



N° 423

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 novembre 2017.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, de **financement de la sécurité sociale pour 2018**,

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

---

---

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale</i> : 1 <sup>ère</sup> lecture :	<b>269, 313, 316</b> et T.A. <b>29</b> .
Commission mixte paritaire :	<b>388</b> .
Nouvelle lecture :	<b>387</b> .
<i>Sénat</i> : 1 <sup>ère</sup> lecture :	<b>63, 68, 77</b> et T.A. <b>20</b> (2017-2018).
Commission mixte paritaire :	<b>103</b> et <b>104</b> (2017-2018).



## SOMMAIRE

	PAGES
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	11
<b>EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	11
<b>DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017</b> .....	11
<i>Article 3</i> : Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur recettes du Fonds CMU .....	11
<b>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018</b> .....	12
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECouvreMENT ET À LA TRÉSORERIE</b> .....	12
<i>Avant l'article 7</i> .....	12
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs</b> .....	13
<i>Article 7</i> : Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs .....	13
<i>Article 7 bis</i> : Exonération de prélèvements sociaux sur les revenus du capital en faveur des non-résidents .....	31
<b>Chapitre II – Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs</b> .....	33
<i>Article 8</i> : Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs .....	33
<i>Article 8 bis A</i> : Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération de cotisations sociales pour l'emploi d'aides à domicile .....	40
<i>Article 8 bis B</i> : Suppression des cotisations salariales d'assurances sociales sur les contrats vendange .....	40
<i>Article 8 bis</i> : Rationalisation de la C3S .....	42
<i>Article 8 quater</i> : Prolongation des conditions d'assujettissement du congé de fin d'activité des conducteurs routiers au forfait social .....	43
<i>Article 9</i> : Exonération généralisée de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises .....	44

<i>Article 9 bis</i> : Exonération partielle de cotisations d'assurance vieillesse des médecins retraités exerçant en zone sous-dense.....	46
<i>Article 10</i> : Allègement des démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés.....	47
<i>Article 10 bis</i> : Élévation du plafond permettant de bénéficier de l'offre « service emploi associations » .....	48
<i>Article 11</i> : Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL.....	49
<i>Article 11 bis</i> : Mesures exceptionnelles pour les entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.....	60
<b>Chapitre III – Dispositions relatives à la fiscalité comportementale</b> .....	62
<i>Article 12</i> : Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement du rattrapage de la fiscalité applicable en Corse .....	62
<i>Article 13</i> : Verdissement de la taxe sur les véhicules de société.....	67
<i>Article 13 bis</i> : Modification des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées .....	69
<b>Chapitre IV – Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie</b> .....	72
<i>Article 14 bis</i> : Exclure les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sur les ventes en gros .....	72
<b>Chapitre V – Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement</b> .....	73
<i>Article 16</i> : Modernisation du recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs .	73
<i>Article 16 bis</i> : Modifications relatives à la protection maladie universelle .....	74
<i>Article 16 quater</i> : Affiliation des gens de mer à un régime d'assurance vieillesse .....	75
<i>Article 17 bis</i> : Extension de la limite de contrôle des URSSAF pour les entreprises comprenant jusqu'à cinquante salariés.....	76
<b>TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	77
<i>Article 18</i> : Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale.....	77
<i>Article 18 bis</i> : Transfert à la CNRACL des réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité .....	83
<b>QUATRIÈME PARTIE DDISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018</b> .....	85
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</b> .....	85
<i>Article 25</i> : Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles monoparentales.....	85
<i>Article 26</i> : Harmonisation des barèmes et des plafonds de la PAJE et du complément familial.....	88
<i>Article 26 bis</i> : Demande de rapport sur les conditions d'attribution des places en crèche .....	89
<b>TITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE</b> .....	90
<i>Article 28</i> : Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.....	90

<b>TITRE III – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	93
<i>Article 32 bis</i> : Cession de créances au titre des recours contre tiers et service des prestations jusqu'alors versées par le FCAT .....	93
<i>Article 32 ter</i> : Information en cas de demande de modification ou d'annulation de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) .....	94
<b>TITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE</b> .....	96
Chapitre I <sup>er</sup> – Dispositions relatives à la prévention .....	96
<i>Article 34</i> : Vaccination obligatoire des enfants .....	96
Chapitre II – Promouvoir l'innovation en santé .....	100
<i>Article 35</i> : Innovation du système de santé .....	100
<i>Article 35 bis A</i> : Accès des pharmaciens biologistes au dossier pharmaceutique .....	108
<i>Article 35 bis B</i> : Accès aux médicaments innovants dans le cadre de l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament .....	108
<i>Article 35 bis C</i> : Prévoir la possibilité via la négociation conventionnelle de verser une aide financière complémentaire aux professionnels de santé interrompant leur activité pour cause de maternité ou paternité .....	111
<i>Article 35 bis</i> : Rapport au Parlement sur les indemnités journalières maladie .....	112
<i>Article 36</i> : Prise en charge de la télémédecine .....	113
<i>Article 36 bis</i> : Définir par décret les actes de télé-radiologie et leur prise en charge financière .....	115
<i>Article 37</i> : Modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature .....	117
<i>Article 38</i> : Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus .....	119
Chapitre III – Accroître la pertinence et la qualité des soins .....	122
<i>Article 39</i> : Renforcer l'efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières .....	122
<i>Article 40</i> : Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé .....	124
<i>Article 41</i> : Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux .....	127
<i>Article 42</i> : Uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable .....	130
<i>Article 43</i> : Extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs .....	133
<i>Article 43 bis</i> : Suppression de la commission des équipements matériels lourds de l'UNCAM et la procédure de fixation des tarifs .....	134
Chapitre IV – Moderniser le financement du système de santé .....	135
<i>Article 44 bis</i> : Suppression de l'obligation de tiers-payant généralisé sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire .....	135
<i>Article 44 ter</i> : Rapport au Parlement portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité .....	138

<i>Article 47 bis</i> : Rapport au Parlement sur la mise en place d'un établissement financier dédié à l'investissement immobilier des établissements de santé publics.....	138
<i>Article 48</i> : Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation.....	139
<i>Article 50</i> : Mesure d'efficacité et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social.....	140
<i>Article 50 bis</i> : Dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs.....	144
<i>Article 50 ter</i> : Mutualisation de la prestation de compensation du handicap.....	147
<i>Article 51</i> : Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à la Haute Autorité de santé (HAS).....	149
<b>TITRE VI – DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES....</b>	<b>150</b>
<i>Article 57</i> : Renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude.....	150
<b>ANNEXES :</b> .....	<b>153</b>
<b>LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI</b> .....	<b>153</b>
<b>LIEN VIDÉO RELATIF À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI</b> .....	<b>167</b>

## **INTRODUCTION**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 31 octobre 2017. Alors que le projet initial comptait 57 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 76, 19 articles additionnels ayant été adoptés.

Le Sénat a adopté 37 articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et a ajouté 16 articles additionnels. Il a par ailleurs supprimé 3 articles, et en a modifié 36 autres.

Le tableau suivant détaille les articles adoptés conformes par le Sénat.

**ARTICLES ADOPTÉS CONFORMES PAR LE SÉNAT**

Numéros articles	Intitulés articles
<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016</b>	
<b>1</b>	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016
<b>2</b>	Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2016 (annexe A)
<b>DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017</b>	
<b>4</b>	Suppression de la C4S
<b>4 bis</b>	Déplacement en deuxième partie de dispositions figurant initialement en troisième partie
<b>5</b>	Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2017
<b>6</b>	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2017
<b>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018</b>	
<b>TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE</b>	
<b>Chapitre II Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs</b>	
<b>8 ter</b>	Réduction du taux de la contribution sociale patronale sur les attributions gratuites d'actions
<b>Chapitre IV Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie</b>	
<b>14</b>	Fixation des taux « Lv » et « Lh » pour 2018 et précisions sur les conditions d'application de la clause de sauvegarde
<b>15</b>	Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des rémunérations alternatives au paiement à l'acte
<b>15 bis</b>	Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques
<b>Chapitre V Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement</b>	
<b>16 ter</b>	Modification des conditions d'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
<b>17</b>	Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général
<b>TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
<b>19</b>	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5
<b>20</b>	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2018
<b>21</b>	Tableau d'équilibre du régime général



Numéros articles	Intitulés articles
22	Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et la section 2 du FSV
23	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt
24	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)
<b>QUATRIÈME PARTIE</b>	
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018</b>	
<b>TITRE I<sup>ER</sup></b>	
<b>DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</b>	
27	Objectif de dépenses de la branche famille
<b>TITRE II</b>	
<b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE</b>	
29	Harmonisation des dates de revalorisation des pensions de retraite de base et de l'ASPA
29 bis	Clarification de la nature juridique du régime additionnel obligatoire d'allocations viagères aux gérants de débits de tabacs
30	Objectif de dépenses de la branche vieillesse
<b>TITRE III</b>	
<b>DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b>	
31	Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale
32	Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP
33	Objectifs de dépenses de la branche AT-MP
33 bis	Rapport sur l'exposition des salariés aux risques chimiques
<b>TITRE IV</b>	
<b>DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE</b>	
<b>Chapitre I<sup>er</sup></b>	
<b>Dispositions relatives à la prévention</b>	
34 bis	Prise en charge intégrale par l'assurance maladie d'une consultation de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans
<b>Chapitre IV</b>	
<b>Moderniser le financement du système de santé</b>	
44	Report de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire
45	Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes
46	Abrogation de la dégressivité tarifaire
47	Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé

<b>Numéros articles</b>	<b>Intitulés articles</b>
<b>49</b>	Évolution des compétences financières des Agences régionales de santé (ARS)
<b>52</b>	Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS
<b>53</b>	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
<b>54</b>	ONDAM et sous-ONDAM
<b>55</b>	Prévisions des charges concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)
<b>56</b>	Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)

*Source : commission des affaires sociales.*

Après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 22 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, les 55 articles restant en discussion.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*La commission des affaires sociales procède à l'examen, en nouvelle lecture, des articles du projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 387), sur le rapport de M. Olivier Véran, rapporteur général, lors de sa séance du lundi 27 novembre 2017.*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Chers collègues, après l'échec de la commission mixte paritaire réunie mercredi dernier, notre ordre du jour appelle l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018.

## EXAMEN DES ARTICLES

### DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

#### *Article 3*

#### **Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur recettes du Fonds CMU**

##### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article rectifie pour l'année 2017 les dotations prévues par la dernière loi de financement au profit de fonds dépendant des branches maladie (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FEMESSP – et fonds pour l'emploi hospitalier – FEH) et AT-MP (fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante - FIVA). Il opère également un prélèvement sur les recettes issues de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au profit de la branche maladie, jusqu'ici affectées au seul fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

##### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Cet article a fait l'objet d'un amendement, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, précisant que le produit de la TSA affecté à la branche maladie sera issu des recettes perçues sur les contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative dans lesquels l'organisme ne recueille pas d'informations médicales et ne fixe pas les cotisations ou primes en fonction de l'état de santé de l'assuré

(contrats dits « responsables ») afin de sécuriser cette nouvelle ventilation au regard du droit de l'Union <sup>(1)</sup>.

### 3. La position de la commission

Le rapporteur général propose d'adopter l'article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission **adopte** l'article 3 **sans modification**.*

*Puis elle **adopte** la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.*

\*

\* \*

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

### TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

*Avant l'article 7*

*La commission examine l'amendement AS92 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Cet amendement permet une clarification sémantique. Les mesures du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> de la troisième partie de ce PLFSS tendent en fait à la baisse du pouvoir d'achat. Vous substituez à une part des cotisations sociales un surcroît de contribution sociale généralisée (CSG). Or celle-ci est tout simplement une taxe injuste, qui s'applique de la même façon aux riches et aux pauvres : que vous gagniez le SMIC ou que vous soyez millionnaire, vous êtes soumis au même taux, ce n'est pas un impôt progressif. Les millionnaires se moquent de payer quelques euros de plus, mais ce n'est pas le cas des retraités qui ne perçoivent qu'une pension modeste. Très concrètement, augmenter la CSG, c'est retirer de l'argent des poches de tout le monde.

---

(1) S'agissant des effets de la jurisprudence « De Ruyter » sur le financement des mécanismes contributifs et non-contributifs, on pourra se référer au commentaire de l'article 18 qui retient un mécanisme similaire pour l'année 2018.

Quand un Français sur deux renonce à se soigner faute de moyens financiers, baisser le pouvoir d'achat est-il une solution ? Pour ma part, je ne le pense pas. Je défends donc ici un amendement de vérité. Augmenter la CSG ne va pas augmenter le pouvoir d'achat, c'est une nouvelle ponction sur le budget des ménages les plus modestes. Par cet amendement, nous vous demandons de prendre vos responsabilités en nommant correctement les choses.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est justement parce que nous voulons nommer correctement les choses que je suis défavorable à votre amendement. Nous en avons déjà débattu en première lecture : envisagé dans sa globalité, le PLFSS augmente de manière très substantielle le pouvoir d'achat des Français.

*La commission rejette l'amendement.*

\*

\* \*

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

### Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

#### *Article 7*

### Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### ***a. Le projet de loi initial***

• Cet article supprime les cotisations maladie et chômage acquittées par les salariés. Afin de compenser à l'assurance maladie et à l'assurance chômage la perte de ressources en résultant, la contribution sociale généralisée (CSG) verra ses taux augmenter de 1,7 point.

À la différence des cotisations, la CSG pèse sur toutes les catégories de revenus : les salariés s'acquitteront donc de l'augmentation de 1,7 point, mais leur pouvoir d'achat augmentera, car ce sont pas moins de 3,15 points de cotisations qui seront supprimés, sur une assiette proche (0,75 point au titre de la cotisation maladie – dès janvier prochain – et 2,4 points au titre de la cotisation chômage – 1,45 point en janvier, puis 0,95 point en octobre). Pour un salarié au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), soit 1 480 euros bruts par mois, le gain de pouvoir d'achat sera de 263 euros par an ; il sera de 685 euros pour un salaire mensuel de 3 000 euros. Le gain de pouvoir d'achat sera amplifié par le caractère déductible de l'augmentation de CSG, pour l'établissement de l'impôt sur le revenu (mesure prévue par l'article 38 du projet de loi de finances pour 2018).

La « bascule » prévue par le présent article fera davantage peser le financement de notre protection sociale sur les revenus du capital et les pensions de retraite (assujettis à la CSG mais pas aux cotisations maladie et chômage). S'agissant des pensions de retraite, il faut rappeler que seuls les contribuables soumis au taux normal de CSG – qui, à 6,6 %, est toutefois plus faible que celui pesant sur les revenus d'activité (7,5 %) – seront concernés par la hausse du taux de 1,7 point : les retraités les plus modestes, qu'ils soient exonérés ou soumis au taux réduit de 3,8 %, sont préservés de toute augmentation. Les autres retraités pourront, selon les cas, voir leur augmentation de CSG compensée par la réduction de la taxe d'habitation, prévue par l'article 3 du projet de loi de finances (PLF) pour 2018.

