à la saisine de la commission de recouvrement amiable. En effet, en matière de sécurité sociale, seule la contestation de la créance devant le tribunal des affaires sociales est suspensive.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 66 ter est supprimé.

Article 69

(art. L. 8224-2, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail et art. L. 133-6-8-4, L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale)

Lutte contre la fraude aux cotisations sociales

Ajouté par l'Assemblée nationale à l'initiative de votre rapporteur, cet article vise à mieux lutter contre la fraude aux cotisations sociales en durcissant les sanctions en cas de recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre avec circonstances aggravantes et en adaptant les outils de contrôle aux spécificités des travailleurs indépendants qui ont recours au régime micro-social.

Cet article additionnel fait écho au rapport de la Cour des comptes de septembre 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, qui recommande notamment de renforcer les moyens d'action et les pouvoirs

d'investigation des organismes de recouvrement et d'augmenter les pénalités en cas de fraude aux cotisations.

En vertu de l'article L. 8224-1 du code du travail, le fait d'avoir recours au travail dissimulé est puni d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 45 000 euros. Les délits de marchandage et de prêt illicite de main d'œuvre sont quant à eux, punis d'un emprisonnement de deux ans et de 30 000 euros d'amende par les articles L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail.

Le présent article vise à prendre en compte deux circonstances qui aggravent le recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre. Il porte les sanctions prévues par les articles L. 8224-1, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas de travail dissimulé, de marchandage ou de prêt illicite de main d'œuvre de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents.

En outre, il prévoit que le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle est majoré de 40 % en cas de constat de recours au travail dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire, de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents.

Enfin, cet article prévoit l'adaptation de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales au cas des travailleurs indépendants qui optent pour le régime micro-social, en introduisant un article L. 133-6-8-4 dans le code de la sécurité sociale qui dispose qu'un travailleur indépendant qui choisit un régime micro-social doit dédier un compte bancaire à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle.

Le Sénat a adopté deux amendements de sa commission des Finances, avec l'avis favorable de sa commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement :

– l'un augmentant de 10 % à 20 % la majoration de redressement due en cas de récidive d'une pratique non conforme à la législation en vigueur en matière de cotisations sociales ;

– l'autre augmentant de 25 % à 40 % la majoration de redressement due en cas de constat de travail dissimulé.

Votre rapporteur doute que l'accroissement de l'efficacité de la lutte contre la fraude aux cotisations passe par une augmentation des sanctions. En effet, ces dernières sont déjà relativement élevées puisque leur montant, forfaitaire, peut aller jusqu'à six mois de cotisations salariales en cas de travail dissimulé, quand bien même il n'y aurait eu qu'une journée non déclarée. Certaines très petites entreprises ne sont pas capables de les payer : quand il s'agit d'une entreprise dont le travail illégal constitue le principe de fonctionnement, il

n'y a pas de raison d'essayer de la préserver ; en revanche, l'objectif n'est pas de faire cesser l'activité de toute entreprise qui y a recours.

Le renforcement de la lutte contre la fraude passe davantage par l'accroissement de l'efficacité des contrôles.

Votre commission a rétabli l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS80 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de supprimer un alinéa ajouté par le Sénat qui porte de 10 % à 20 % la majoration de redressement due en cas de récidive d'une pratique non conforme à la législation en vigueur en matière de cotisations sociales. L'amélioration de la lutte contre la fraude passe par celle des contrôles, et non par l'augmentation des sanctions encourues, lesquelles sont déjà élevées et de nature à mettre une petite entreprise en cessation de paiement. Nous défendons les petites entreprises !

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS81 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale concernant l'emploi dissimulé de mineurs ou personnes en situation de faiblesse.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 69 **modifié**.*

*Elle **adopte** ensuite la quatrième partie du projet de loi **modifiée**.*

*Elle **adopte** enfin l'ensemble du projet de loi **modifié**.*

*

* *

En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le présent projet de loi modifié par les amendements figurant dans le tableau comparatif ci-après.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014 Article 3 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Le chapitre VIII du titre III du livre I ^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée : « Section 3 « Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C « Art. L. 138-19-1. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits	DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014 Article 3	DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014 Article 3

Texte adopté par l'Assemblée nationale

d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

« La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

« Art. L. 138-19-2. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.

« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. L. 138-19-3. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Montant de chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10.

« Art. L. 138-19-4. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

« Art. L. 138-19-5. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-19-1 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« La société qui acquitte la

Texte adopté par le Sénat

« Une ...

à 80 % du ...

...contribution.

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS47

« Art. L. 138-19-5. – ...

... un groupe, *ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-19-1.*

Amendement AS48

Texte adopté par l'Assemblée nationale

contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« Art. L. 138-19-6. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Le ...

... . Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Amendement AS100

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. L. 138-19-7. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».

II. – Pour l'année 2014, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.

III. – Le présent article s'applique pour les années 2014, 2015 et 2016. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2016, un rapport d'évaluation du présent article.

Texte adopté par le Sénat

III. – ...
... 2014 et 2015.
... octobre 2015, un rapport d'évaluation du présent article.

Propositions de la Commission

III. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS50

Article 5

I. – Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse.....	218,1	219,9	-1,7
Famille.....	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles....	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	461,2	472,9	-11,7

Article 5

Article 5

Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille.....	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	332,7	344,3	-11,7

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,9	20,6	-3,7

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 12,7 milliards d'euros ;

5° (Supprimé)

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui sont nulles en application du II du présent article.

I bis. – Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

II. – L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « nouvelle section » sont remplacés par les mots : « section distincte » ;

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

6° Les ...

... nulles.

Amendement AS1

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>2° Les 1° et 2° du I sont abrogés.</p> <p>III. – La dernière ligne du tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est supprimée.</p> <p>IV. – Après le 11° de l'article L. 135-2 du même code, il est inséré un 12° ainsi rédigé :</p> <p>« 12° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »</p> <p>V. – Les II, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.</p>	<p>—</p> <p>« 12° Le financement de la prime exceptionnelle instaurée par décret au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2014. »</p>	<p>—</p> <p>« 12° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p> <p>Amendement AS2</p>
<p>TROISIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</p> <p>Article 7</p> <p>I. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – La section 1 du chapitre I^{er} est ainsi modifiée :</p> <p>1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;</p> <p>2° L'article L. 130-1 est abrogé ;</p>	<p>TROISIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</p> <p>Article 7</p>	<p>TROISIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</p> <p>Article 7</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;

4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 131-1. – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II bis de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, indemnités, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;

5° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} sont supprimés et la section 1 du même chapitre est complétée par les articles L. 131-2 et L. 131-3 ;

6° L'article L. 131-2 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation anticipée totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Une ...

... cessation *anticipée* d'activité...

... conventionnelles. » ;

Amendement AS3

Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) À la fin du troisième alinéa, la référence : « 1031 du code rural » est remplacée par la référence : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;

c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations » ;

B. – (Supprimé)

C. – Le chapitre III bis est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6
« Règles d'arrondis

« Art. L. 133-10. – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. » ;

D. – À la première phrase des 1^o et 2^o du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 1^o du III de l'article L. 136-8 » ;

E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées ;

F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1^o et 2^o (Supprimés)

3^o Après le mot : « personnes », la fin du III est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

« 1^o D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

demi-part et 2839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;

« 2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.

« Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;

G. – Après le mot : « arrondies », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1 est ainsi rédigée : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;

H. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 » ;

I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième » ;

J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Au deuxième alinéa, les

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} » ;

K. – Au début de l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant » ;

L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés ;

M. – Aux premier et dernier alinéas de l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « cotisants » ;

N. – Le second alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé.

II. – Le premier alinéa du 1^o bis de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1^o Après le mot : « dont », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2^o du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. » ;

2^o Après le mot : « revenus », la

Texte adopté par le Sénat

O. – Au second alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « , y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont supprimés ;

P. – Au début du quatrième alinéa de l'article L. 613-8, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, » sont supprimés.

Propositions de la Commission

O. – Au second alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont remplacés par les mots : « bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraites dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, » ;

Amendement AS24

Texte adopté par l'Assemblée nationale

fin de la seconde phrase est ainsi rédigée :
« à l'article L. 136-5 du même code. »

III. – À la première phrase du I de l'article 154 quinquies du code général des impôts, les mots : « visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points » sont remplacés par les mots : « mentionnés au II de l'article L. 136-8 du même code, à hauteur de 3,8 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 3,8 % ou 6,2 % et à hauteur de 4,2 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 6,6 % ».

IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».

V. – Après le mot : « prévues », la fin du premier alinéa du III de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigée : « à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale. »

VI. – Le présent article s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du III, qui s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2015.

Article 8

I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 21° est ainsi rédigé :

« 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.

« Un décret précise les sommes,

Texte adopté par le Sénat

Article 8

Supprimé

Propositions de la Commission

Article 8

I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 21° est ainsi rédigé :

« 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.

« Un décret précise les sommes,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

les activités et les employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, quand ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

« Il fixe également les conditions dans lesquelles le deuxième alinéa du présent 21° n'est pas applicable, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, défini à l'article L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

I bis. – Après le 14° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

« 15° Personnes qui contribuent à l'exercice d'une mission définie au premier alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées au même 21°, étant entendu que le décret mentionné audit 21° est, dans ce cas, pris pour l'application du présent 15°. »

II. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

les activités et les employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, quand ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

« Il fixe également les conditions dans lesquelles les premier et deuxième alinéas du présent 21° ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, défini à l'article L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;

2° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale

III. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Texte adopté par le Sénat

Article 8 bis A

I. – Le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, de la cotisation mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes : » ;

2° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnée au premier alinéa du présent III ne peut excéder un taux fixé dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 241-5 du présent code. ».

II. – La perte des recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Propositions de la Commission

III. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS4

Article 8 bis A

Supprimé

Amendement AS5

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 8 bis

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 171-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :

a) Après le mot : « affiliées », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « , dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes de sécurité sociale dont relèvent ces activités. » ;

b) Après le mot : « dans », la fin de la seconde phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « ce seul régime. » ;

c) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;

2° Après l'article L. 171-3, il est inséré un article L. 171-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 171-6. – Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui :

« 1° Ont relevé, simultanément ou successivement, soit de régimes de travailleurs salariés, soit d'un régime de travailleurs salariés et d'un régime de travailleurs non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés ;

« 2° Ou sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non salariés, soit par des régimes de travailleurs non salariés. » ;

3° Le 4° de l'article L. 613-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;

4° Le second alinéa de l'article L. 613-4, dans sa rédaction résultant de

Texte adopté par le Sénat

Article 8 bis

3° **Supprimé**

Propositions de la Commission

Article 8 bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale

la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :

« Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;

5° Les articles L. 161-6, L. 613-5 et L. 613-6 sont abrogés ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 613-7, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :

« Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;

7° L'article L. 613-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi modifié :

a) Au début des I et II, sont ajoutés les mots : « Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » ;

b) Au I, les mots : « , sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » sont supprimés ;

8° L'article L. 622-10, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;

9° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigée :

« Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret. » ;

10° Au début du III de l'article L. 325-1, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, » sont supprimés.

Texte adopté par le Sénat

8° **Supprimé**

I bis. – Le I de l'article 25 de la

Propositions de la Commission

I bis. – L'article 25 de la loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :	loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée est ainsi modifié :	n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée est ainsi modifié :
1° L'article L. 732-9 est ainsi modifié :	1° Le quatrième alinéa du 9° est supprimé ;	1° Le quatrième alinéa du 9° <i>du I</i> est supprimé ;
a) Le II est ainsi rédigé :	2° Le 12° est abrogé.	2° Le 12° <i>du I</i> est abrogé.
« II. – Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre des régimes auxquels elles sont affiliées, selon des modalités définies par décret. » ;		3° <i>Le B du VI est supprimé.</i>
b) Le III est abrogé ;		Amendement AS6
2° Au début du cinquième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, » sont supprimés.		
III. – A. – Le présent article s'applique aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1 ^{er} janvier 2015.		
B. – Par dérogation au A du présent III, les 7° et 9° du I s'appliquent aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1 ^{er} janvier 2016.		
Article 8 ter	Article 8 ter	Article 8 ter
Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :		<i>(Sans modification)</i>
« I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à		

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :

« 1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 3° ;

« 2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;

« 3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »

« 1° ...

... à hauteur de 1,50 € ;

« 2° **Supprimé**

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée est compensée, à due concurrence, par la création d'une texte additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 9

Article 9

Article 9

I. – Le code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 précitée, est ainsi modifié :

1° La sous-section 1 de la

1° ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

section I du chapitre I^{er} du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-4. – Pour l'application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du présent code ainsi que des articles L. 741-9 et L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime, des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par décret pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L. 311-3 du présent code, afin de préserver leurs droits aux assurances sociales. Ces cotisations ne peuvent excéder celles dues au niveau du salaire minimum de croissance à plein temps.

« Des cotisations forfaitaires peuvent également être fixées par décret pour certaines activités revêtant un caractère occasionnel ou saisonnier, sous réserve, pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 correspondant à la durée du travail, que leur application ne conduise pas à une diminution de plus de 30 % du montant qui serait dû en l'absence de telles cotisations forfaitaires. » ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 241-2, le troisième alinéa de l'article L. 241-3 et le deuxième alinéa de l'article L. 241-5 sont supprimés ;

3° La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 741-13 est supprimé ;

2° L'article L. 751-19 est abrogé.

III. – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté ministériel en application des articles L. 241-2,

Texte adopté par le Sénat

... chapitre II du titre ...

...rédigé :

« Des ...

... que la base de calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération. » ;

Propositions de la Commission

« Art. L. 242-4-4. – ...

... dues qui s'appliquent au salaire minimum de croissance à temps plein.

Amendement AS7

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que du premier alinéa de l'article L. 741-13 et de l'article L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables jusqu'à la publication du décret prévu à l'article L. 242-4-4 du code de la sécurité sociale et, à défaut, jusqu'au 31 décembre 2015.