- Si la réduction de la taxe d'habitation n'est pas conçue en tant que telle comme une compensation de l'augmentation de la CSG, d'autres dispositions – contenues dans cet article ou prévues par ailleurs – ont pour objet de régler les cas particuliers des personnes assujetties à la CSG mais pas aux cotisations maladie ou chômage, et qui seraient donc perdantes nettes sans mesure spécifique. On retiendra essentiellement que :

- tous les indépendants, non assujettis à la cotisation chômage, bénéficieront en contrepartie de l'augmentation de la CSG d'une réduction de 2,15 points du taux de leur cotisation familiale ;

- en outre, la cotisation maladie des indépendants les plus modestes pourra être réduite jusqu'à 5 points, contre 3,5 aujourd'hui ; 75 % des indépendants non-agricoles seront gagnants *in fine*, pour un montant pouvant dépasser 650 euros par an pour un revenu de 2 SMIC ;

- les fonctionnaires, qui ne sont soumis à aucune des deux cotisations supprimées, subiront une augmentation « sèche » de CSG sans mesure compensatoire. L'article 47 du PLF 2018 prévoit une première mesure, la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité, qui sera complétée par le versement de primes spécifiques.

- Sur le plan budgétaire, l'augmentation de la CSG générera un rendement de 22,5 milliards d'euros environ, et la suppression des cotisations un coût de 18,5 milliards d'euros. Les conséquences de cet article en termes d'affectation des recettes aux organismes de protection sociale sont pour beaucoup tirées dans l'article 18 (cf. *infra*). Le présent article prévoit simplement que l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), gestionnaire de l'assurance chômage, ne subira aucune perte de ressources en 2018 : l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est en effet chargée de lui verser le montant de cotisation chômage qu'elle aurait spontanément perçu si cette cotisation n'avait pas été réduite puis supprimée.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Outre dix amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture deux amendements du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales.

#### **i. La modification des modalités de prise en charge par l'ACOSS de la suppression de la cotisation chômage**

- Dans la version initiale du projet de loi, il était prévu :

- que l'ACOSS verse à l'UNÉDIC l'ensemble du produit de la cotisation, y compris la part supprimée (graduellement, en janvier puis en octobre) ;

- que les branches du régime général assurent l'équilibre financier de l'ACOSS au titre de cette mission ;

- que l'ACOSS centralise et reverse le produit des cotisations chômage salariales non recouvrées par le réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) <sup>(1)</sup>.

- L'amendement, qui selon son exposé sommaire «  *vise à tenir compte des discussions intervenues entre l'ACOSS et Pôle Emploi entre le début du texte et sa discussion au Parlement* » :

- prévoit que l'ACOSS reverse à l'UNÉDIC le produit des cotisations qu'elle recouvre pour son compte, y compris les fractions supprimées (pas de changement, donc, par rapport à la version initiale) ;

- supprime, du fait d'une erreur de plume, la disposition prévoyant que le régime général assure l'équilibre financier de l'ACOSS ;

- restreint à la seule prise en charge de la part exonérée le rôle de centralisation et de reversement de l'ACOSS, pour celle des cotisations non recouvrées par les URSSAF. En pratique, cela signifie essentiellement que les cotisations chômage patronales resteront recouvrées et reversées à l'UNÉDIC dans les conditions actuelles ; ainsi, les flux financiers ne sont pas complexifiés inutilement.

#### **ii. Les modalités d'entrée en vigueur de l'augmentation de CSG, et la réforme à cette occasion du mécanisme des taux historiques**

- Le second amendement précise, sur près de trois pages, les modalités d'entrée en vigueur de l'augmentation de la CSG :

---

(1) Il s'agit des cotisations recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole (pour les salariés agricoles, en application du b) de l'article L. 5427-1 du code du travail), par Pôle Emploi en application du e) du même article (intermittents du spectacle, en substance) et par le guichet unique du spectacle occasionnel (article L. 133-9 du code de la sécurité sociale).

– pour les contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 s’agissant des revenus d’activité, de remplacement, et des produits des jeux (1<sup>o</sup> du A du III de l’article, dans sa rédaction issue de l’amendement) ;

– pour l’imposition des revenus de 2017, s’agissant des revenus du patrimoine (2<sup>o</sup> du A). La CSG sur les revenus du patrimoine de l’année N étant recouvrée par voie de rôle en N+1, cela signifie que l’augmentation du taux de 1,7 point en 2018 sera rétroactive. Une exception est prévue pour les plus-values mobilières, soumises aux prélèvements sociaux au taux en vigueur au moment de leur réalisation <sup>(1)</sup> ;

– avec un aménagement du dispositif dit « des taux historiques » s’agissant des produits de placement (le 3<sup>o</sup> du A renvoyant à la suite du III).

• La complexité de ce dernier sujet appelle, avant le détail du dispositif juridique, une présentation générale de la problématique et de l’historique législatif récent.

Les revenus du capital sont soumis à plusieurs prélèvements sociaux, dont l’assiette est peu ou prou la même que celle de la CSG, et dont le taux cumulé est aujourd’hui de 15,5 % :

– la CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, donc, au taux de 8,2 % ;

– la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), au taux de 0,5 % ;

– le prélèvement social sur les revenus du patrimoine, au taux de 4,5 % ;

– le prélèvement de solidarité, au taux de 2 % ;

– la contribution de solidarité pour l’autonomie (CSA) sur le capital, composée en fait de deux contributions additionnelles au prélèvement social (l’une sur les revenus du patrimoine, l’autre sur les produits de placement), au taux de 0,3 %.

Certains produits de placement <sup>(2)</sup> sont soumis aux prélèvements sociaux « au fil de l’eau », comme par exemple les intérêts générés par les sommes placées sur certains types de compte (compte épargne logement – CEL – notamment). Les taux applicables sont, logiquement, ceux en vigueur au moment de la perception du revenu.

---

(1) En application du II de l’article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016.

(2) Pour la suite de ce commentaire, il est utile de préciser que, compte tenu de la multiplicité et de la complexité des produits de placement, il ne saurait être question d’en détailler les subtilités.



D'autres produits, correspondant le plus souvent en pratique à des plus-values, sont taxés « à la sortie », c'est-à-dire dans la généralité des cas au dénouement du contrat (par exemple d'assurance-vie) ou au retrait des sommes placées (par exemple sur un plan d'épargne en actions – PEA). Il est en effet logique de taxer ces produits lorsqu'ils sont acquis de manière certaine, et non pendant la durée du placement, au cours de laquelle les gains sont seulement potentiels.

Au sein de ces produits taxés à la sortie, une distinction est faite selon qu'ils sont ou non soumis à l'impôt sur le revenu (IR). Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1997, seuls les produits soumis à l'IR l'étaient également aux prélèvements sociaux. Le I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale assujettit à la CSG les produits de placement soumis à l'IR, au taux en vigueur au moment du fait générateur, c'est-à-dire en général au versement (intérêts, dividendes) ou à la cession (plus-values) <sup>(1)</sup>.

Le II du même article assujettit à la CSG les produits exonérés d'IR, mais le régime de taux est beaucoup plus complexe. En effet, à chaque création ou augmentation d'un prélèvement social sur les produits de placement, le législateur a prévu que le nouveau taux – plus élevé – ne s'appliquerait qu'à la part des produits acquis ou constatés à compter de l'entrée en vigueur de cette augmentation ; les produits acquis ou constatés avant cette date restent soumis au taux applicable antérieurement.

Cette règle impose, au moment de la sortie et donc de l'assujettissement aux prélèvements sociaux, de décomposer, pour chaque prélèvement, l'assiette du placement en autant de fractions qu'il y a eu de taux en vigueur. Pour prendre un exemple aussi simple que possible compte tenu de la complexité du sujet, et en arrondissant, les intérêts d'un PEA ouvert en 1998 et clôturé en 2017 ne seront pas tous assujettis au taux global des prélèvements sociaux de 15,5 % applicable en 2017, au moment du fait générateur : les intérêts acquis entre 1998 et 2004 seront taxés à hauteur de 10 % <sup>(2)</sup>, ceux acquis entre 2005 et 2008 à hauteur de 11 % <sup>(3)</sup>, ceux acquis en 2009 à hauteur de 12,1 % <sup>(4)</sup>, ceux acquis entre janvier et octobre 2011 à hauteur de 12,3 % <sup>(5)</sup>, ceux acquis entre octobre 2011 et juillet 2012 à hauteur de 13,5 % <sup>(6)</sup>, et enfin ceux acquis depuis juillet 2012 à hauteur de 15,5 % <sup>(7)</sup>.

---

*(1) Par jeu de renvois, il en est de même pour les autres prélèvements sociaux sur les produits de placement, l'article L. 136-7 servant en quelque sorte de « matrice » à leurs modalités de taxation.*

*(2) Soit 7,5 % de CSG + 0,5 % de CRDS + 2 % de prélèvement social.*

*(3) Création de la CSA en 2004, au taux de 0,3 % + augmentation de la CSG à 8,2 % en 2005.*

*(4) Création de la contribution pour le revenu de solidarité active de 1,1 % en 2009, à laquelle s'est depuis substitué le prélèvement de solidarité, au taux de 2 %.*

*(5) Augmentation à 2,2 % du prélèvement social au 1<sup>er</sup> janvier 2011.*

*(6) Augmentation à 3,4 % du prélèvement social au 1<sup>er</sup> octobre 2011.*

*(7) Augmentation à 5,4 % du prélèvement social au 1<sup>er</sup> juillet 2012 (ramené depuis à 4,5 %).*

Au-delà de la grande complexité de gestion pour les établissements financiers, qui doivent conserver une chronique très précise des opérations pour retenir à la source les « bons » prélèvements sociaux au moment de la sortie, cette situation est possiblement source d'inégalités, aboutissant à un traitement fiscal plus favorable des produits concernés (par exemple un PEA), alors que d'autres opérations sont soumises au taux – plus élevé – en vigueur à la date du fait générateur, sans nécessairement présenter un profil de risque différent (par exemple un compte-titres ordinaire).

Ce constat avait déjà été dressé sous la précédente législature, et l'article 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 ambitionnait de mettre fin au régime des taux historiques. Au cours du débat parlementaire, le Gouvernement a fait adopter une série d'amendements réduisant assez significativement l'ambition originelle, recentrée sur les contrats d'assurance-vie.

De surcroît, le Conseil constitutionnel a formulé dans sa décision sur la LFSS 2014 <sup>(1)</sup> une réserve d'interprétation assez significative, jugeant en substance qu'il ne serait pas conforme au principe constitutionnel de confiance légitime <sup>(2)</sup> de soumettre à une taxation sociale plus lourde qu'initialement prévue des produits dont le régime socio-fiscal favorable était conditionné à une durée de détention minimale.

À l'occasion de l'augmentation de CSG prévue par le présent article, qui concerne les produits de placement comme les autres cédules, le Gouvernement a souhaité mettre fin au régime des taux historiques pour les gains acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ; le taux de prélèvements sociaux serait, uniformément, de 17,2 % (après prise en compte de l'augmentation de 1,7 point du taux de la CSG, les taux des autres prélèvements demeurant stables). Le rendement attendu de la mesure n'est pas connu. Compte tenu du caractère finalement assez restreint de la réforme proposée, dont le détail suit, ce rendement sera sans doute assez modeste ; en effet, plusieurs exceptions sont prévues, afin de respecter la réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel, et de maintenir le mécanisme des taux historiques pour les « stocks » de gains antérieurs à 2018.

● Le **B** du **III** prévoit le principe de la suppression du mécanisme des taux historiques pour une série de produits de placement, à savoir :

- les primes d'épargne des CEL ;
- les primes d'épargne des plans d'épargne logement (PEL) ;

---

(1) *Décision n° 2013-682 DC, 19 décembre 2013, considérants 13 à 20.*

(2) *En vertu duquel le législateur ne saurait remettre en cause les effets qui peuvent être légitimement attendus de situations légalement acquises. La valeur constitutionnelle de la protection de ces effets résulte d'une interprétation de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui dispose que « toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution ».*

- les produits des plans d'épargne populaire (PEP) ;
- le gain net réalisé lors du retrait opéré sur un PEA ou de sa clôture ;
- le revenu tiré de la participation aux résultats de l'entreprise, défini comme la différence entre le montant des droits constitués et le montant résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation ;
- le revenu tiré d'un plan d'épargne entreprise (PEE) ;
- les distributions de gains par des fonds de placement « à risques » = fonds commun de placement à risques (FCPR), fonds professionnel de capital investissement (FPCI), sociétés de capital-risque (SCR), sociétés unipersonnelles d'investissement à risque (SUIR) <sup>(1)</sup>.

Afin de pouvoir appliquer aux faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier prochain les taux en vigueur et non les taux historiques, il convient de « neutraliser » les dispositions législatives ayant justement prévu l'application des taux historiques au moment de la création ou de l'augmentation des différents prélèvements sociaux sur les produits de placement. Le texte procède à cette neutralisation par l'utilisation habile d'un « *nonobstant* », précédant l'énumération de pas moins de neuf dispositions législatives, dont le détail figure dans l'encadré suivant.

---

(1) Ainsi que les plus-values de cession après cinq ans de parts de FCPR et d'actions de SCR acquises depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001.

### **Dispositions législatives créant ou augmentant les prélèvements sociaux sur les produits de placement**

● Articles 5 et 9 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 :

– augmentation de la CSG sur les produits de placement de 3,4 à 7,5 %, applicable aux produits de placement soumis à l'IR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1998, et aux produits de placement exonérés d'IR « *à la part acquise à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 et, le cas échéant, constatée à partir de cette même date* »

– création du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, applicable aux produits de placement soumis à l'IR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1998, et aux produits exonérés d'IR à cette même date, mais seulement pour la part acquise à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

● Article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : création, par l'article 11, de la contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3 %, applicable aux produits de placement soumis à l'IR à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004, et aux produits exonérés d'IR à cette même date, mais seulement pour la part acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

● Article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : augmentation du taux de CSG sur les produits de placement de 7,5 à 8,2 %, applicable aux produits de placement soumis à l'IR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, et aux produits exonérés d'IR pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

● Article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion : création, par l'article 3, de la contribution additionnelle dite « RSA » au taux de 1,1 %, applicable aux produits de placement soumis à l'IR au 1<sup>er</sup> janvier 2009, et aux produits exonérés d'IR pour la part de ces produits acquise et le cas échéant constatée à compter de cette même date

● Article 6 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 : augmentation du taux du prélèvement social sur les revenus du capital de 2 à 2,2 %, applicable aux produits de placement soumis à l'IR au 1<sup>er</sup> janvier 2011, et aux produits exonérés d'IR pour la part acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

● Article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 : augmentation de 2,2 à 3,4 % du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, applicable aux produits de placement soumis à l'IR à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011, et aux produits exonérés d'IR pour la part acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

● Article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 : augmentation de 3,4 à 5,4 % du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, applicable aux produits de placement soumis à l'IR payés ou réalisés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012, et aux produits exonérés d'IR pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

- Article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 : taux du prélèvement social sur les revenus du capital ramené de 5,4 à 4,5 %, suppression de la contribution additionnelle dite « RSA » et institution, en contrepartie, d'un prélèvement social de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, au taux de 2 %, ces dispositions s'appliquant aux produits de placement soumis à l'IR payés ou réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, et pour les produits exonérés d'IR, pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date

*Source : Commission des affaires sociales.*

Après avoir défini son champ d'application, ses exceptions et neutralisé les dispositions législatives parasitant son objet, le **B** commence par aligner, en son **1<sup>o</sup>**, l'assiette de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les produits de placement sur celle définie pour la CSG au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, autrement dit sur les produits acquis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 pour l'ensemble des produits de placement exonérés d'IR :

– prélèvement social de 4,5 % (article L. 245-15 du code de la sécurité sociale) ;

– contribution additionnelle au prélèvement social, au taux de 0,3 % (article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles) <sup>(1)</sup> ;

– prélèvement de solidarité, au taux de 2 % (2<sup>o</sup> du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts), affecté au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;

– contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), au taux de 0,5 % (ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale).

Puis, en son **2<sup>o</sup>**, le **C** supprime le principe des taux historiques, en prévoyant que les taux de la CSG sur les produits de placement et de chacun des prélèvements qui viennent d'être cités s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Cette méthode, qui est celle utilisée par l'article 8 de la LFSS 2014, permet de supprimer les taux historiques pour l'ensemble des prélèvements sociaux. Pour cela, on prévoit :

1<sup>o</sup>) que l'assiette des prélèvements est celle définie en matière de CSG à un instant T ;

---

(1) Cette contribution additionnelle, couplée à la contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du patrimoine, constitue la CSA, recette affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

2°) que les taux de chaque prélèvement, en vigueur à cet instant T, s'appliquent à la totalité de cette assiette, c'est-à-dire (et c'est la différence attendue) sans que cette assiette soit fractionnée en autant de tranches de taux historiques.

● Afin de respecter la réserve d'interprétation formulée par le Conseil constitutionnel sur la LFSS 2014 mais aussi de garantir l'application des taux historiques à tous les produits générés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le **C** du **III** exclut de l'application du **B** – et maintient de ce fait les taux historiques – une série de produits :

– acquis au cours de ce que l'on peut appeler la période de garantie du régime, « *pour laquelle le dispositif fiscal et social garantissait le niveau des contributions applicables* » (exposé sommaire de l'amendement) ;

– ou acquis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Il s'agit :

– des produits expressément visés par la réserve d'interprétation, à savoir ceux des contrats d'assurance-vie mentionnés au *c*) du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, assujettis à la CSG lors du dénouement du contrat ou du décès de l'assuré (1°) <sup>(1)</sup> :

- acquis ou constatés dans les huit ans suivant l'ouverture du contrat ;
- pour leur fraction attachée à des primes versées avant le 26 septembre 1997 ;
- et s'agissant des seuls contrats souscrits entre le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 25 septembre 1997 (les contrats ultérieurs n'étant plus exonérés d'IR).

– des produits et primes des PEP acquis pendant les huit premières années (2°) ;

– des gains des PEA acquis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ou au cours des cinq ans suivant l'ouverture pour les plans détenus à cette date depuis moins de cinq ans (3°) ;

– des revenus tirés de la participation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ou acquis ultérieurement mais dans la limite de la période d'indisponibilité <sup>(2)</sup>, lorsque la répartition des sommes de la réserve spéciale de participation est intervenue avant cette date (4°) ;

---

(1) Cette mention permet au **E** d'abroger le IV de l'article 8 de la LFSS 2014, dont il reprend les dispositions telles qu'interprétées par le Conseil constitutionnel.

(2) Huit ans dans la généralité des cas.

– du revenu tiré d'un versement sur un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) opéré avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (5°)<sup>(1)</sup> ;

– du revenu tiré d'un versement sur un PEE acquis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ou au cours des cinq ans suivant les versements intervenus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 décembre 2017 (6°) ;

– dans les mêmes conditions, des gains nets tirés d'un placement « à risques » (7°).

### Conséquences pratiques de la réforme proposée

Pour reprendre l'exemple cité *supra* d'un PEA ouvert en 1998, mais clôturé cette fois en 2020, le mécanisme des taux historiques décrit plus haut continuera de s'appliquer aux gains acquis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Pour les gains acquis entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et la date de clôture, le taux applicable sera celui en vigueur en 2020, soit 17,2 % si les taux des prélèvements sociaux sur les produits de placement n'évoluent pas d'ici là (à la hausse ou à la baisse).

Source : *Commission des affaires sociales*.

● Le **D** du **III** rappelle que l'augmentation de CSG ne s'applique que pour les produits acquis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 s'agissant de l'ensemble des placements listés au C.

Il prévoit la même chose :

– pour les gains nets et produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme, respectivement mentionnés au 5 du III de l'article 150-0 A du code général des impôts et au 16° de l'article 157 du même code<sup>(2)</sup>. Il s'agit de produits très anciens, en voie d'extinction ;

– pour les intérêts des PEL, qui seront assujettis aux prélèvements sociaux au fil de l'eau à compter de 2021.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

● À l'initiative notamment de sa commission des affaires sociales et de sa commission des finances, mais contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé l'augmentation du taux de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité.

● À l'initiative de sénateurs issus de plusieurs groupes (Les Républicains, Socialiste et républicain, Communiste, citoyen, républicain et écologiste), le Sénat

(1) *Les sommes versées sur un PERCO étant en principe indisponibles jusqu'au départ en retraite.*

(2) *Produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu des engagements d'épargne à long terme, exclus de l'assiette de l'IR, mais assujettis à la CSG lors de l'expiration du contrat.*

a exclu du champ de l'augmentation de CSG les aidants familiaux percevant à titre de dédommagement la prestation de compensation du handicap (PCH) versée à la personne de leur famille à laquelle ils viennent en aide. Cet amendement a été adopté contre l'avis de la commission, mais avec un avis de sagesse du Gouvernement. Or, lorsque le sujet de la PCH a été abordé en première lecture à l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait souhaité le retrait des amendements.

- Sur une autre initiative large (Les Républicains, Union centriste, Rassemblement démocratique et social européen, Socialiste et républicain), le Sénat a adopté plusieurs amendements identiques ayant pour seul effet de supprimer un dispositif favorable aux exploitants agricoles.

En l'état du droit, ceux-ci bénéficient d'une réduction de 7 points de leur cotisation maladie, ramenée de 10,04 à 3,04 % par décret en 2016. Le Gouvernement, jugeant ce dispositif insuffisamment ciblé sur les revenus les plus modestes, entend le supprimer par voie réglementaire.

Mais, afin de ne pas pénaliser les exploitants agricoles par rapport aux autres travailleurs indépendants, l'article 7 prévoit que les deux dispositifs qu'il met en place en faveur des non-agricoles soient applicables aux agricoles :

- le premier dispositif, destiné à compenser strictement l'augmentation de CSG, consiste à prévoir une réduction supplémentaire de 2,15 points au plus de la cotisation familiale (réduction dégressive en fonction du niveau de revenu) ;

- le second, qui ferait gagner du pouvoir d'achat aux 75 % d'indépendants les plus modestes, consiste à prévoir une réduction supplémentaire de la cotisation maladie, qui pourrait atteindre 5 points (et serait également dégressive).

Les amendements adoptés par le Sénat ont pour seul effet d'interdire l'extension de ce second dispositif aux exploitants agricoles. Ceux-ci perdraient donc le bénéfice de la réduction de 7 points de la cotisation maladie prévue en 2016 – rien n'empêchant le Gouvernement de défaire par décret ce qu'il a fait par décret –, et ne pourraient bénéficier de la réduction de 5 points, certes moins élevée et certes dégressive, mais par définition plus favorable aux exploitants agricoles que la disparition pure et simple de la réduction de la cotisation maladie.

La commission des affaires sociales et le Gouvernement étaient naturellement défavorables à ces amendements.

- La commission a en revanche été favorable, contrairement au Gouvernement, à un amendement de Mme Françoise Férat et plusieurs de ses collègues du groupe Union centriste, prévoyant de « figer » le taux de la cotisation de solidarité dont s'acquittent les plus petits exploitants agricoles en lieu et place des cotisations de droit commun ; fixé par voie réglementaire à 16 % en 2017, le taux ne saurait dépasser à l'avenir ce niveau, réduit de 2,15 points (soit 13,85 %).



Il s'agirait ainsi de compenser l'augmentation « sèche » de CSG pour cette catégorie d'exploitants.

- Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de Mme Catherine Morin-Desailly (Union centriste), prévoyant une réduction de la cotisation vieillesse des artistes-auteurs, destinée à compenser l'augmentation de CSG.

- Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de MM. Jean-Marie Morisset et Philippe Mouiller (Les Républicains), limitant l'application de la hausse de CSG sur les revenus du patrimoine aux seuls revenus constatés depuis le 11 octobre 2017, date de délibération du PLFSS en Conseil des ministres.

- Le Sénat a par ailleurs adopté cinq amendements d'ordre rédactionnel.

### **3. La position de la commission**

- En première lecture, l'Assemblée nationale a écarté les amendements supprimant l'augmentation du taux de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité, assumant de faire financer davantage notre système de sécurité sociale par les retraités les moins modestes, sachant que le niveau de vie moyen des retraités est désormais légèrement supérieur à celui des actifs. Au surplus, la réforme de la taxe d'habitation pourra compenser en tout ou partie l'augmentation de CSG pour les titulaires de pensions. Le rapporteur général préconise donc de rétablir, sur ce point, le texte voté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Il est d'évidence nécessaire de rétablir le texte de l'Assemblée nationale s'agissant de la réduction de la cotisation maladie des exploitants agricoles.

Le rapporteur général propose également un retour au texte de l'Assemblée s'agissant de l'entrée en vigueur de la hausse de CSG sur les revenus du patrimoine ; contrairement à ce que soutenaient les auteurs de l'amendement adopté au Sénat, la « petite rétroactivité » consistant à appliquer cette hausse sur les revenus de 2017 n'est, de jurisprudence constante, pas contraire à la Constitution. Surtout, comme l'a indiqué le ministre en séance, un tel amendement coûterait 1 milliard d'euros.

- S'agissant de l'exclusion des aidants familiaux dédommagés par la PCH, le rapporteur général propose d'en rester au texte adopté par le Sénat, laissant au Gouvernement le soin d'expliquer en séance publique les raisons pour lesquelles sa position a évolué entre la première lecture à l'Assemblée et la première lecture au Sénat.

Il en va de même s'agissant de la disposition relative aux artistes-auteurs, dans l'attente d'une éventuelle proposition alternative du Gouvernement en séance publique.

Les modifications rédactionnelles du Sénat peuvent être reprises sans difficulté.

- Le rapporteur général propose enfin de revenir sur l'erreur de plume commise en première lecture à l'Assemblée, ayant pour effet de supprimer la mention prévoyant que l'ACOSS bénéficie au besoin d'un concours du régime général pour équilibrer le financement de sa nouvelle mission, de centralisation des cotisations salariales chômage réduites puis supprimées par cet article.

\*

### **Article 7 : Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs**

*La commission se saisit des amendements de suppression AS16 de M. Jean-Pierre Door et AS93 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cette augmentation de la CSG est un point crucial. Nous l'avons évoquée en première lecture et en commission mixte paritaire, et les sénateurs ont également voulu la supprimer. C'est l'une des raisons essentielles de l'opposition du groupe Les Républicains au PLFSS dans sa totalité. S'il y a un point qui nous empêche de l'approuver, c'est bien celui-ci.

Vous augmentez la CSG à compter du début du mois de janvier, mais la baisse des cotisations sociales n'interviendra qu'au mois d'octobre prochain. Vous allez donc faire les poches de toutes les personnes qui subiront l'augmentation de la CSG, pour un montant d'un peu plus de 3 milliards d'euros, pour donner des recettes supplémentaires à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et à l'assurance maladie, et, par cet artifice, à la fin de l'année, le déficit sera non plus de 4 milliards d'euros mais de 800 millions d'euros. Avec cette tuyauterie d'une logique arithmétique, les comptes sociaux confinent à l'insincérité !

En plus, cela a été dit et répété, cette augmentation de la CSG pénalisera plus de huit millions de retraités, de même que les fonctionnaires et d'autres Français – professions libérales, artisans, commerçants, etc. Nos propositions alternatives ayant été rejetées, nous demandons la suppression de cet article.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** À l'origine, le financement de la sécurité sociale visait à une socialisation des efforts. Ainsi, chacun cotisait selon ses moyens pour recevoir à hauteur de ses besoins ; c'est ce que nous appelons un salaire différé. Grâce aux cotisations prélevées sur le salaire brut, nous recevons plus tard le fruit de nos efforts, par exemple lorsque nous sommes malades, la sécurité sociale prenant en charge une partie des soins.

Par cet article 7, vous entérinez la fin de ce qui fait l'âme de la sécurité sociale : la solidarité et le paritarisme. Si la sécurité sociale était financée par les cotisations, ce n'était pas une lubie, tout cela avait un sens. Les moyens de la sécurité sociale s'adaptent aux besoins. En fiscalisant la sécurité sociale, vous

transformez tout cela en poste budgétaire – et en quelques mois, se vante le Gouvernement.

Nous savons ce que cela veut dire : c'est l'avènement d'une vision boutiquière, en vertu de laquelle des économies sont partout et tout le temps demandées. Nous refusons cette logique : nous n'avons pas à faire des économies avec la santé. Il faut simplement soigner au mieux les gens. Il y va de la solidarité nationale. Par ailleurs, ce mouvement de fiscalisation, en plus d'être dangereux, est injuste, puisque vous avez choisi d'asseoir ce financement sur l'impôt le plus injuste, la CSG, impôt qui n'est pas progressif.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable.

Cette mesure emblématique de la politique économique du Gouvernement représente un gain de pouvoir d'achat pour la quasi-totalité des salariés. Une compensation avait été promise en première lecture et a été inscrite en projet de loi de finances pour les fonctionnaires, avec la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité à hauteur de 1,4 milliard d'euros pour la fonction publique d'État. Des allègements spécifiques sont prévus pour les autres fonctions publiques. L'engagement gouvernemental que nous avons anticipé en première lecture a été tenu.

Quant aux retraités, non seulement les taux nuls ou réduits de CSG continueront de s'appliquer jusqu'au seuil de 1 440 euros nets par mois pour un retraité de plus de soixante-cinq ans mais, en outre, la suppression de la taxe d'habitation, telle qu'adoptée en loi de finances, fera plus que compenser la hausse de la CSG pour toutes les personnes qui gagnent moins de 2 500 euros de revenu net par mois, y compris les retraités. Ce sera même un gain de pouvoir d'achat pour 80 % des retraités de ce pays – je le répète avec le même enthousiasme et le même entrain qu'en première lecture.

*La commission **rejette** les amendements de suppression.*

*Puis elle examine l'amendement AS116 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale s'agissant de l'augmentation de 1,7 point du taux de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité, afin de retrouver les équilibres budgétaires de la première lecture. L'amendement adopté au Sénat entraîne effectivement un manque à gagner de 4,5 milliards d'euros de recettes fiscales par an, ce qui n'est pas rien.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS117 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement rétablit le texte voté en première lecture par l'Assemblée nationale s'agissant du renforcement du pouvoir

d'achat des exploitants agricoles les plus modestes. Le Sénat a purement et simplement supprimé les dispositions législatives en vertu desquelles les non-salariés agricoles bénéficieront d'une réduction du taux de leur cotisation maladie.

Le Gouvernement supprimera par voie réglementaire le dispositif instauré par décret en 2016. Si on ne rétablit pas de dispositif par voie législative, il n'y aura plus rien pour venir en aide aux non-salariés agricoles.

**M. Jean-Pierre Door.** J'exprime un vif regret. Les sénateurs ont fait preuve d'une très grande sagesse et ont évidemment permis d'éviter que l'on attaque trop le monde agricole, dont nous savons quelles terribles difficultés il affronte aujourd'hui. Il n'y a pas que des riches chez les agriculteurs ! Depuis quelques semaines, tous les représentants syndicaux du monde agricole, jeunes ou moins jeunes, demandent – c'est le vœu du Sénat – que l'on revienne aux dispositions appliquées sous le gouvernement précédent, celui de François Hollande, qui avait donc fait un geste en leur faveur. Vous les supprimez, c'est bien regrettable. Nous nous opposons donc évidemment à votre amendement, et nous le referons dans l'hémicycle.

**M. le rapporteur général.** Comme vous, cher collègue, je me préoccupe du sort des agriculteurs. D'ailleurs, une disposition permettra, *via* l'aide à la création ou reprise d'entreprise pour les demandeurs d'emploi (ACCRE), de faire un geste en faveur des jeunes agriculteurs.

Mais il s'agit ici d'une question formelle. Les sénateurs ont supprimé un dispositif législatif qui n'est remplacé par rien. Peut-être le dispositif ne vous paraît-il pas suffisamment attractif, mais c'est le seul. Le dispositif instauré en 2016, de nature réglementaire, va être supprimé. Adoptez cet amendement, même si vous considérez qu'il ne va pas assez loin. Sinon, il n'y aura plus rien du tout.

**M. Jean-Pierre Door.** En vous écoutant, monsieur le rapporteur, j'ai l'impression que nous sommes, nous, les intelligents, et que les agriculteurs sont les imbéciles. Les syndicats demandent unanimement que soit conservé ce qui a été décidé par le gouvernement précédent, dont la suppression porterait atteinte à la situation personnelle et professionnelle des agriculteurs. J'aimerais comprendre.

**M. Gilles Lurton.** Je souscris entièrement aux propos de Jean-Pierre Door. En première lecture, vous nous avez parlé – vous-même, monsieur le rapporteur général, ou M. le ministre de l'action et des comptes publics – d'une mesure prise en accord avec la présidente de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA). Or la FNSEA se tient vent debout contre la proposition que vous nous faites aujourd'hui.

**M. Pierre Dharréville.** Nos collègues souhaitent visiblement un retour au dispositif antérieur. Je peux le comprendre, mais ce n'est pas le choix de M. le rapporteur général. Peut-être présenteront-ils un amendement en séance. Pour ma part, je le ferai sur un certain nombre de sujets. Je saisis l'occasion de le dire, car je crois que la manière dont les discussions s'enchaînent dans notre commission

nuit quelque peu à la légitimité de nos travaux ; je n'en fais pas reproche à Mme la présidente mais peut-être peut-elle relayer mon propos auprès de la présidence de l'Assemblée nationale. Nous avons à peine terminé l'examen des ordonnances – c'était jeudi, très tard. Loin d'être optimales, ces conditions de travail ne sont pas propices à un débat sérieux. Cela pourra expliquer un certain nombre de mes prises de position.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je vous rappelle que ce n'est pas moi qui fixe l'ordre du jour, cher collègue. Quant aux ordonnances, effectivement, il s'agissait d'un débat un peu particulier, et il nous fallait les examiner entre d'autres travaux. Le débat n'en a pas moins eu lieu. De nombreuses heures y ont été consacrées, aussi bien en commission qu'en séance. Il en va de même pour ce PLFSS, dont nous ne réexaminons pas toutes les dispositions, certaines étant déjà définitivement adoptées. L'échec de la commission mixte paritaire nous conduit cependant à débattre de celles qui ne le sont pas. Ce n'est pas tout à fait le même exercice qu'en première lecture.

Je n'en relaierais pas moins, cher collègue Dharréville, vos inquiétudes.

**M. le rapporteur général.** Les agriculteurs, dont un certain nombre manifeste aujourd'hui, demandent le maintien des dispositions de 2016, jugées plus favorables, mais qui, encore une fois, sont de nature réglementaire et donc pas inscrites dans la loi. Elles seront supprimées, au profit du dispositif législatif que je propose de rétablir. Des amendements ont été déposés, qui pourront nourrir un débat au fond, notamment budgétaire, parce qu'ils ne posent pas de difficultés sur la forme.

Le texte adopté au Sénat supprime, lui, toute disposition. Il ne substitue pas un dispositif moins bon à un dispositif meilleur : en vertu du texte issu de ses travaux, là où il y avait quelque chose, il n'y a plus rien. Je propose donc de rétablir l'état antérieur du texte, auquel rien ne préexistait. Ensuite, en séance, nous pourrions débattre de la nature plus ou moins avantageuse des dispositions.

**Mme Nathalie Elimas.** Je rejoins mon collègue Door. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés avait d'ailleurs défendu un amendement en ce sens en première lecture. Les agriculteurs ont été durement touchés par la crise en 2015. Loin de leur rendre service, ce nouveau dispositif aggrave leur situation. Pour une partie des agriculteurs, la hausse du pouvoir d'achat n'a aucune réalité. J'aimerais vraiment que notre commission s'en saisisse et réfléchisse à des solutions concrètes.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS118 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement rétablit le texte voté en première lecture par l'Assemblée nationale s'agissant des modalités d'entrée en vigueur de l'augmentation de la CSG sur les revenus du patrimoine. Le Sénat a

adopté un amendement qui pourrait réduire les recettes d'environ un milliard d'euros, ce qui déséquilibrerait fortement nos finances sociales.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS119 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de corriger une erreur de plume résultant de l'adoption d'un amendement du Gouvernement, présenté en première lecture à l'Assemblée nationale.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle se saisit de l'amendement AS66 de Mme Éricka Bareigts.*

**Mme Éricka Bareigts.** Cet amendement vise à évaluer les conséquences financières de la suppression ou de la réduction de cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la CSG. Cette évaluation serait faite après la première année de mise en œuvre de la réforme afin que la représentation nationale puisse juger de son bien-fondé.

**M. le rapporteur général.** Nous connaissons déjà ces conséquences financières, chère collègue. L'impact budgétaire de la baisse de certaines cotisations sociales – pas toutes, tant s'en faut – est de 18 milliards d'euros. Déjà connues, donc, elles seront décrites plus finement encore par la Commission des comptes de la sécurité sociale, la Cour des comptes ou le bleu budgétaire « Évaluation des voies et moyens ».

Je suis donc, comme en première lecture, défavorable à cette proposition.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite successivement les amendements AS54 de M. Joël Aviragnet et AS65 de Mme Éricka Bareigts.*

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

\*

\* \*

*Article 7 bis*

**Exonération de prélèvements sociaux sur les revenus du capital  
en faveur des non-résidents**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption de trois amendements identiques, provenant de trois groupes différents (Les Républicains, Union centriste, Socialiste et républicain), mais tous signés par des sénateurs représentant les Français établis hors de France.

Il s'agit en effet d'exonérer les non-résidents des prélèvements sociaux dont ils doivent s'acquitter sur les revenus du capital :

- contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus fonciers (1° du I) ;
- CSG sur les produits de placement (2° du I) ;
- prélèvement social, sur les mêmes assiettes (3° et 4° du I) ;
- contribution au remboursement de la dette sociale, sur les mêmes assiettes, toujours (II).

Il s'agit ainsi de revenir sur un assujettissement qui date d'à peine cinq ans, puisqu'instauré par la deuxième loi de finances rectificative pour 2012 <sup>(1)</sup>. L'exonération serait d'ailleurs rétroactive jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour les revenus déjà acquis, en application des modalités d'entrée en vigueur de cet article (III).

La commission des affaires sociales et le Gouvernement s'étant déclarés défavorables à l'adoption de cet amendement, le gage (IV) n'a pas été levé.

**2. La position de la commission**

• Les auteurs de ces amendements, régulièrement rejetés par l'Assemblée nationale depuis cinq ans, arguent de la contrariété entre le droit français et le droit de l'Union européenne.

En 2015, la Cour de Justice de l'Union européenne a rendu un arrêt dit *De Ruyter* <sup>(2)</sup>, dans lequel elle a jugé que les personnes affiliées à un régime de sécurité sociale dans un État membre de l'Union ne peuvent être assujetties à des prélèvements sociaux destinés à financer des régimes contributifs de sécurité sociale dans un autre État membre.

---

(1) Article 29 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012.

(2) 27 février 2015, affaire C-623/13.

Concrètement, un Français résident des Pays-Bas et affilié à la sécurité sociale néerlandaise ne peut être assujéti, sur ses revenus de source française, à des prélèvements dont le produit irait aux régimes d'assurance sociale de base, puisqu'il ne bénéficie pas des prestations de ces régimes.

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le Gouvernement a proposé au Parlement, qui l'a acceptée, la solution suivante: plutôt que d'exonérer les non-résidents des prélèvements sociaux, ce qui aurait coûté environ 250 millions d'euros, le produit de ces prélèvements a été affecté, au sein de la sphère sociale, à des organismes non contributifs (Fonds de solidarité vieillesse, essentiellement). Ces organismes, financés essentiellement par l'impôt, ne servent pas de prestations en contrepartie des impôts perçus. En cela, ils s'écartent de la logique assurantielle des régimes de base, dans laquelle le versement de cotisations ouvre droit à des prestations.

Les auteurs des amendements adoptés par le Sénat contestent le bien-fondé de cette solution, en estimant que seule l'exonération des non-résidents permettrait de se conformer pleinement à la jurisprudence de la Cour.

• Ce n'est pas la position du Gouvernement ni celle de la majorité de l'Assemblée nationale, qui a rejeté en première lecture des amendements identiques. Aussi, par cohérence, le rapporteur général propose de supprimer cet article.

Au surplus, l'exonération proposée par cet article ne serait pas juste, dans la mesure où les revenus de source française des résidents resteraient, pour leur part, assujétiés aux prélèvements sociaux. C'est d'ailleurs dans un objectif d'équité que la réforme de 2012 a été adoptée; cet objectif demeure poursuivi par l'actuelle majorité.

Enfin, le dispositif adopté par le Sénat est coûteux, et contraire à l'objectif de redressement des comptes sociaux, qui guide l'action du Gouvernement et de la majorité.

\*

*La commission se saisit de l'amendement AS121 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose la suppression d'une disposition introduite par le Sénat, qui exonère les non-résidents des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Nous en avons déjà débattu en première lecture, nous avons évoqué l'arrêt *De Ruyter* de la Cour de Justice de l'Union européenne et ses implications.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS99 tombe et l'article 7 bis est supprimé.*

\*

\* \*



## CHAPITRE II Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

### *Article 8* **Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article simplifie les mécanismes de réduction du coût du travail, et amplifie cette réduction pour les niveaux de salaire les plus faibles.

Deux dispositifs principaux coexistent aujourd'hui :

– l'allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale, dégressif pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,6 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) ;

– le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), assis au taux de 7 % sur les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC, qui réduit l'impôt sur les bénéfices.

Le CICE est plus complexe qu'un allègement de charges patronales et ses effets sont décalés dans le temps, puisqu'il est en général perçu entre un et quatre ans après le versement des salaires (l'allègement étant pour sa part contemporain du versement des salaires).

L'article 42 du projet de loi de finances (PLF) pour 2018 prévoit la suppression du CICE à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 ; le présent article le remplace par des allègements de charges supplémentaires, de deux ordres :

– une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation patronale maladie sur les salaires jusqu'à 2,5 SMIC, soit une sorte « d'équivalent-CICE », dont le taux sera ramené à 6 % en 2018 (article 42 du PLF 2018) ;

– un renforcement de l'allègement général, par une réduction de près de 10 points des charges au niveau du SMIC (4 points nets des 6 points de la réduction forfaitaire maladie, qui s'imputera avant). C'est en effet à ce niveau que les allègements sont réputés les plus créateurs d'emploi.

Pour ce faire, compte tenu du niveau déjà relativement faible des charges en bas de l'échelle des rémunérations, cet article prévoit ce qui apparaît comme une nouveauté dans le paysage de la réduction du coût du travail, à savoir un allègement des cotisations patronales de chômage et de retraite complémentaire. L'article prévoit d'ailleurs diverses mesures de coordination entre les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), qui recouvrent l'essentiel des cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général, et les fédérations AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) et ARRCO (Association des régimes de

retraite complémentaire), qui continueront de recouvrer les cotisations de retraite complémentaire.

Figure également dans le texte un dispositif prévisionnel de compensation à l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC) et à l'AGIRC-ARRCO des pertes de recettes, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS); ce dispositif sera amené à évoluer après des discussions engagées sur cette question en 2018.

La suppression du CICE – et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires, son équivalent pour les organismes non lucratifs – rapportera environ 23 milliards d'euros au budget de l'État; le renforcement des allègements de charges en coûtera un peu moins de 25 aux organismes de sécurité sociale.

Les charges sociales étant déductibles de l'assiette soumise à l'impôt sur les bénéfices, leur réduction massive par cet article aura pour effet d'accroître la base imposable.

Mais cet « effet retour » sera plus que compensé à horizon 2022 par les mesures d'allègement de la fiscalité des entreprises prévues par le Gouvernement, notamment la réduction du taux de l'impôt sur les sociétés.

En 2019, année de mise en place des nouveaux allègements, les entreprises éligibles continueront de bénéficier en outre du CICE acquis au titre des exercices antérieurs, notamment 2018.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté sept amendements d'ordre rédactionnel, à l'initiative du rapporteur général.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, et avec l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté cinq amendements d'ordre rédactionnel.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.

\*

*La commission examine l'amendement AS95 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Par cet article, le Gouvernement entend pérenniser le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), dont il a pourtant été établi que les effets sur l'emploi sont quasiment nuls. Il veut aussi

conforter la « niche Fillon » au niveau du SMIC. Il n’y a pas de meilleur moyen pour maintenir et refermer les trappes à bas salaires sur les salariés déjà précarisés. Malgré nos alertes répétées, le Gouvernement s’entête à suivre son dogme libéral selon lequel gaver un peu plus les actionnaires permettrait aux salariés de recevoir quelques miettes.

Le CICE a déjà coûté 67 milliards d’euros au budget de la sécurité sociale sans que la courbe du chômage en soit inversée. Dans un rapport de suivi, France Stratégie a estimé que le CICE n’a permis de créer ou de maintenir qu’un maximum de 200 000 emplois. Un rapide calcul permet de constater que chaque emploi a ainsi un coût de 335 000 euros, soit huit fois plus qu’un emploi créé par le passage aux 35 heures. On aurait mieux fait d’investir ces 67 milliards pour engager la transition écologique, potentiellement créatrice de plus d’un million d’emplois, que d’en faire cadeau aux grandes entreprises.

La « niche Fillon », comme toute exonération de cotisations patronales à un niveau de salaire donné, encourage par ailleurs les employeurs à ne jamais dépasser ce seuil. J’imagine la réaction assez sévère des salariés qui suivent nos débats : vous devrez leur expliquer qu’avec votre politique, notamment cet article, vous donnez toutes les raisons à l’employeur de ne pas augmenter les salaires.

C’est pourquoi nous demandons la suppression de l’article 8.

**M. le rapporteur général.** Je ne reviendrai pas en détail sur la politique économique du Gouvernement : vous la connaissez. Nous avons eu un débat en première lecture sur le souhait de transformer, pour le pérenniser, ce crédit d’impôt en baisse de cotisations patronales afin de soutenir la compétitivité des entreprises. Un certain nombre d’amendements proposent de réduire ou d’accentuer le dispositif, mais l’équilibre trouvé en première lecture par le Gouvernement convient toujours, quelques semaines plus tard. Avis défavorable à cet amendement, comme à d’autres que nous allons examiner sur le même sujet.

*La commission rejette l’amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l’amendement AS96 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Permettez-moi d’insister. Avec l’article 8, vous prévoyez de baisser encore un peu plus les cotisations sociales. Comme je l’ai indiqué, ce dispositif destiné à alléger le coût du travail des salariés les moins qualifiés constitue une véritable trappe à bas salaires, y compris pour les salariés qualifiés et diplômés. En cassant le code du travail, vous avez renvoyé à l’entreprise les négociations relatives à l’évolution des salaires. Nous nous inquiétons de l’argument supplémentaire que vous donnez aux patrons pour ne pas augmenter les salaires de leurs employés. Faire valoir que la loi détaxe les bas salaires est un argument massue. Qu’y répondre ? Ce genre d’exonérations aboutit à un effet en chaîne très funeste : on exonère les bas salaires pour favoriser l’emploi, en espérant ainsi augmenter le nombre de cotisants, mais ce faisant on bloque tout le monde dans des bas salaires et on transforme les salariés français et

les entreprises en très faibles cotisants. Ce mécanisme affaiblit la sécurité sociale et, pis encore, ne crée pas d'emplois. Quand les carnets de commandes sont vides, baisser indéfiniment le coût du travail revient à invoquer la pluie dans le désert. Nous demandons la suppression de la baisse des cotisations patronales.

**M. le rapporteur général.** Je ne partage ni le diagnostic, ni les arguments utilisés, ni la ligne politique qui sous-tend l'amendement. Par conséquent, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS17 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Le taux du CICE va être réduit de 7 à 6 %, de sorte que son basculement en allègement de cotisations va entraîner une augmentation de la fiscalité des entreprises de plus de trois milliards d'euros. La perte est prouvée et calculée. Avec cet amendement, nous proposons un allègement de cotisations sur la base d'un CICE rétabli à 7 %, c'est-à-dire le taux actuel, et une extension des allègements de charges jusqu'à 3,5 SMIC, comme le proposait le rapport Gallois de 2012. Vous vous inspirez de ce rapport de temps en temps, vous devriez le faire davantage.

**M. le rapporteur général.** À titre personnel, je suis favorable à l'extension de l'assiette jusqu'à 3,5 SMIC, pour de nombreuses raisons. On favoriserait notamment l'économie de la connaissance en permettant de recruter plus facilement des ingénieurs et des techniciens supérieurs, dont les niveaux de salaires vont au-delà de 2,5 SMIC.

En ce qui concerne le passage du taux de 7 à 6 %, vous savez que l'année 2019 comptera double, puisque les entreprises bénéficieront à la fois du CICE sur les salaires de 2018 et des allègements de cotisations sur les salaires de 2019 ; et, à horizon 2022, le bilan sera favorable aux entreprises, du fait notamment de la réduction du taux de l'impôt sur les sociétés. Avec les réformes que le Gouvernement propose, il n'y aura donc aucune baisse de la compétitivité-coût.

Il faut également voir que le coût de l'amendement serait de 13 milliards, ce qui fait beaucoup. Vous voulez certes augmenter la TVA à due concurrence, mais nous ne serons pas d'accord sur ce point, sur la forme ou sur le fond. La TVA est un impôt puissamment injuste – en tout cas bien plus que les autres.

Avis défavorable, donc, même si la réflexion sur l'extension de la mesure – un jour – à des niveaux de salaires supérieurs à 2,5 SMIC est intéressante et rejoint, en effet, le rapport Gallois de 2012.

**M. Pierre Dharréville.** Le rapporteur général a déclaré tout à l'heure qu'il ne partageait pas le diagnostic de notre collègue Jean-Hugues Ratenon sur le CICE, mais j'aimerais savoir sur quoi il se fonde. Des enquêtes assez précises, et parues récemment, sont très critiques sur le résultat économique de cette mesure.

**M. le rapporteur général.** J'ai connu l'avant et l'après-CICE. En 2013-2014, avec les soubresauts encore très vifs de la crise bancaire et économique qui frappait les entreprises de notre pays, on avait des carnets de commandes vides, des problèmes de trésorerie, parfois très peu de visibilité à court terme, et des vagues de licenciements et de mises en redressement judiciaire. J'ai pu constater, dans ma circonscription mais aussi ailleurs, que le CICE a apporté une bouffée d'oxygène à des entreprises, ce qui leur a permis de passer le cap. Une reprise économique est aujourd'hui en cours, avec des indicateurs qui passent au vert. La situation n'est pas encore idéale, mais elle s'améliore.

Le renforcement de la compétitivité-coût des entreprises a donné un élan positif : sinon, le choc aurait été beaucoup plus important sur le plan du chômage. Que cela n'ait pas permis suffisamment d'embauches, c'est probable, mais des licenciements ont finalement été évités grâce à cette mesure.

L'idée est de la simplifier et de la rendre plus visible : quand on demande à un chef de PME combien le CICE lui « rapporte », ou plutôt lui permet d'économiser, il a généralement du mal à le dire, car c'est un mécanisme complexe. Le comptable sait répondre, en revanche. Il s'agit désormais de transformer le crédit d'impôt en baisse de cotisations patronales afin d'améliorer la lisibilité du dispositif et ainsi d'inciter les entrepreneurs à embaucher.

Nous n'aurons probablement pas la même lecture, mais voilà mon constat personnel et la raison pour laquelle je ne partage pas votre diagnostic.

Par ailleurs, les politiques de l'emploi ne se limitent pas à la compétitivité coût. La France peut s'enorgueillir de sa compétitivité par la qualité : nous sommes capables d'avoir une montée en gamme de notre industrie, nous avons un très bon niveau dans l'enseignement supérieur et la recherche, le transfert technologique s'opère bien, des *start-up* se créent et nous déposons beaucoup de brevets en matière de santé et de numérique. Le crédit d'impôt recherche, souvent décrié sur vos bancs, est un outil fiscal puissant qui permet de soutenir l'économie de l'innovation dans notre pays. Il faut poursuivre aussi dans cette voie, en avançant donc sur les deux jambes. On ne peut pas retirer complètement du débat la question du coût du travail – le sujet a été arbitré il y a quelques années par un autre Gouvernement. Nous sommes en train de simplifier et de pérenniser les dispositifs.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS100 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Cet amendement vise à réserver la baisse de six points des cotisations patronales en dessous de 2,5 SMIC aux seules associations à but non lucratif.

Si le dispositif de réduction des cotisations nous semble injustifié pour toutes les entreprises, et financièrement insoutenable, il serait en revanche

opportun de le réserver au secteur associatif, qui porte sur ses épaules une partie de la cohésion sociale dans notre pays. Ce serait une juste compensation de la fin des contrats aidés qui permettaient à ces structures de se maintenir à flot.

Afin d'aider le secteur associatif et de faire en sorte que la baisse des cotisations patronales ne puisse pas servir à une augmentation induite du taux de profit, nous proposons de réserver le dispositif aux entreprises sans but lucratif.

**M. le rapporteur général.** Le secteur de l'économie sociale et solidaire bénéficiera d'un gain d'1,4 milliard grâce aux réformes que nous adoptons dans le cadre du présent article. Ce n'est absolument pas négligeable. Votre amendement ne propose pas d'aider davantage les associations, mais de ne plus soutenir les entreprises dans le secteur commercial. Or, c'est celui qui réalise le plus d'embauches et emploie le plus de salariés. Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville.** On réduit singulièrement les cotisations patronales et on supprime les cotisations salariales : le problème ne concerne pas tant le taux que la philosophie, c'est-à-dire la manière dont on finance la sécurité sociale. On est en train de remettre en cause ses fondements. Cela mérite d'être souligné et de faire l'objet d'un grand débat public.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS97 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Je suis intervenu tout à l'heure sur la question des trappes à bas salaires dont vous semblez friands. Avec cet amendement, nous proposons maintenant de supprimer l'allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale dit « Fillon ». Je l'ai dit : ce dispositif a coûté très cher à l'État, plus de 67 milliards d'euros si on le cumule avec le CICE, et pour quels résultats ? Pas d'emplois, et pire, les économies qui ont dû être faites dans la sphère sociale et dans les finances publiques pour supporter le poids du CICE ont probablement suscité de nombreuses destructions d'emplois.

En réalité, le CICE n'a pas le moindre effet positif sur le plan macroéconomique. C'est un outil pour transférer de la richesse des contribuables vers les entreprises. Le comité de suivi que j'évoquais a estimé qu'entre 2013 et 2014, chaque emploi créé ou sauvegardé a coûté la bagatelle de 287 000 à 574 000 euros d'aide publique, soit bien plus que le « coût » total en salaires et charges. Les entreprises ont été les grandes gagnantes de cette opération, qui n'est rien d'autre qu'un vaste détournement de fonds publics au profit du secteur privé. Nous vous proposons de revenir à la raison budgétaire en supprimant ce dispositif d'exonérations. Vous avez fait suffisamment de cadeaux aux riches !

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle aborde l'amendement AS98 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Il s'agit d'un amendement de repli. Je ne reviens pas sur les arguments que j'ai développés. Selon un récent rapport du Sénat, néanmoins, ce sont les entreprises de taille intermédiaire (ETI) et les grandes entreprises qui ont en majorité bénéficié du CICE. Elles représentent respectivement 22,8 % et 30,2 % des créances. Or l'emploi est surtout créé dans les PME, qui ne pèsent que 32,7 % des créances.

Ce gouvernement ne jure que par les petites entreprises : vous nous avez dit que les ordonnances et le renforcement des allègements de cotisations leur étaient destinés et que la suppression de l'ISF permettrait aux riches d'investir davantage dans les PME. En réalité, ces dispositifs ont pour point commun d'afficher une solidarité avec les petites entreprises mais de bénéficier largement aux grandes. Ces dernières sont en quelque sorte les passagers clandestins d'une opération juteuse – pour elles – et dépourvue de tout rapport avec un plan d'urgence. Si vous vous battez vraiment pour les PME, au-delà de votre double discours, réservez-leur vos réformes. Les grands n'ont pas besoin d'aide. Soyez cohérents avec vous-mêmes et ciblez plutôt les petits. Ne manquons pas l'occasion offerte par notre amendement.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS86 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement, que j'avais déjà déposé en première lecture, concerne les conséquences de la suppression du CICE au 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les entreprises de travail temporaire, et plus généralement celles qui pratiquent le décalage de paie. Le ministre m'avait demandé de retirer l'amendement, en s'engageant à trouver une solution pour la seconde lecture, mais cela n'a manifestement pas été le cas. Cela me conduit à redéposer l'amendement. Il y a un problème réel.

**M. le rapporteur général.** Si vous en êtes d'accord, nous pourrions avoir ce débat demain en séance, avec le ministre. Selon les retours dont je dispose, le coût serait supérieur à 200 millions d'euros, ce qui n'est pas anodin, pour un décalage de paie qui concerne environ 70 000 entreprises. Je donne un avis défavorable, afin que nous puissions avoir demain des réponses techniques quant au décalage de paie que vous avez identifié et dont nous avons déjà un peu débattu en première lecture.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, elle adopte l'article 8 sans modification.*

\*

\* \*

*Article 8 bis A*

**Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération de cotisations sociales pour l'emploi d'aides à domicile**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec avis favorable de sa commission des affaires sociales mais défavorable du Gouvernement, de cinq amendements identiques, provenant de groupes de sensibilité politique différente (Les Républicains, Socialiste et républicain, Rassemblement démocratique et social européen, Union centriste).

Il s'agit d'étendre aux établissements publics de coopération intercommunale l'exonération de cotisations sociales au titre de l'emploi d'aides à domicile, au profit notamment de personnes âgées ou handicapées. En application du 2° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale bénéficient de cette exonération.

**2. La position de la commission**

Le même amendement avait été adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Son coût étant inconnu, il avait été supprimé en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale. La suppression se justifiait également par l'attente d'une mission d'inspection sur le sujet, mission qui n'a semble-t-il jamais été conduite.

Le rapporteur général propose donc de maintenir cet article en commission, laissant le soin au Gouvernement d'en proposer la suppression en séance le cas échéant.

\*

*La commission adopte l'article 8 bis A sans modification.*

\*

\* \*

*Article 8 bis B*

**Suppression des cotisations salariales d'assurances sociales sur les contrats vendange**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté à l'initiative de M. Daniel Laurent (groupe Les Républicains) et de collègues de différents groupes, malgré l'avis défavorable de



sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, cet article additionnel qui vise :

– d’une part, à exonérer les travailleurs occasionnels employés dans le cadre du contrat vendanges prévu à l’article L. 718-4 du code rural et de la pêche maritime de cotisations salariales d’assurances sociales ;

– d’autre part, à rendre cette exonération compatible avec la prise en charge, prévue à l’article L. 741-16-1 du même code, par le régime agricole d’un certain nombre de cotisations patronales obligatoires situées en dehors du champ des assurances sociales <sup>(1)</sup>.

Ce faisant, cet article rétablit l’état du droit antérieur à l’entrée en vigueur de l’article 84 de la loi de finances pour 2015 <sup>(2)</sup>.

## **2. La position de la commission**

L’exonération de cotisations salariales d’assurances sociales sur les salariés employés en contrats vendange a été supprimée en 2014 en raison de sa probable inconstitutionnalité, à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 6 août 2014 relative à la réduction dégressive des cotisations salariales de sécurité sociale <sup>(3)</sup>. Comme l’a rappelé le ministre de l’agriculture, de l’agroalimentaire et de la forêt dans une réponse à une question écrite publiée au Journal officiel le 18 décembre 2014 <sup>(4)</sup>, il avait été jugé à cette occasion qu’instituer une réduction dégressive de cotisations salariales de sécurité sociale sans modifier ni l’assiette de celles-ci, ni les prestations et avantages auxquelles elles ouvrent droit sans que la différence de traitement instituée ne repose sur une différence de situation entre les assurés méconnaissait le principe d’égalité. La même conclusion juridique était à redouter s’agissant d’une exonération pure et simple que la situation des salariés employés dans le cadre de « contrats vendanges » ne saurait justifier par rapport à celle de l’ensemble des autres salariés agricoles.

S’agissant de l’opportunité du rétablissement d’une telle exonération, il convient de rappeler que les cotisations maladie et d’assurance chômage des salariés agricoles doivent être supprimées dans le cadre des dispositions de l’article 7 du projet de loi, ne laissant à leur charge que des cotisations d’assurance vieillesse fixées à un taux de 0,35 % sur la rémunération. La mesure est donc

---

*(1) Ces cotisations, généralement issues de l’extension d’accords collectifs, sont définies au 1 de l’article L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime : participation au développement de la formation professionnelle, cotisations de retraite complémentaire obligatoire, cotisation à l’Association pour gestion du fonds de financement, cotisation à l’Association nationale pour l’emploi et la formation en agriculture, cotisation versée au conseil des études, recherches et prospectives pour la gestion prévisionnelle des emplois en agriculture et son développement (PROVEA), cotisation pour l’Association pour le financement de la négociation collective en agriculture et cotisation due au titre du fonctionnement du service de la santé et de la sécurité au travail.*

*(2) Loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015*

*(3) Décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014*

*(4) <https://www.senat.fr/questions/base/2014/qSEQ141113611.html>*

largement satisfaite par ce mécanisme de diminution généralisée des cotisations salariales et ne présente plus qu'un intérêt limité, notamment au regard des objectifs poursuivis par ses auteurs de renforcer l'activité des chômeurs dans ce secteur ou de lutter contre la concurrence des travailleurs détachés.

Par conséquent et en cohérence avec la position de la commission des affaires sociales en séance sur des amendements similaires, le rapporteur général propose de supprimer cet article.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI29 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Nos débats en première lecture avaient conduit au rejet d'un amendement identique au dispositif qui a ensuite été adopté par le Sénat. En toute logique, je vous propose de supprimer ce dispositif, pour trois raisons.

La première est la plus importante puisqu'elle est de nature constitutionnelle. Il y aurait une rupture du principe d'égalité si l'on revenait sur ce que la loi de finances pour 2015 a prévu. On rouvrirait le débat sur la compatibilité avec le principe d'égalité devant les charges publiques d'un tel dispositif spécifique, non fondé sur une différence de situation entre les salariés en contrat « vendange » et les autres salariés agricoles.

Par ailleurs, nous avons voté, à l'article 7, le rétablissement de mesures en faveur des agriculteurs.

Les sujets concernés sont très importants, mais leur complexité va au-delà de réponses consistant en quelques ajustements, par petites touches, sur des taux de cotisations d'assurances sociales résiduels très faibles, de l'ordre de 0,35 %.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 8 bis B est supprimé.*

\*

\* \*

## *Article 8 bis* **Rationalisation de la C3S**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement du rapporteur général présenté en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il tire les conséquences de la suppression, à l'article 4, des dispositions relatives à la fusion de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de sa contribution additionnelle, ainsi que du rétablissement de l'obligation de téléversement de la C3S.

La C3S et sa contribution additionnelle étant exigibles au 15 mai de chaque année, soit avant l'examen du PLFSS pour 2018, leur fusion ou leur téléversement ne s'appliqueraient pour la première fois qu'en 2018. Ces dispositions relevant des recettes pour l'exercice 2018, elles trouvent logiquement leur place en troisième partie du texte.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté trois amendements rédactionnels, à l'initiative de sa Commission des affaires sociales.

## **3. La position de la commission**

Il est proposé d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 8 bis sans modification.*

\*

\* \*

### *Article 8 quater*

## **Prolongation des conditions d'assujettissement du congé de fin d'activité des conducteurs routiers au forfait social**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a, à l'initiative de la commission, adopté cet article additionnel qui vise à prolonger les dispositions de l'article 8 de la loi de financement pour 2017<sup>(1)</sup> sécurisant l'assujettissement des avantages versés au titre des congés de fin d'activité dans le secteur du transport routier au forfait social dont le taux est fixé à 20 %.

### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

### 3. La position de la commission

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 8 quater sans modification.*

\*

\* \*

#### *Article 9*

### **Exonération généralisée de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### *a. Le projet de loi initial*

Cet article prévoit une « année blanche » de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises débutant leur activité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Prenant la forme d'un élargissement de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE), l'exonération intégrale serait ouverte aux entrepreneurs dont le revenu annuel net est inférieur à 30 000 euros. Elle serait ensuite dégressive jusqu'à 40 000 euros.

En parallèle, les micro-entrepreneurs bénéficieraient d'une exonération dégressive durant leurs trois premières années d'activité.

Au total, 350 000 entrepreneurs supplémentaires – dont 280 000 nouveaux micro-entrepreneurs – devraient bénéficier de cet élargissement de l'ACCRE, s'ajoutant aux bénéficiaires actuels. La moindre recette générée par le dispositif d'exonération est évaluée à 310 millions d'euros en 2021, cette somme étant neutre pour les organismes de sécurité sociale car compensée par l'État.

##### *b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale*

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture un amendement de la commission supprimant le renvoi à un décret de la définition du plafond d'éligibilité au dispositif.

En effet, le plafond de revenus ou de rémunérations permettant de bénéficier de l'« année blanche » est maintenu dans la loi à 75 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) pour une éligibilité totale – soit 29 421 euros

en 2017 –, l'exonération devant ensuite décroître linéairement jusqu'au PASS – fixé à 39 228 euros cette même année.

Toutefois, la nouvelle rédaction précise dans le même temps que l'exonération serait accordée « *pour une fraction et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées par décret* ». L'ajout simultané d'un renvoi au pouvoir réglementaire ne peut qu'interroger, pouvant être considéré comme superfétatoire ou source d'ambiguïté. Cet ajout a donc été supprimé.

Un amendement du rapporteur général a été adopté lors des débats en séance publique, d'ordre purement rédactionnel.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Outre cinq amendements rédactionnels présentés à l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté deux amendements identiques de MM. Henri Cabanel (groupe Socialiste et républicain) et David Gremillet (groupe Les Républicains). Ils visent à permettre le cumul de l'exonération de cotisations sociales ouvertes au titre de l'« année blanche » et de celle prévue dans le cadre du soutien aux jeunes agriculteurs, inscrite à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

Ce cumul s'ajoute à celui prévu dans le projet de loi initial entre l'« année blanche » et les exonérations figurant à l'article 7 du PLFSS pour compenser, auprès des travailleurs indépendants, l'augmentation des taux de la contribution sociale généralisée (CSG).

## **3. La position de la commission**

Il est proposé d'adopter l'article 9 dans sa rédaction issue des travaux du Sénat. La modification de fond apportée est heureuse, le cumul de l'ACCRES et de l'exonération « jeunes agriculteurs » étant aujourd'hui possible.

S'il n'y a pas lieu de multiplier les dérogations à la règle de non-cumul, afin de limiter les effets d'aubaine, il apparaît toutefois souhaitable de ne pas restreindre l'accès aux exonérations ouvertes aux chefs d'exploitation durant leurs cinq premières années d'activité. Les deux dispositifs doivent ainsi pouvoir coexister en signe de soutien à l'installation et à l'engagement de nouvelles générations dans le milieu agricole.

\*

*La commission examine l'amendement AS67 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.*

**Mme Éricka Bareigts.** Le présent article vise à instituer des mesures d'allègement de charges en faveur des travailleurs indépendants qui créent une

entreprise en les exonérant de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont ils sont redevables au titre de leur début d'activité.

Outre-mer, de très nombreuses entreprises sont créées mais leur taux de survie est faible. Pour encourager la pérennisation de ces nouvelles activités, nous proposons d'augmenter la durée de l'exonération, dans les départements d'outre-mer, en la portant de deux ans à trois ans à titre expérimental.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 9 sans modification.*

\*

\* \*

#### *Article 9 bis*

### **Exonération partielle de cotisations d'assurance vieillesse des médecins retraités exerçant en zone sous-dense**

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Jean-Noël Cardoux (groupe Les Républicains) en séance publique au Sénat, avec un avis favorable de sa Commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement.

Il instaure une exonération partielle de cotisations d'assurance vieillesse de base ouverte aux médecins retraités exerçant leur activité dans des zones sous-dotées.

#### **2. La position de la commission**

La disposition proposée, déjà adoptée par le Sénat en première lecture lors de l'examen des PLFSS pour 2015, 2016 et 2017 à l'initiative du même auteur, contredit les choix retenus par le Gouvernement dans le cadre de son plan de lutte contre les déserts médicaux présenté en octobre 2017.

Le rapporteur général laisse donc au Gouvernement le soin de procéder à la suppression de cet article en séance publique, en cohérence avec les axes de son plan d'action.

\*

*La commission adopte l'article 9 bis sans modification.*

\*

\* \*

*Article 10*

**Allègement des démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

*a. Le projet de loi initial*

Dans un souci de simplification, cet article élargit les possibilités de recourir au chèque emploi service universel (CESU), jusqu'ici réservées à un nombre limité de services à domicile :

– à l'ensemble des relations salariées à domicile, à l'exception de la garde d'enfants qui relève du dispositif PAJEMPLOI ;

– à celles réalisées par des prestataires de services dans un certain nombre d'activités fixées par voie réglementaire.

*b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale*

Outre quatre amendements rédactionnels et de coordination adoptés à l'initiative du rapporteur général, l'Assemblée a adopté un amendement de M. Thomas Mesnier et de ses collègues du groupe La République en Marche précisant qu'une entreprise étrangère n'ayant pas d'établissement en France peut confier ses obligations déclaratives et de paiement en matière de recouvrement des cotisations et contributions à un tiers.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté trois amendements rédactionnels à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

**3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 10 sans modification.*

\*

\* \*

*Article 10 bis*

**Élévation du plafond permettant de bénéficier de l'offre « service emploi associations »**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté cet article additionnel, à l'initiative de MM. Jean Sol et François Calvet (groupe Les Républicains) et de M. Claude Bérít-Débat (groupe Socialiste et républicain) et contre l'avis du Gouvernement, qui vise à relever le plafond d'emplois en-deçà duquel une association employeuse peut bénéficier de l'offre « service emploi associations ».

Aussi appelé « Impact Emploi », ce dispositif prévu à l'article L. 133-5-1 du code de la sécurité sociale et mis en place notamment par le réseau des organisations de recouvrement permet la prise en charge par un logiciel de paye payant fourni par un tiers conventionné, des formalités<sup>(1)</sup> liées à l'emploi d'un salarié pour les associations employant jusqu'à neuf salariés à temps plein.

**2. La position de la commission**

Compte tenu de la lourdeur administrative que constitue la gestion du dispositif « Impact Emploi » pour les organismes, laquelle justifie pleinement sa limitation aux plus petites structures, et du risque de concurrence avec le mécanisme de « chèque emploi service associatif » (CEA), le rapporteur propose de supprimer cet article, tout en gardant en perspective une nécessaire remise à plat de l'offre de service des organismes de recouvrement aux associations employeuses.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI33 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article, adopté par le Sénat, propose de relever de dix à vingt salariés, le seuil permettant de bénéficier du dispositif d'accompagnement et de simplification des démarches administratives, dit impact emploi.

Sous une apparente simplification, se cache en réalité une complexification peu souhaitable de notre offre de démarches simplifiées pour les associations employeuses.

Impact emploi est un dispositif objectivement lourd à gérer pour la branche recouvrement, c'est pourquoi cette offre a été limitée aux plus petits

---

(1) L'article L. 133-5-1 rappelle ainsi que ce service permet de recevoir les documents nécessaires aux obligations en matière de droit du travail, d'obtenir le calcul des rémunérations des salariés en fonction des dispositions légales et conventionnelles applicables ainsi que les cotisations et contributions afférentes et d'effectuer les déclarations auprès des organismes de sécurité sociale, notamment en matière de recouvrement, de la mutualité sociale agricole, le cas échéant, et des organismes d'assurance chômage.



employeurs. Pour une association, dix salariés semble de ce point de vue un seuil raisonnable.

Cet article introduit une concurrence avec le chèque emploi service associatif au-delà de dix salariés. Il faut s'attacher à maintenir une certaine progressivité dans la simplification pour qu'une association, au fur et à mesure qu'elle grandit, se dirige vers une normalisation de la gestion de sa paye et de ses obligations sociales. Sinon, pourquoi ne pas porter le seuil à trente ou quarante salariés ?

Enfin, il ne faut pas exagérer les mérites relatifs d'impact emploi par rapport au chèque emploi service associatif, car le premier est un service payant.

Pour toutes ces raisons, je vous propose de supprimer cet article, en ayant bien en tête qu'une rationalisation de l'offre des titres simplifiés – dont participe le précédent article que nous venons d'adopter – sera nécessaire.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 bis est **supprimé**.*

\*

\* \*

### *Article 11*

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

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

#### ***a. Le projet de loi initial***

##### **i. L'adossement du régime social des indépendants au régime général**

L'article 11 vise à adosser le régime social des indépendants (RSI) au régime général de sécurité sociale. Cette réforme d'ampleur est justifiée par les nombreux dysfonctionnements que connaît le régime depuis sa création, mais également par l'évolution des parcours professionnels, caractérisés par des allers-retours plus fréquents entre activité salariale et indépendante.

Alors qu'il faisait, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'objet d'une responsabilité partagée entre le RSI et le réseau de recouvrement du régime général, le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants est exclusivement confié à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et, au niveau local, aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Les travailleurs indépendants sont rattachés au régime d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base du régime général.

Ce transfert s'accompagne de la suppression de la délégation à des organismes conventionnés, c'est-à-dire des mutuelles ou des groupements de sociétés d'assurances, du versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants.

En matière d'assurance vieillesse, seule l'assurance vieillesse de base est transférée au régime général : les régimes d'assurance invalidité-décès et d'assurance vieillesse complémentaire des travailleurs indépendants ne sont pas intégrés au régime général.

- *Le maintien des particularités de la protection sociale des travailleurs indépendants*

Les particularités de la protection sociale des travailleurs indépendants sont maintenues, en particulier l'action sanitaire et sociale, le régime obligatoire de retraite complémentaire et le régime d'invalidité-décès dont ils bénéficient.

Les travailleurs indépendants doivent également bénéficier d'une organisation et d'une gouvernance dédiées au sein du régime général. Un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, doté d'instances régionales, est créé à cet effet. Il sera en particulier chargé de veiller à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes du régime général. Les orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale, déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants, seront également déterminées par ce conseil, la mise en œuvre de cette action étant de la responsabilité de ses instances régionales. Cette nouvelle instance représentative des travailleurs indépendants sera également responsable du pilotage du régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et de la gestion du patrimoine y afférent.

- *Une réforme progressive grâce à une phase transitoire de deux ans*

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une période transitoire d'une durée maximale de deux ans s'ouvrira à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Au cours de cette période, la gestion des différentes missions du RSI doit être progressivement reprise par les caisses du régime général.

La mise en place d'un schéma stratégique d'organisation, établi par l'ACOSS et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), doit permettre d'assurer une bonne articulation des missions effectuées pour les travailleurs indépendants par les différents organismes du régime général.

Un comité de pilotage des opérations est par ailleurs chargé de définir un schéma d'organisation des services, afin d'organiser la période transitoire, en particulier en précisant le cadre général et le calendrier du transfert des différentes missions et activités des caisses du RSI vers les caisses du régime général, ainsi que l'intégration des personnels des caisses du RSI au sein du régime général.

La caisse nationale du RSI et les caisses de base du RSI prennent respectivement la dénomination de Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Pendant la période transitoire, ces caisses continuent d'exercer tout ou partie des missions antérieurement dévolues aux caisses du RSI, pour le compte des caisses du régime général et dans les conditions fixées par le schéma d'organisation des services.

- *Le transfert du personnel du RSI*

Le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les près de 5 000 salariés du RSI continueront d'exercer leurs activités au sein des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, pour passer progressivement sous la responsabilité fonctionnelle des caisses du régime général, qui deviendront leurs employeurs au plus tard en 2020.

Pour chaque salarié, une solution de reprise recueillant son accord sera recherchée. Toutefois, en l'absence de telles solutions ayant recueilli l'accord des salariés, les contrats des salariés concernés doivent être transférés de plein droit à l'organisme du régime général dont les missions et les activités se rapprochent le plus de l'activité antérieure de ces salariés, dans la circonscription où se situe leur lieu de travail.

- ii. La modification des règles d'affiliation à la CIPAV

L'article 11 vise par ailleurs à corriger la segmentation entre les professions artisanales, industrielles et commerciales, d'une part, et certaines professions de services, qui relèvent aujourd'hui du régime des professions libérales, d'autre part, cette segmentation étant source de complexité et de difficultés de gestion.

Il prévoit ainsi d'affilier certaines professions libérales, aujourd'hui affiliées à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV), au régime général d'assurance vieillesse. Sont concernées l'ensemble des professions libérales ne relevant pas de la liste figurant à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

Cet aménagement concerne aussi bien le « flux » – c'est-à-dire les nouveaux micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1, dont l'affiliation se fera obligatoirement au régime général – que le « stock » – c'est-à-dire les actuels micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1. Ces derniers pourront exercer un droit

d'option, en décidant soit de maintenir leur affiliation à la CIPAV, soit de basculer au régime général.

Deux dates d'entrée en vigueur sont prévues pour le « flux » des assurés : à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour les micro-entrepreneurs et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les autres travailleurs indépendants relevant des professions libérales non identifiées à l'article L. 640-1.

iii. La modulation des acomptes de cotisations sociales des travailleurs indépendants

L'article 11 propose enfin, à titre expérimental, de permettre aux travailleurs indépendants qui le souhaitent d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.

***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté soixante amendements à l'article 11.

● Amendements visant à améliorer le pilotage et la phase transitoire de la réforme :

La commission des affaires sociales a tout d'abord adopté un amendement visant à permettre au personnel des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, caisses héritières du RSI, de pouvoir signer, pour le compte du régime général, différents actes liés à la gestion des prestations, pendant la période transitoire de deux ans.

Un amendement présenté par le Gouvernement doit permettre de prolonger le dispositif d'équilibrage financier et comptable de la gestion administrative des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants durant la phase transitoire, au cours de laquelle les différentes missions du RSI seront progressivement reprises par les caisses du régime général.

Les missions dévolues au comité de surveillance de la réforme du RSI ont par ailleurs été précisées par un amendement du Gouvernement. Ce comité sera ainsi chargé de valider chacune des étapes de déploiement de la réforme, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent de transferts de personnels ou lorsqu'elles concernent la mise en production de nouveaux outils informatiques.

Le Gouvernement est également à l'origine de l'adoption d'un amendement visant à mettre en place un médiateur national, désigné par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, et chargé de coordonner l'activité des médiateurs placés auprès de chaque instance régionale.

Enfin, un amendement du rapporteur général a permis d'ajouter la participation des organismes de la branche maladie au schéma stratégique d'organisation, mis en place en vue d'une bonne articulation des missions effectuées pour les travailleurs indépendants par les différents organismes du régime général.

● Amendements clarifiant le rôle et la composition du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants :

Un amendement de la commission a permis d'ajouter, au sein des instances représentatives du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, une représentation des travailleurs indépendants retraités. La composition de l'assemblée générale de ce conseil devra en outre respecter la parité, à la suite de l'adoption d'un amendement de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en Marche (LREM).

Par ailleurs, le Gouvernement est à l'origine d'un amendement visant à réécrire les dispositions relatives aux modalités de mesure de la représentativité des organisations professionnelles amenées à désigner des membres au sein des instances représentatives du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

La commission a également adopté un amendement précisant que les organismes du régime général transmettent au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

Enfin, un amendement du Gouvernement précise que les aides versées en matière d'action sanitaire et sociale par les instances régionales du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ne sont pas nécessairement des aides individuelles.

● Amendements modifiant les règles d'affiliation à la CIPAV :

La liste des professions libérales qui demeureraient affiliées au régime d'assurance vieillesse des professions libérales a été complétée par plusieurs amendements. Relèveraient ainsi de la CIPAV, en plus des professions déjà visées :

– les diététiciens, les experts automobiles, les architectes d'intérieur, les économistes de la construction et les guides conférenciers, à la suite de l'adoption de quatre amendements de la commission ;

– les chiropracteurs, à la suite de l'adoption d'un amendement présenté par le rapporteur général ;

– les guides de haute montagne et les accompagnateurs de moyenne montagne, par l’adoption d’un amendement de M. Martial Saddier, Mmes Emilie Bonnard et Virginie Duby-Muller, et M. Vincent Rolland.

Par ailleurs, afin d’assurer la neutralité financière des nouvelles règles d’affiliation, l’Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement prévoyant que les professions libérales anciennement affiliées à la CIPAV, et transférées au régime général, pourraient conserver le bénéfice de taux de cotisation de retraite complémentaire spécifiques, qui leur seraient applicables sans limitation de durée. Le projet de loi initial prévoyait un maintien de ces taux spécifiques jusqu’au 31 décembre 2026 seulement.

● Amendement visant à étendre l’expérimentation relative à la possibilité de moduler les acomptes de cotisations :

À l’initiative de la commission, l’Assemblée nationale a adopté un amendement visant à prolonger de six mois l’expérimentation relative à la modulation des acomptes de cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. La fin de l’expérimentation, initialement prévue le 31 décembre 2018, est fixée au 30 juin 2019.

● Amendement suspendant les pénalités dues en cas de mauvaise estimation des revenus :

La commission a également adopté un amendement supprimant, pour les exercices 2018 et 2019, la majoration de retard due en cas de mauvaise estimation par le travailleur indépendant de son revenu de l’année en cours, revenu qui sert de base au calcul de ses cotisations et contributions sociales dans le cadre du dispositif du « revenu estimé ». Cet amendement doit permettre d’encourager le recours à ce dispositif.

● Autres amendements :

Un amendement de la commission permet de rappeler, de manière symbolique à l’article L. 200-1 – le premier article du Livre II du code de la sécurité sociale, que les travailleurs indépendants couverts par le régime général sont obligatoirement affiliés au régime général.

Par ailleurs, la possibilité pour tous les travailleurs indépendants de bénéficier de prestations supplémentaires, notamment au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, a été rétablie par un amendement de la commission.

Un amendement présenté par le Gouvernement tend à indiquer dans la loi les modalités de revalorisation des salaires forfaitaires du régime des marins, qui constituent l’assiette de calcul de leurs cotisations sociales.

Le Gouvernement a en outre présenté deux amendements rédactionnels, l'un visant à clarifier l'articulation entre les dispositions relatives à l'assurance invalidité-décès des travailleurs indépendants et des salariés, l'autre réécrivant entièrement les dispositions relatives à l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants.

Enfin, vingt-sept amendements rédactionnels ou corrigeant des erreurs de références, ainsi que neuf amendements de coordination, ont été adoptés à l'initiative du rapporteur général.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté cinquante-huit amendements à l'article 11. Le Gouvernement a donné un avis favorable à l'ensemble de ces amendements, à l'exception de celui visant à maintenir l'affiliation des traducteurs-interprètes à la CIPAV (voir ci-dessous).

● Amendements relatifs au maintien des spécificités de la protection sociale des travailleurs indépendants :

Le Sénat a adopté un amendement de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales, afin de préciser, dans le schéma stratégique d'organisation des services mis en place pour organiser la période transitoire, que les organismes du régime général mettent en place un accueil et un accompagnement dédiés pour les travailleurs indépendants.

Le rapporteur général, dans un autre amendement adopté par le Sénat, a par ailleurs souhaité faire référence, au sein de l'article L. 612-1 *nouveau* du code de la sécurité sociale relatif à la compétence du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants en matière d'action sanitaire et sociale, à l'article L. 612-5 *nouveau* du même code, relatif aux dotations nécessaires à la mise en œuvre de cette action.

Un amendement du Gouvernement a par ailleurs modifié les dispositions relatives au financement de l'action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs indépendants. Il précise ainsi les modalités d'imputation financière, dans les comptes des organismes du régime général qui en assureront l'exécution, des charges relatives aux aides et prestations d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. L'amendement rappelle par ailleurs que le Conseil disposera d'une liberté d'attribution dans le cadre d'une enveloppe globale fixée annuellement.

Pour les années 2018 et 2019, qui sont couvertes par l'actuelle convention d'objectifs et de gestion du RSI, cette enveloppe sera fixée à hauteur des montants qui étaient prévus par cette convention pour l'action sanitaire et sociale.

Enfin, afin d'assurer une continuité entre l'ancien et le nouveau dispositif, l'amendement propose en outre de maintenir, jusqu'à la création du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, le fonds national d'action sociale destiné à aider les travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés à régler leurs cotisations.

● Amendements relatifs au pilotage de la réforme et à la période transitoire :

À l'initiative du rapporteur général, le Sénat a adopté un amendement visant à renforcer le pilotage de la réforme. Cet amendement propose en premier lieu de placer le comité de surveillance, chargé de valider les différentes étapes de déploiement de la réforme, auprès des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, afin que ces deux ministres soient directement responsables du suivi de la réforme. Il propose par ailleurs de permettre au comité de surveillance de demander la réalisation de missions de contrôle aux membres de l'inspection générale des finances ou de l'inspection générale des affaires sociales.

Le rapporteur général est également à l'origine d'un amendement visant à sécuriser la procédure de négociation des accords d'accompagnement des salariés du RSI transférés aux organismes du régime général, conclus entre l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) et les organisations syndicales des salariés du RSI.

Par ailleurs, un amendement du Gouvernement tend à simplifier les dispositions relatives à l'accomplissement des missions exercées au bénéfice des travailleurs indépendants pendant la période transitoire et à faciliter l'exercice des responsabilités confiées dans ce cadre aux caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. La nouvelle rédaction proposée par le Gouvernement permet d'éviter de devoir recourir à une multiplication de délégations entre l'ensemble des organismes nationaux et locaux de sécurité sociale.

● Amendements modifiant les règles d'affiliation à la CIPAV :

Le rapporteur général est à l'origine de deux amendements complétant la liste des professions libérales qui demeureraient affiliées au régime d'assurance vieillesse des professions libérales : l'un ajoutant la profession de maître-d'œuvre à cette liste, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, l'autre ajoutant la profession de traducteur-interprète, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

Le Gouvernement est par ailleurs à l'origine d'un amendement de toilettage des dispositions de l'article 50 de la LFSS pour 2017 relatives aux transferts financiers entre la CIPAV et le RSI résultant de la réforme du périmètre de la CIPAV. Il s'agit de mettre ces dispositions en cohérence avec la redéfinition de l'affiliation de certaines professions libérales proposée par le présent article.



● Amendements relatifs aux membres des instances du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants :

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement relatif à la liste des organisations professionnelles admises à présenter des membres au sein des instances du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Cet amendement permet d'assurer le renouvellement des membres de ces instances sur l'ensemble de la période qui sépare deux mesures successives de représentativité. Dans la rédaction actuelle du projet de loi, de tels renouvellements individuels n'étaient possibles que la dernière année.

Un amendement, présenté par M. Olivier Paccaud et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, vise par ailleurs à préciser que les organisations syndicales de salariés représentatives au sein du RSI, amenées à engager des négociations avec l'Ucanss afin de conclure des accords relatifs au transfert des salariés du RSI, sont représentatives « *au sens de l'article L.2121-1 du code du travail* ». Cet article dresse la liste des critères cumulatifs de représentativité (respect des valeurs républicaines, indépendance, transparence financière, ancienneté minimale de deux ans dans le champ professionnel et géographique couvrant le niveau de négociation, règles d'audience, influence, effectifs d'adhérents et cotisations).

● Amendements relatifs à la possibilité, pour les travailleurs indépendants, de moduler leurs acomptes de cotisations et contributions sociales :

Un amendement du rapporteur général a complété les dispositions relatives à la possibilité, pour les travailleurs indépendants, d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales en fonction de leurs revenus mensuels ou trimestriels. Cet amendement précise tout d'abord que l'ACOSS, au terme de l'expérimentation, propose au Gouvernement des pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Il prévoit par ailleurs que le rapport d'évaluation réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et remis au Parlement « *précise les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants* ». Cet amendement a fait l'objet d'un avis de sagesse du Gouvernement.

● Le Sénat a par ailleurs adopté trente-trois amendements rédactionnels et quatre amendements de coordination du rapporteur général, un amendement rédactionnel du Gouvernement et un amendement du Gouvernement corrigeant une erreur matérielle relative à la composition des conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale.

### 3. La position de la commission

Le rapporteur général propose d'adopter cet article en tenant compte des modifications – pour la plupart rédactionnelles ou quasi-rédactionnelles – opérées par le Sénat.

Toutefois, il est proposé de ne pas maintenir l'affiliation des traducteurs-interprètes au régime de la CIPAV. En effet, la liste des professions ayant vocation à demeurer affiliées à la CIPAV a été déterminée à la suite d'une mission de concertation avec les professions concernées par le transfert. Ces négociations n'ont pas conduit à décider du maintien des traducteurs-interprètes à la CIPAV.

\*

*La commission est saisie des amendements identiques AS56 de M. Joël Aviragnet et AS68 de Mme Éricka Bareigts.*

**Mme Éricka Bareigts.** Cet amendement de suppression est justifié parce que nous estimons que cet article est un cavalier législatif.

En effet, la suppression du régime social des indépendants devrait faire l'objet d'un projet de loi à part entière. Le groupe Nouvelle Gauche appelle de ses vœux un débat approfondi au sein du Parlement sur le sort du régime social des indépendants (RSI), qui ne peut pas être analysé à la marge dans ce PLFSS.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS18 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous avons beaucoup débattu de cet article important au cours de la première lecture. En séance publique, nous démontrerons qu'il s'agit d'un véritable cavalier social – la loi organique du 2 août 2005 le confirmera.

Nous ne sommes pas les avocats du RSI, contrairement à ce que vous affirmez de temps en temps durant les débats. Nous connaissons les difficultés de ce régime et c'est pourquoi nous préconisons des mesures inspirées de travaux parlementaires récents. Nos anciens collègues Fabrice Verdier et Sylviane Bulteau avaient rédigé un rapport à la demande de Manuel Valls et de Michel Sapin. De leur côté, Julien Aubert et Bruno Le Maire avaient rédigé une proposition de loi réformant le RSI.

La semaine dernière, le Sénat a adopté l'article 11 tout en le modifiant. Aujourd'hui, vous modifiez les dispositions adoptées par les sénateurs. Vous êtes dans votre rôle mais nous reviendrons demain sur ce sujet. Dans quelques semaines, des conclusions rétabliront la réalité de cet article 11.

**M. le rapporteur général.** Qu'il s'agisse des règles d'affiliation, du champ des régimes de sécurité sociale, des modalités de recouvrement des cotisations, je ne vois pas ce qui vous fait penser que nous ne sommes pas dans le champ d'une loi de financement de la sécurité sociale. Cet article a la couleur, l'odeur, l'aspect et le goût du PLFSS. Il est important puisqu'il représente le tiers du projet de loi. Il y a toute sa place. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'un cavalier.

Je suis favorable au dispositif que vous proposez dans votre amendement puisque c'est l'objet même du VIII de l'article 11. En revanche, je suis défavorable à votre amendement qui tend à supprimer cet article 11.

Vous parlez de la déconstruction du texte adopté au Sénat. En tant que membre de la commission mixte paritaire, vous avez pu constater que la discussion s'y est déroulée dans un climat extrêmement positif, les participants faisant preuve d'une volonté de co-construire la loi. Les sénateurs n'ont pas supprimé l'article 11 et la réforme du RSI puisqu'ils l'ont adopté dans une version amendée. Adoptant la même démarche constructive, je vous propose de retirer votre amendement, sinon j'émettrai un avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Je maintiens mon amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS125 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Vous vous souvenez, j'en suis sûr, de la liste non exhaustive des professions plus ou moins réglementées, plus ou moins libérales, qui restent affiliées à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV). Dans cette liste où figuraient notamment les guides de haute montagne, les sénateurs ont ajouté les traducteurs-interprètes, avec un avis défavorable du Gouvernement.

Je vous propose de supprimer cette disposition et de revenir au texte initial pour en respecter la philosophie : les micro-entrepreneurs basculent dans le régime général ; les professions réglementées et libérales – au sens propre du terme – restent affiliées à la CIPAV.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS126 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à débaptiser le schéma d'organisation des services (SOS) – au sigle plutôt malheureux – pour le renommer schéma de transformation des services (STS). L'amendement précise aussi le contenu de ce schéma.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle passe à l'amendement AS127 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat a adopté un amendement qui permet au comité de surveillance, chargé de valider les différentes étapes de la réforme, de saisir directement l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF). Je propose que cette saisine se fasse par le biais d'une demande motivée auprès des ministres concernés.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS55 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** Le présent amendement demande une évaluation de la réforme qui vise à adosser le RSI au régime général. Cette évaluation permettrait d'avoir une analyse précise des effets de cette mesure, sachant que le RSI a connu de grandes difficultés opérationnelles lors de sa création.

Ce rapport permettrait d'avoir une vision précise du sort des près de 6 000 salariés qui assurent la gestion du RSI au quotidien.

Enfin, un tel rapport permettrait de préciser les conditions de l'octroi des indemnités chômage aux travailleurs indépendants.

**M. le rapporteur général.** Lors de la première lecture, à la fois en commission et en séance, je vous avais indiqué que le délai d'un an pour remettre le rapport que vous demandez me semblait très court puisqu'il est même inférieur à la durée de la réforme du RSI, qui est de deux ans. Je vous avais proposé de modifier la date de remise du rapport pour que nous puissions discuter de votre amendement au fond. Cette date restant la même, mon avis reste défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 modifié.*

\*

\* \*

*Article 11 bis*

### **Mesures exceptionnelles pour les entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy**

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales du Sénat, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il renforce les facilités de paiement des cotisations et contributions sociales patronales octroyées par instruction ministérielle aux entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy,

après le passage sur ces îles du cyclone Irma, au début du mois de septembre 2017. Son coût est estimé à 20 millions d'euros.

Le **I** prévoit que les employeurs installés dans l'une ou l'autre des îles et y exerçant leur activité au 5 septembre 2017 (date d'arrivée du cyclone) peuvent demander à l'organisme de sécurité sociale dont elles relèvent, avant le 30 avril 2018, un sursis à poursuites pour le règlement de leurs charges patronales (ainsi que des majorations de retard et pénalités afférentes), au titre des périodes postérieures au 1<sup>er</sup> août 2017. La seule formulation de cette demande entraîne immédiatement et de plein droit la suspension des poursuites, jusqu'au 31 octobre 2018. Si les entreprises doivent continuer à remplir leurs obligations déclaratives, les retards de déclaration ne donneront pas lieu à pénalités jusqu'au 31 décembre 2017.

Le **II** prévoit la conclusion d'un plan d'apurement des dettes sociales, conclu entre l'employeur et l'organisme de sécurité sociale entre la date de demande et le terme du sursis à poursuites. L'entrée en vigueur du plan est en principe prévue au 1<sup>er</sup> novembre 2018 au plus tard, mais pourra être reportée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020 en fonction de l'évolution de la situation économique locale. Conclu pour cinq ans maximum, ce plan portera sur l'ensemble des dettes, y compris antérieures au 1<sup>er</sup> août 2017, et pourra prévoir l'abandon de la totalité des pénalités et majorations.

Le **III** prévoit que le plan pourra en outre prévoir un abandon partiel des créances principales, dans la limite de 50 % des sommes dues au titre des rémunérations versées entre le 1<sup>er</sup> août 2017 et le 30 novembre 2018. L'entreprise devra toutefois respecter les échéances du plan d'apurement, et s'acquitter en principe de la part salariale des cotisations.

Le **IV** prévoit la possibilité d'inclure dans le plan les dettes sociales nées entre sa conclusion et le 31 décembre 2018, pour les entreprises faisant face à des difficultés de paiement.

Le **V** prévoit qu'une entreprises bénéficiant d'un sursis de paiement ou ayant conclu un plan d'apurement en application du présent article est considérée comme à jour de ses obligations sociales.

Les employeurs condamnés pour travail illégal ou dissimulé (par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié) ne sont pas éligibles aux dispositions du présent article, remises en cause si la condamnation intervient postérieurement à leur bénéfice (**VI**).

Le **VII** apporte des précisions sur le champ de l'article :

– applicable aux travailleurs indépendants, agricoles, non-agricoles et maritimes, pour les cotisations et contributions légales ;

– non applicable aux sommes dues à la suite d'un contrôle de droit commun ;

– qui entraîne une minoration des droits à pension si les cotisations vieillesse sont réduites par application de ses dispositions.

## **2. La position de la commission**

Le rapporteur général est bien évidemment favorable à l'adoption de cet article en nouvelle lecture, afin de donner aux entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy une respiration nécessaire après la catastrophe naturelle de début septembre.

\*

*La commission adopte l'amendement rédactionnel AS151 du rapporteur général.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 bis **modifié**.*

\*

\* \*

## **CHAPITRE III**

### **Dispositions relatives à la fiscalité comportementale**

#### *Article 12*

### **Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement du rattrapage de la fiscalité applicable en Corse**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article vise à élever le prix de vente au détail des différentes formes de tabac *via* une augmentation de la fiscalité afférente.

Le prix de vente est fixé librement par les fabricants, faisant uniquement l'objet d'une homologation par arrêté ministériel afin d'en garantir l'unicité sur l'ensemble du territoire. Dès lors, l'objectif affiché par le Gouvernement d'un paquet de cigarettes à 10 euros en 2020 ne peut résulter que d'une répercussion de l'augmentation de la fiscalité sur le prix à la vente par les fabricants.

Le dispositif prévoit une augmentation progressive des droits de consommation et du minimum de perception associé. Mise en œuvre en cinq étapes du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 1<sup>er</sup> novembre 2020, cette augmentation sera

différenciée selon le produit consommé afin de limiter les effets de substitution d'une catégorie à une autre.

Au-delà de 2020, un mécanisme de revalorisation des droits de consommation prendra le relais des cinq augmentations précitées. Les parts spécifiques et les minima de perception seront augmentés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, avec l'application d'une indexation sur l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année, publié par l'INSEE.

La hausse attendue du prix de vente du tabac vise à réduire la consommation de tabac, à l'origine de 73 000 décès par an en France. Il s'agit, selon les cas, de dissuader l'entrée ou le retour à la consommation de tabac ou d'inciter à une consommation inférieure. Il s'agit également de rapprocher le prix de vente du coût social induit par le tabac, permettant ainsi d'internaliser une partie des externalités négatives causées par sa consommation.

L'augmentation attendue du prix de vente du tabac devrait générer dès 2018 des recettes estimées à 510 millions pour les administrations de sécurité sociale et 5 millions d'euros pour la collectivité de Corse. L'État devrait également bénéficier de recettes supplémentaires de TVA, estimées à 66 millions d'euros pour cette même année.

Cet article engage également un processus de convergence de la fiscalité du tabac applicable en Corse. L'augmentation des droits de consommation s'appliquera sur ce territoire à un rythme identique – du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 1<sup>er</sup> novembre 2020 – mais à un niveau plus soutenu que sur le continent, afin d'amorcer le rattrapage des prix. L'alignement de la fiscalité ne pourra être achevé qu'au-delà, selon des modalités qu'il reste à définir. Le paquet de vingt cigarettes mis à la vente en Corse passerait ainsi à 5,10 euros à 8 euros en 2020.

#### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture un amendement de la commission visant à associer le ministère de la santé à la signature de l'arrêté de revalorisation des parts spécifiques et des minima de perception au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à compter de 2021, ce mécanisme d'indexation dépassant la seule compétence du ministère du budget.

L'arrêté conjoint des deux ministres est d'ores et déjà prévu à l'article 575 du code général des impôts pour la fixation du prix moyen pondéré de vente au détail établi chaque année, ainsi que pour le relèvement jusqu'à 10 % des minima de perception. En cohérence avec ces dispositions, la modification adoptée vise donc à associer les deux ministères au mécanisme d'indexation annuelle.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement visant à aménager le rythme d'augmentation des droits de consommation applicables aux cigarettes et cigarillos. Le tableau ci-dessous reproduit cet aménagement.

### DROITS DE CONSOMMATION APPLICABLES AUX CIGARES ET CIGARILLOS AUX TERMES DES DEUX RÉDACTIONS DU PROJET DE LOI

CIGARES ET CIGARILLOS								
Échéance	Part proportionnelle (en %)		Part spécifique (en euros, pour 1 000 unités)		Minimum de perception (en euros)			
	Version issue de l'Assemblée	Version issue du Sénat	Version issue de l'Assemblée	Version issue du Sénat	Pour 1000 unités		Pour un paquet de 20 unités	
					Version issue de l'Assemblée	Version issue du Sénat	Version issue de l'Assemblée	Version issue du Sénat
2017 (droit en vigueur)	23		19		92		1,84	
1 <sup>er</sup> mars 2018	30,5	26,9	31,4	24,7	166	143	3,32	2,86
1 <sup>er</sup> avril 2019	32,3	30	38,5	30	192	176	3,84	3,52
1 <sup>er</sup> novembre 2019	33,8	32,3	46,2	35,3	219	205	4,38	4,1
1 <sup>er</sup> avril 2020	34,9	34,3	54,4	41,5	245	237	4,9	4,74
1 <sup>er</sup> novembre 2020	35,9	36,1	63,3	46	271	266	5,42	5,32

Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

## 3. La position de la commission

Il est proposé d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat.

\*

*La commission examine l'amendement AS19 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Carles Grelier.** Nous demandons la suppression de cet article qui tend à porter progressivement le prix d'un paquet de cigarettes à dix euros.

Cela ne signifie pas que nous sommes défavorables à la politique de santé publique qui