Article 10

Article 10

Article 10

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de l'intitulé du chapitre et de la section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique » sont supprimés ;

2° La section 2 est ainsi rédigée :

« Section 2

« Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques

« Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Art. L. 138-10. –

... articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu par l'article L. 138-19-1, a évolué...

... aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Art. L. 138-10. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendements AS64 et AS65

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

« 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

« 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« Art. L. 138-11. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments

Texte adopté par le Sénat

« Art. L. 138-11. – ...

... aux articles, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinées au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu à l'article L. 138-19-1.

Propositions de la Commission

« Art. L. 138-11. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS64

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

« Art. L. 138-12. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au

Texte adopté par l'Assemblée nationale

cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« Art. L. 138-13. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

« Art. L. 138-14. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Art. L. 138-14. – ...

... groupe, *ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-10.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« Art. L. 138-15. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Amendement AS66

« Le ...

... Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Amendement AS101

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} mars de l'année suivante.

« Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.

II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.

Le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.

III. – À compter du 1^{er} janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.

III bis. – Au 2° de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 138-13, L. 138-19-4, ».

IV. – L'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« Art. L. 162-17-5. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à

Texte adopté par le Sénat

—

Le ...

... fixé à 0 %.

Propositions de la Commission

—

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS67

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés.

« Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

V. – L'article L. 162-22-7-1 du même code est abrogé. Toutefois, cet article continue de s'appliquer aux spécialités, produits ou prestations pour lesquels le Comité économique des produits de santé a fixé un montant maximal de dépenses.

VI. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'exclusion de l'assiette de calcul de la contribution L de la part du chiffre d'affaires déjà taxée au titre de la contribution W prévue à l'article L. 138-19-1 est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

VII. - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la modification du déclenchement de la défense de sauvegarde est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

VIII. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la fixation du taux L à 0 % est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 11

Article 11

Article 11

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 1600-0 O est abrogé ;

2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

VI. – **Supprimé**

Amendement AS64

VII. - **Supprimé**

Amendement AS65

VIII. – **Supprimé**

Amendement AS67

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe » ;

– à la seconde phrase, les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;

b) Au second alinéa du même I, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;

c) Au début de la première phrase du II, les mots : « Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée, recouvrée et contrôlée » ;

d) Au premier alinéa du III, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes » sont remplacés par les mots : « la taxe » ;

e) Au second alinéa du même III, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;

f) Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;

3° Au III bis de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé :

« La déclaration prévue au présent article est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou au distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France. Les troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à cette pénalité. » ;

2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;

3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Le dernier alinéa est remplacé

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« La ...

... Ces majorations sont versées à l'organisme ...

...contributions. » ;

Amendement AS8

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

un II ainsi rédigé :

« II. – La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité. » ;

4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;

b) Au début du 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article » ;

5° À l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » et la référence : « L. 165-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-17 » ;

6° Après l'article L. 245-5-5, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 245-5-5-1. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. – La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.

« III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes réalisées en France, au cours de l'année civile au titre de

« III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II du présent article, hors taxe sur la valeur ajoutée.

« IV. – Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.

« V. – La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 €.

« VI. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

« Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.

« VIII. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivants des modalités déterminées par décret.

« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

IV. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par

réalisées en France au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due.

« Les ...

... ils ont *connaissance* en ...

... pénal. ».

Amendement AS9

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

les mots : « et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale ».

V. – A. – Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts, dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi, demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.

La contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du présent article, est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre I^{er} est complétée par des articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 171-4. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

« Art. L. 171-5. – Pour l'exercice de l'action amiable mentionnée au

B. – La ...

...rédaction antérieure à la présente loi, ...

... 2014.

Article 12

Article 12

« Art. L. 171-4. – ...

... vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse ...

... maritime.

Amendement AS10

« Art. L. 171-5. – Une convention signée ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. » ;

2° La seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 est supprimée ;

2° bis Au septième alinéa de l'article L. 376-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 454-1, après le mot : « caisse », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné » ;

3° À l'article L. 613-21, la référence : « L. 376-3 » est remplacée par la référence : « L. 376-4 » ;

4° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI est complétée par un article L. 643-9 ainsi rétabli :

« Art. L. 643-9. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

5° Le chapitre IV du même titre IV est complété par un article L. 644-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 644-4. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

6° La section 1 du chapitre V du même titre IV est complétée par un article L. 645-6 ainsi rétabli :

Texte adopté par le Sénat

2° bis **Supprimé**

Propositions de la Commission

... en œuvre de l'action amiable mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1. » ;

Amendement AS11

2° bis **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS12

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. L. 645-6. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-13-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. » ;

8° La section 4 du même chapitre III est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-21-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. »

II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le titre III est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Recours des caisses contre les tiers payeurs

« Art. L. 733-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.

« Pour l'application ce même chapitre VI, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, », est insérée la référence : « L. 454-2, » ;

3° La seconde phrase de l'article L. 761-19 est complétée par les références : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code » ;

4° Au premier alinéa de l'article

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

L. 762-14, les références : « , L. 376-1 à L. 376-3 » sont remplacées par la référence : « et le chapitre VI du titre VII du livre III » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 762-26, après la référence : « chapitre II », est insérée la référence : « et du chapitre III ».

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} juillet 2015.

Texte adopté par le Sénat

Article 12 bis A

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du 5° bis du II de l'article L. 136-2, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq » ;

2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq » ;

II. – Le 1° du I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015. Le 2° du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2014.

Article 12 bis B

I. – Le II bis de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II bis. – S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur mentionnée au même alinéa, une contribution additionnelle de 45 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3. ».

II. – Le I est applicable aux rentes versées à compter du

Propositions de la Commission

Article 12 bis A

Supprimé

Amendement AS84

Article 12 bis B

II. – Le I est applicable aux rentes versées à compter du

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Article 12 bis</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le troisième alinéa de l'article L. 131-6 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :</p> <p>« 1° Les revenus définis aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur indépendant non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;</p> <p>« 2° En cas d'exercice de l'activité sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part du revenu provenant de cette activité et</p>	<p><u>1^{er} janvier 2015 et aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2015.</u></p> <p style="text-align: center;">Article 12 bis C</p> <p>I. – Après le mot : « croissance », la fin du dernier alinéa du I de l'article 1613 ter du code général des impôts est ainsi rédigée : « , les produits de nutrition entérale pour les personnes malades et les boissons à base de soja avec au minimum 2,9 % de protéines issues de la graine de soja. ».</p> <p>II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</p>	<p>1^{er} janvier 2015.</p> <p style="text-align: center;">Amendement AS94</p> <p style="text-align: center;">Article 12 bis C</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p> <p style="text-align: center;">Article 12 bis</p> <p style="text-align: center;">Suppression maintenue</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux qui est perçue, lorsqu'ils sont associés de la société, par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du travailleur indépendant non agricole.

« Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant mentionnées au troisième alinéa du présent article. » ;

2° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-5. – I. – Sont considérés comme une rémunération, au sens de l'article L. 242-1, dans les conditions fixées aux troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-6, les revenus définis au même article L. 131-6 qui sont perçus par les personnes mentionnées au II du présent article ou par leur conjoint ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité ou par leurs enfants mineurs non émancipés.

« II. – Le I s'applique aux personnes mentionnées aux 12° ou 23° de l'article L. 311-3 qui possèdent ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les actions appartenant, en toute propriété ou en usufruit, à leur conjoint ou au partenaire auquel elles sont liées par un pacte civil de solidarité et à leurs enfants mineurs non émancipés sont considérées comme possédées par elles. »

II. – L'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application de l'article L. 242-4-5 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, les références aux troisième à sixième alinéas de l'article

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

L. 131-6 du même code sont remplacées par les références aux cinquième à huitième alinéas de l'article L. 731-14 du présent code, les références aux 1° et 2° du même article L. 131-6 sont remplacées par les références aux a et b du 4° du même article L. 731-14 et les références aux 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du présent code. »

III. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12 ter A

I. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12 ter B

L'article 1^{er} de la loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 est abrogé.

Article 12 ter

I. – Au a du 5° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « plan », sont insérés les mots : « ou en cas de clôture du plan en application du II de l'article L. 312-20 du code monétaire et financier, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence ».

II. – Le I s'applique pour les faits

Article 12 ter

II. – ...

Article 12 ter A

Supprimé

Amendement AS13

Article 12 ter B

(Sans modification)

Article 12 ter

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
générateurs intervenant à compter du 1 ^{er} janvier 2015.	... janvier 2016.	
Article 12 quater	Article 12 quater	Article 12 quater
Le 10 ^o de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et de ceux mentionnés aux titres I ^{er} et II de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale ».	Le 10 ^o de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , au titre 1 ^{er} de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, aux articles L. 3441-2 et L. 4431-2 du code des transports et aux articles L. 931-5 et suivants du code rural et de la pêche maritime ».	Le L. 931-5, L. 931-24 et L. 931-28 du code rural et de la pêche maritime » ;
		Amendement AS15
		<i>II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 651-3 du même code est supprimé.</i>
		Amendement AS16
Article 12 quinquies	Article 12 quinquies	Article 12 quinquies
À la troisième ligne des deux dernières colonnes du tableau du deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts, les taux : « 28 » et « 5 » sont remplacés, respectivement, par les taux : « 64,7 » et « 15 ».	Supprimé	Suppression maintenue
	Article 12 sexies	Article 12 sexies
	I. – Les professionnels mentionnés au 7 ^o de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1 ^o de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale	<i>(Sans modification)</i>
	II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une texte additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

Article 13

Article 13

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 995 est ainsi modifié :

a) Le 11° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

b) Le second alinéa du 12° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue au même article L. 211-1 » ;

c) Le 13° est abrogé ;

d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 1001 est ainsi modifié :

2° L'article 1001, dans sa rédaction résultant de l'article ... de la loi n°... du ... de finances pour 2015, est ainsi modifié :

a) Les 2° bis et 2° ter sont abrogés ;

b) Le 5° bis est complété par les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

c) Après le 5° bis, il est inséré un 5° quater ainsi rédigé :

« 5° quater À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article

c) Après le 5° ter, ...
... rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p>L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes et fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;</p>		
<p>« À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée au même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent 5° quater ; »</p>		
<p>d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :</p>	<p>d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>« <u>Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° quater, qui sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.</u> »</p>	<p>« d) d'une fraction correspondant à un taux de 13,3 % ...</p>	
<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>... sociale. »</p>	
<p>A. – <u>Le 4° de</u> l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :</p>	<p>A. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :</p>	
<p>« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; »</p>	<p>a) Le 3° est abrogé ; b) Le 4° est ainsi rédigé :</p>	<p>« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au d de l'article ...</p>
<p>B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée ;</p>	<p>« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts dans la rédaction résultant de l'article ... de la loi n° ... du ... de finances pour 2015 est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; ».</p>	<p>... familiales ; ».</p>

Amendement AS18

Texte adopté par l'Assemblée nationale

C. – Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée ;

C bis. – Le 5° de l'article L. 241-6 est ainsi rédigé :

« 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »

D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constituées », sont insérés les mots : « d'une fraction » ;

E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « maladie complémentaire versées pour les » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. » ;

c) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) À la fin, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

« Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points. » ;

3° Après le II, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :

« 1° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;

« 2° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;

« 3° À 7 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;

« 4° À 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.

« Ces mêmes garanties figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées. » ;

4° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.

« V. – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« 3° À ...

les ... *... maladie couvrant*

... français ;

Amendement AS19

« Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées. » ;

Amendement AS20

Texte adopté par l'Assemblée nationale

effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectuée par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe. » ;

F. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les références : « 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même » sont remplacées par les références : « II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent » ;

G. – Au sixième alinéa du II de l'article L. 911-7, les mots : « du présent code » sont supprimés et, à la fin, la référence : « 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts » est remplacée par la référence : « II de l'article L. 862-4 ».

III. – Le présent article s'applique aux primes, cotisations ou fractions de primes ou de cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.

Texte adopté par le Sénat

II bis. – Le second alinéa du II de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est supprimé.

Propositions de la Commission

« La ...

... versées à l'organisme ...

... taxe. » ;

Amendement AS21

E bis. – À l'article L. 862-6, la référence : « et II » est remplacée par la référence : « , II et II bis ».

Amendement AS22

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5^o bis de l'article 1001 du code général des impôts et à hauteur de 18/33^e du taux prévu au second alinéa du 5^o quater du même article, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Article 15

Article 15

Article 15

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o La section 4 du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-13 ainsi rétabli :

« Art. L. 243-13. – I. – Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises versant des rémunérations à moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.

« Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa du présent article n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :

« 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 ;

« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.

« II. – Le présent article n'est pas applicable lorsque la personne contrôlée appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles il existe un lien de dépendance ou de contrôle, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que l'effectif de cet ensemble est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I du présent article.

« 1° et 2° (Supprimés) » ;

2° Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. » ;

3° La section 3 bis du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« La limitation *de la durée du* contrôle ...

... période :

Amendement AS26

« 4° *Ou* un constat de comptabilité insuffisante ou *de* documentation inexploitable

Amendements AS27 et AS28

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.

« II. – Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à quatre ans, que sur :

« 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités notamment appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;

« 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque cette évaluation présente une difficulté particulière ;

« 3° Les montants des redressements calculés en application soit de méthodes d'évaluation par extrapolation, soit d'une fixation forfaitaire du fait de l'insuffisance ou du caractère inexploitable des documents administratifs et comptables.

« III. – La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressement faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« 1° Le ...
... notamment
celles appliquées ...

... sociales ;

Amendement AS29

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« III bis. – La transaction conclue est communiquée à l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1.

« Le directeur des organismes mentionnés au I du présent article rend compte, avant le 30 juin de chaque année, des transactions conclues l'année précédente.

« Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue au même article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.

« IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° du II doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixées au présent article et les textes pris pour son application.

« V. – La transaction conclue par la personne physique mentionnée au premier alinéa du I du présent article engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. » ;

4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « cotisations », il est inséré le mot : « , contributions » ;

b) Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué,

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Lorsqu'une ...

... en cause l'objet de la transaction.

Amendement AS30

« IV. – Toute *transaction* portant ...

... application.

Amendement AS31

« Les ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois, le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII est complétée par un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 724-7-1. – L'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

2° L'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7 du même code est applicable au régime agricole. » ;

3° La section 3 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :

« Art. L. 725-26. – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale

Texte adopté par le Sénat

2° Le dernier alinéa de l'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

Propositions de la Commission

... détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

Amendement AS32

1° *Après l'article L. 724-7, est inséré un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :*

Amendement AS33

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

est applicable au régime agricole. » ;

4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :

« Art. L. 725-12. – L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. »

III. – A. – Le I ainsi que les 1° et 2° du II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – Le 3° des I et II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.

C. – Le 4° des I et II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

III. – A. – Les 1° et 2° des I et II du ...

...janvier 2015.

Article 16

Article 16

Article 16

I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;

3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

3° bis Au quatrième alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « du I du présent article » ;

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p>4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».</p>	<p>4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :</p>	
<p>II. – Le I s'applique aux recours formés devant la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2015.</p>	<p>a) Au début est ajoutée la mention : « III. - » ;</p>	
<p>« La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>b) Sont ajoutés les mots : « du I du présent article ».</p>	
<p>II. – Jusqu'à la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant du présent article, les conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.</p>		
<p>CHAPITRE III Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</p>	<p>CHAPITRE III Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</p>	<p>CHAPITRE III Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</p>
<p>Article 20</p>	<p>Article 20</p>	<p>Article 20</p>
<p>I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :</p>		
<p>1° À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont</p>		

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;

2° L'article 15 est ainsi rédigé :

« Art. 15. – L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte, mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance, exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles, dans les conditions fixées à l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;

2° bis L'article 13 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « payeur » est remplacé par les mots : « mentionné à l'article 19 » ;

b) À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;

c) Au cinquième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné au même article 19 » ;

d) Le début de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance est autorisé... (le reste sans changement). » ;

2° ter À l'article 17, les mots : « la caisse gestionnaire des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;

3° L'article 19 est ainsi rédigé :

« Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la

« Art. 19. – ...

« Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. » ;

4° Le début du II de l'article 22 est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 rembourse... (le reste sans changement). » ;

II. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte **est ainsi modifiée** :

1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :

« Art. 20-5-7. – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-7, au I de l'article L. 162-22-10 et à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 22 est ainsi modifié :

a) Au II, le 2° est ainsi rétabli :

« 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; »

b) Le 5° du même II est ainsi rétabli :

« 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »

Texte adopté par le Sénat

... Mayotte. Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;

Propositions de la Commission

présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;

Amendement AS36

Texte adopté par l'Assemblée nationale

c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :

« La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II du présent article et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté au 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée, selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;

d) Le IV est abrogé ;

e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », est insérée la référence : « , L. 223-1 » ;

3° Au quatrième alinéa du I de l'article 23, après le mot : « mahoraises », sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;

4° L'article 23-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve de l'adaptation suivante : aux 1° et 3° du II du même article L. 162-1-14, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « de la présente ordonnance ».

« La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;

5° Au huitième alinéa de l'article 24, la référence : « et L. 222-1 »

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

4° L'article 23-2 est complété par un II ainsi rédigé :

« II. - Les ...

... ordonnance ».

Amendement AS40

« La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;

Amendement AS41

Texte adopté par l'Assemblée nationale

est remplacée par les références :
« , L. 222-1 et L. 223-1 » ;

6° L'article 26 est ainsi rédigé :

« Art. 26. – I. – Pour assurer le service des prestations des régimes définis aux 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.

« Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.

« II. – Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.

« Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« III. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Art. 26. – I. – ...

... titre *du même* exercice.

Amendement AS42

« Si, ...

... constatés *au titre de ce même* exercice aux organismes nationaux du régime général concerné.

Amendement AS43

Texte adopté par l'Assemblée nationale

prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance.

« Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du même code.

« Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés au même article L. 227-3.

« IV. – La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l'article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.

« V. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

« VI. – Les articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

« VII. – Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale.

« VIII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. »

III. – L'article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« IV. – La ...

... sociale de Mayotte.

Amendement AS44

« VIII. – Un décret fixe les conditions d'application du présent article. »

Amendement AS45

Texte adopté par l'Assemblée nationale

n° 2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d'autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « de celle » sont remplacés par les mots : « du service » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le service des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. »

IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après le mot : « professionnelles, », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ».

V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de l'action sociale et de la prévention mentionnés au II de l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte sont transférés, après affectation du résultat de l'exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.

Texte adopté par le Sénat

III. bis. – Le XXIII de l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

Propositions de la Commission

V. – Les ...

... régimes de sécurité sociale, de l'action ...

... transferts.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Amendement AS46

VI. – Les droits, biens et obligations de la caisse d'allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte, ainsi que les contrats de travail des agents concernés, sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

VII. – Le I, les 2° à 6° du II et les III, V et VI du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 2015. Le 1° du II et le IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

VII. – Le I, les 2° à 6° du II et les V et VI du présent article *entrent en vigueur* au 1^{er} janvier 2015. Le 1° du II et le IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Amendements AS49 et AS51

Article 21

Article 21

Article 21

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

1° Après le mot : « application », la fin du premier alinéa est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. » ;

« Le ...

« Le ...

... aux réductions et exonérations prévues ...

... L. 651-1. » ;

... L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du 1 de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. » ;

B. – L'article L. 131-8 est ainsi

Amendements AS53 et AS25

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

b) À la fin du quatrième alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;

b) Au e, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;

c) Après le h, il est inséré un i ainsi rédigé :

« i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. » ;

C. – Le 2 du VI de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée » ;

D. – L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :

1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;

2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».

II. – L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées au présent article est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes

b) À la fin du dernier alinéa, ...
... « 28,5 % » ;

« 6° Une ...

... mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

handicapées et du budget. »

... budget. »

III. – Le présent article s'applique aux produits *des impositions et contributions assises* sur ...

III. – Le présent article s'applique aux produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du A du I, qui s'applique à compter du 1^{er} janvier 2015.

... 2015.

Amendement AS54

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 24

Article 24

Article 24

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	197,0	-6,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,4
Famille	52,3	55,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,1	476,0	-10,1

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,4
Famille	52,3	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,1	476,6	-10,5

Amendement AS55

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 25

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse.....	119,4	120,9	-1,5
Famille.....	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	338,1	348,6	-10,5

Texte adopté par le Sénat

Article 25

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	166,7	172,8	-6,2
Vieillesse.....	119,3	120,9	-1,5
Famille.....	52,3	55,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,2	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	338,0	348,2	-10,2

Propositions de la Commission

Article 25

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	166,7	173,6	-7,0
Vieillesse.....	119,3	120,9	-1,5
Famille.....	52,3	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,2	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	338,0	348,6	-10,6

Amendement AS63

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale 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.

Article 28

Supprimé

Article 28

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS103

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER} Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</p>	<p>—</p> <p>QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER} Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</p>	<p>—</p> <p>QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</p> <p>TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</p> <p>CHAPITRE I^{ER} Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</p>
Article 29 bis	Article 29 bis	Article 29 bis
I. – Le premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Supprimé	I. – <i>Le premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 ».

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

1° Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 863-3 ».

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

Amendement AS71

CHAPITRE II
Promotion de la prévention

Article 33

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A. Au sixième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3112-2 et L. 3121-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 3112-2 » ;

1° Le second alinéa de l'article L. 3121-1 est supprimé ;

2° L'article L. 3121-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3121-2. – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure, dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des populations les plus concernées :

« 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;

« 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement

CHAPITRE II
Promotion de la prévention

Article 33

CHAPITRE II
Promotion de la prévention

Article 33

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;

« 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

« Le centre peut mener ces activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les autres organismes, notamment les associations, œuvrant sur le territoire de santé avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.

4° L'article L. 3821-10 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3821-10. – I. – Le titre II du livre Ier de la présente partie, à l'exception de l'article L. 3121-5, est applicable aux îles Wallis et Futuna.

« II. – Pour l'application de l'article L. 3121-2 :

« 1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« « I. L'Agence de santé de Wallis et Futuna peut comporter un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure : » ;

« 2° Les III et IV sont remplacés par un III ainsi rédigé :

« « III. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ».

« II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

« Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« III. – La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.

II. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

III. – Les établissements de santé et les organismes qui sont, à la date de la promulgation de la présente loi, désignés comme consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander, jusqu'au 30 avril 2015, leur habilitation en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic en application de l'article L. 3121-2 du même code.

L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic prend effet au 1er janvier 2016.

Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes mentionnés au premier alinéa du présent III, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée au deuxième alinéa, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date de publication de la présente loi.

À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure, au jour de la prise d'effet de l'habilitation, d'effectuer l'ensemble des activités de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

IV. – Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 174-16 du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

de la sécurité sociale.

V. – Les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 34

I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3111-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code. » ;

2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :

a) Au second alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 34

1° ...
... par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'assurance maladie procède à l'acquisition des vaccins administrés dans les conditions prévues par le présent article. » ;

Article 34

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 35

I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1114-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 1114-5. – Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'École des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »

II. – Après le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

Texte adopté par le Sénat

Article 35

II. - ...

... il inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° De ...

... publique. »

Propositions de la Commission

Article 35

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins

Article 36

I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 3 de la section 5 est complétée par un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-20. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés sous la forme d'un score calculé chaque année par établissement.

« Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° La sous-section 4 de la même section 5 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

« La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au

Texte adopté par le Sénat

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins

Article 36

« Art. ...

... des soins,
mesurés chaque année par
établissement.

« Un ...

... complémentaire. Ces critères sont élaborés sur la base de référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins établis par la Haute Autorité de santé. La liste ...

... de calcul par établissement sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

« La ...

... soins établis par la Haute Autorité de santé est appréciée ...

Propositions de la Commission

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins

Article 36

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS57

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale

moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

« Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.

« En cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

Texte adopté par le Sénat

... sociale.

Propositions de la Commission

Amendement AS57

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées au II. »

II. – L'article L. 162-22-20 du code de la sécurité sociale entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires, dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Article 40

Article 40

Article 40

I. – Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa du I de l'article L. 1432-3, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « le budget et le budget annexe » et les mots : « le rejeter » sont remplacés par les mots : « les rejeter » ;

2° L'article L. 1432-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un budget annexe, soumis aux règles prévues au premier alinéa du présent article, est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 qui sont délégués à l'agence. » ;

3° Après le 5° de l'article L. 1432-6, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 6° Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »

II. – La section 5 du chapitre V du même titre III est ainsi modifiée :

1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;

« 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

« 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

« 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

« 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;

2° L'article L. 1435-9 est ainsi modifié :

a) Au a, après le mot : « maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » ;

b) Au b, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes » ;

3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont ainsi rédigés :

Texte adopté par le Sénat

« 1° ...

... des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

b) Supprimé

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre du budget annexe mentionné à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.

« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

répartition régionale. »

III. – Les I et 2° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

III. – Le I et les 2° et 3° du II ...
... 2016.

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

Article 42

Article 42

Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-1-17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-17. – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

« La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

« 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

« 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

« 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;

2° La sous-section 4 de la section 5 est complétée par un article L. 162-30-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-4. – I – L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Des actions prioritaires sont définies par le plan d'actions pour chacun des domaines suivants : les soins de ville,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

les relations entre les soins de ville et les prises en charge hospitalières, les prises en charge hospitalières.

« Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.

« Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

« II. – Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.

« Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.

« Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de

« Le plan ...

... hospitalisation.

Amendement AS87

« Il comporte, ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

« 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

« 2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

... suivantes :

Amendement AS88

« La réalisation ...

... produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

Amendements AS89 et AS93

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

« III. – ...

... évaluée *la réalisation* des objectifs ...
... soins. »

Amendement AS90

Article 43 ter

Article 43 ter

Article 43 ter

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Supprimé

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° À la première phrase de l'article L. 5125-23-2, après le mot : « biologique », sont insérés les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » ;

2° Après l'article L. 5125-23-3, il est inséré un article L. 5125-23-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-4. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif prescrit, un médicament administré par voie inhalée lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament administré par voie inhalée délivré appartient au même groupe générique, défini au b du 5° de l'article L. 5121-1 ;

« 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament administré par voie inhalée ;

« 3° Le prescripteur n'a pas

Amendement AS72

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

exclu la possibilité de cette substitution ;

« 4° Le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ; cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament administré par voie inhalée prescrit un médicament administré par voie inhalée du même groupe, il inscrit le nom de la spécialité qu'il a délivrée sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament administré par voie inhalée lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de substitution du médicament administré par voie inhalée et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec la même spécialité, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, la référence : « ou de l'article L. 5125-23-3 » est remplacée par les références : « , de l'article L. 5125-23-3 ou de l'article L. 5125-23-4 ».

Article 44

Article 44

Article 44

I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut prévoir que les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés d'un montant forfaitaire lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 dudit

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

code est facturée en sus de cette prestation.

« Art. L. 162-22-7-2. – Les tarifs nationaux mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions de l'expérimentation, et notamment la détermination des prestations d'hospitalisation concernées, sont fixées par décret.

« La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.

« La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »

II. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} mars 2015.

Article 45 bis

L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa est ainsi modifié :

Article 45 bis

Supprimé

Amendement AS59

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

« Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.

« Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.

« La lettre de liaison mentionnée au troisième alinéa du présent II est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise au patient ou à la personne de confiance au moment de sa sortie.

« Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée aux praticiens concernés. » ;

3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – »

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 47

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le » ;

– sont ajoutés les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public » ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. » ;

c) À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat

Article 47

Propositions de la Commission

Article 47

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

a) Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;

b) Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;

c) Les mots : « prix de vente déclarés » sont remplacés par le mot : « tarifs » ;

B. – Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « fixe », sont insérés les mots : « , sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, » ;

C. – L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »

II. – Le présent article s'applique à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement au 1^{er} janvier 2015. La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés à la première phrase du

Texte adopté par le Sénat

B. – À la première phrase du premier ...

... sociale, » ;

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

présent II ont été rendus publics avant le 1^{er} janvier 2015 demeure régie par les dispositions législatives dans leur rédaction en vigueur avant cette date.

Texte adopté par le Sénat

Article 47 bis

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif des produits, actes ou prestations de santé » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du produit ou de la technologie » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-39, les mots : « du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé » ;

3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-15, les mots : « le service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du médicament » ;

b) À la dernière phrase, les

Propositions de la Commission

Article 47 bis

Supprimé

Amendement AS74

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

mots : « l'amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-6, les mots : « amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du » ;

7° Au dernier alinéa de l'article L. 165-2, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

8° Au cinquième alinéa de l'article L. 861-3, les mots : « du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif ».

II. – Les conditions d'application du I, notamment les critères sur lesquels se fonde l'intérêt thérapeutique relatif, sont fixées par décret en Conseil d'État.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 47 ter

À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, les mots : « , dans des conditions définies par décret en Conseil d'État » sont supprimés.

Article 47 quater

I. – L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2, il est également tenu compte, lorsqu'il existe,

Article 47 ter

(Sans modification)

Article 47 quater

Supprimé

Amendement AS79

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-17 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « sur une liste établie », sont insérés les mots : « après avis de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, le cas échéant, de la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code, » ;

b) Au troisième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;

2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'établissement de cette liste, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « commission », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa ».

CHAPITRE VI

**Amélioration de l'efficacité de la
dépende des établissements de santé**

Article 48

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :

CHAPITRE VI

**Amélioration de l'efficacité de la
dépende des établissements de santé**

Article 48

CHAPITRE VI

**Amélioration de l'efficacité de la
dépende des établissements de santé**

Article 48

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. L. 162-22-2-1. – I. – Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I du présent article, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.

« La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° La première phrase du 1° du I de l'article L. 162-22-3 est complétée par la référence : « et au I de l'article L. 162-22-2-1 » ;

3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en application du I de l'article L. 162-22-2-1. » ;

4° Au premier alinéa de l'article

Texte adopté par le Sénat

« Art. L. 162-22-2-1. – ...

... L. 162-22-1. Elle distingue, par activité de soins, d'une part, l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente et, d'autre part, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'années en cours.

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS60

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
L. 174-15, après la référence « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».	<p>Article 49 bis</p> <p>Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics de la fonction publique hospitalière en congé de maladie, ainsi que les salariés des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre des trois premiers jours de ce congé.</p>	<p>Article 49 bis</p> <p>Supprimé</p> <p>Amendement AS62</p>
<p>CHAPITRE VII</p> <p>Autres mesures</p>	<p>CHAPITRE VII</p> <p>Autres mesures</p>	<p>CHAPITRE VII</p> <p>Autres mesures</p>
<p>Article 51</p> <p>Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase du 1°, après le mot : « plasma », sont insérés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité, » ;</p> <p>b) Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :</p> <p>« 2° bis Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production</p>	<p>Article 51</p>	<p>Article 51</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

duquel intervient un processus industriel, régi par le livre I^{er} de la cinquième partie ; »

c) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par le livre I^{er} de la cinquième partie ; »

2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :

« a) De cession des produits sanguins labiles, à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;

« b) De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant des 1° ou 2° bis de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;

3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;

4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-10-2, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 » ;

5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

alinéa est complétée par les mots : « et de plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis au chapitre I^{er} bis du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 du présent code » ;

6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;

b) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 ; »

7° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8, dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;

8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :

« a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;

« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel. » ;

« 18° ...

... du sang ou de ses ...

... notamment :

« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel à condition de respecter le régime applicable aux médicaments dérivés du sang, en obtenant une autorisation de

« b) Le ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;

10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5126-5-2. – I. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.

« II. – Tout contrat d'achat de plasma à finalité transfusionnelle mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et de respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I du présent article. »

mise sur le marché qui respecte l'article L. 5121-11 du code de la santé publique, en respectant les exigences prévues par la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 janvier 2003, établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2011/83/CE. » ;

... marché *en application de* l'article L. 5121-11 ...

... 2011/83/CE. » ;

Amendement AS75

Article 52 bis

Au premier alinéa du III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Article 52 bis

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 53

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.

V. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, »

Texte adopté par le Sénat

Article 53

V. – Supprimé

Propositions de la Commission

Article 53

V. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS95

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

sont supprimés ;

2° Après les mots : « imputés sur », la fin est ainsi rédigée : « les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »

Article 53 bis A

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au a du 1 du I, les mots : « une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14% » sont remplacés par le taux : « 10 % » ;

2° Au a du III, les mots : « une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % » sont remplacés par le taux : « 30 % ».

Article 53 bis B

Au début des a bis et b bis du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 1^{er} juillet 2015, 50 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis ».

Article 53 bis C

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

Article 53 bis A

Supprimé

Amendement AS96

Article 53 bis B

(Sans modification)

Article 53 bis C

Supprimé

Amendement AS97

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« Art. L. 312-8-1. – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.

« Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. ».

Article 53 bis D

À l'article L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « et les services ».

Article 53 bis E

À la fin de l'article L. 441-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé ».

Article 53 bis

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, étudiant notamment l'opportunité d'appliquer à ces établissements, lorsqu'ils sont publics, la taxe sur la valeur ajoutée applicable aux prestations en matière d'hébergement et de dépendance.

Article 53 bis

Supprimé

Article 53 bis D

(Sans modification)

Article 53 bis E

Supprimé

Amendement AS98

Article 53 bis

Suppression maintenue

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 53 ter

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008 avec les établissements et services du secteur social et médico-social.

Article 54

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 198,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Article 55

Pour l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées...	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	3,1
Autres prises en charge.....	1,6
Total.....	182,3

Texte adopté par le Sénat

Article 53 ter

Supprimé

Article 54

1° ...
... à 197,0 milliards d'euros ;

2° ...
... à 172,8 milliards d'euros.

Article 55

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	82,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées...	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge.....	1,6
Total	181,3

Propositions de la Commission

Article 53 ter

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS99

Article 54

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS91

Article 55

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS92

Texte adopté par l'Assemblée nationale

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES D'ASSURANCE
VIEILLESSE**

Texte adopté par le Sénat

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES D'ASSURANCE
VIEILLESSE**

Propositions de la Commission

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES D'ASSURANCE
VIEILLESSE**

Article 56 A

L'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-quatre » et l'année : « 1955 » est remplacée par l'années : « 1960 » ;

2° Au deuxième alinéa, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1960 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1959 » ;

3° Au dernier alinéa, l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;

4° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1959 et le 31 décembre 1959. ».

Article 56 B

Afin d'assurer la pérennité financière et l'équilibre entre les générations du système de retraites par répartition, ainsi que son équité et sa transparence, une réforme systémique est mise en œuvre à compter du premier semestre 2017.

Elle institue un régime universel par points ou en comptes notionnels sur la base du septième rapport du Conseil d'orientation des retraites du 27 janvier 2010.

Le Gouvernement organise une conférence sociale et un débat national sur cette réforme systémique au premier

Article 56 A

Supprimé

Amendement AS35

Article 56 B

Supprimé

Amendement AS37

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 56

Par dérogation aux conditions prévues au I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement par les assurés, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, qui sont enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie et fixé leur domicile en France, sont prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du I du même article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.

Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application dudit article L. 351-14-1 n'excède le plafond fixé au premier alinéa du I du même article.

Texte adopté par le Sénat

Article 56

semestre 2015.

Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives et assimilés de statut civil de droit local qui ont servi en Algérie et qui sont venus fixer leur domicile en France voient les périodes qu'ils ont passées dans des camps militaires de transit et d'hébergement entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse sous réserve :

1° Qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans pendant les périodes mentionnées au premier alinéa du présent article ;

2° Du versement des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.

Propositions de la Commission

Article 56

Par dérogation ...

... venus *établir* leur domicile ...

... réserve :

Amendement AS38

2° ...

... diminué *du montant* d'une réduction ...

... décret.

Amendement AS39

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</p>	<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</p>	<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</p>
<p style="text-align: center;">TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</p>	<p style="text-align: center;">TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</p>	<p style="text-align: center;">TITRE IV</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</p>
<p style="text-align: center;">Article 61 A</p> <p>I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Le montant des allocations mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article, ainsi que celui des majorations mentionnées à l'article L. 521-3, varient en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, selon un barème défini par décret.</p> <p>« Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.</p> <p>« Les niveaux des plafonds de ressources sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation, hors tabac.</p>	<p style="text-align: center;">Article 61 AA</p> <p>Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} avril 2015, un rapport présentant une évaluation de l'impact financier, économique et social de la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale, consistant à réserver le bénéfice de la prolongation de la durée de versement de la prestation au second parent.</p> <p style="text-align: center;">Article 61 A</p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p>	<p style="text-align: center;">Article 61 AA</p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p> <p style="text-align: center;">Amendement AS83</p> <p style="text-align: center;">Article 61 A</p> <p><i>I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</i></p> <p><i>« Le montant des allocations mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article, ainsi que celui des majorations mentionnées à l'article L. 521-3, varient en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, selon un barème défini par décret.</i></p> <p><i>« Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.</i></p> <p><i>« Les niveaux des plafonds de ressources, qui varient en fonction du nombre d'enfants à charge, sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation, hors tabac.</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Un complément dégressif à l'allocation est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite de montants définis par décret. Les modalités de calcul de ces montants et celles du complément dégressif sont définies par décret. »

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

Texte adopté par le Sénat

Article 61 B

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 est ainsi modifié :

a) À la dernière phrase, après le mot : « général », sont insérés les mots : « au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance » et après le mot : « maintenir », est inséré le mot ; « partiellement » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« À compter du quatrième mois suivant la décision du juge, le montant de ce versement ne peut excéder 35 % de la part des allocations familiales dues pour cet enfant. » ;

2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 543-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service. ».

Propositions de la Commission

« Un complément dégressif est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite de montants définis par décret. Les modalités de calcul de ces montants et celles du complément dégressif sont définies par décret. »

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

Amendement AS102

Article 61 B

Supprimé

Amendement AS85

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 62</p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.</p> <p style="text-align: center;">TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 62</p> <p>Pour ...</p> <p>... à 55 milliards d'euros.</p> <p style="text-align: center;">TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 62</p> <p style="text-align: center;">Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p> <p style="text-align: center;">Amendement AS86</p> <p style="text-align: center;">TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</p>
<p style="text-align: center;">TITRE VI DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE</p>	<p style="text-align: center;">TITRE VI DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE</p>	<p style="text-align: center;">TITRE VI DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE</p>
<p style="text-align: center;">Article 65</p> <p>I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le I est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :</p> <p>« 5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées, en application de l'article L. 114-10, par les agents mentionnés au présent article, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des caisses d'allocation familiales et des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête. » ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 65</p>	<p style="text-align: center;">Article 65</p> <p style="text-align: center;">« 5° ...</p> <p>... L. 114-10 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par les agents ...</p> <p style="text-align: center;">... l'enquête. » ;</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

Amendement AS76

b) Après la deuxième phrase du sixième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. » ;

2° À la première phrase du II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».

II. – L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « deux ans » ;

2° Le montant : « 15 000 euros » est remplacé par le montant : « 30 000 € » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 € ou seulement de l'une de ces deux peines. »

Article 66

I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

1° Supprimé

« Toute ...

...de 30 000 €. »

Article 66

« Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent dans un délai de sept jours ouvrables les informations nécessaires aux caisses mentionnées à

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS73

Article 66

« Art. L. 242-1-3. – ...

... transmettent les informations ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

« En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »

II. – La section 1 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 725-12-2. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.

« En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »

III. – Le présent article s'applique aux redressements notifiés à compter du 1^{er} janvier 2015.

l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.

... concernés.

Amendement AS68

Article 66 bis

Article 66 bis

Après l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-8 ainsi rédigé :

Supprimé

« Art. L. 243-7-8. – Lorsque le contrôle est effectué au sein de l'entreprise, les documents ou supports d'information ne peuvent être emportés par l'inspecteur à l'organisme qu'après autorisation écrite du cotisant.

Amendement AS77

« Le cotisant a la possibilité d'un débat oral et contradictoire avec l'inspecteur du recouvrement sous peine

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Propositions de la Commission

d'irrégularité de la procédure de contrôle. ».

Article 66 ter

I. – L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale, suspend toute procédure en recouvrement des cotisations. ».

II. – La perte des recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 66 ter

Supprimé

Amendement AS78

Article 69

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa de l'article L. 8224-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de méconnaître les interdictions définies au même article L. 8221-1 en commettant les faits à l'égard de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur est puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 75 000 €. » ;

2° Après le premier alinéa des articles L. 8234-1 et L. 8243-1, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende :

« 1° Lorsque l'infraction est commise à l'égard de plusieurs personnes ;

Article 69

Article 69

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 2° Lorsque l'infraction est commise à l'égard d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 2 ter du chapitre III bis du titre III du livre 1^{er} est complétée par un article L. 133-6-8-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-8-4. – Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 est tenu de dédier un compte ouvert dans un des établissements mentionnés à l'article L. 123-24 du code de commerce à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 243-7-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail. »

Texte adopté par le Sénat

1° bis À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 243-7-7, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

Alinéa supprimé

Propositions de la Commission

1° bis **Supprimé**

Amendement AS80

2° **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS81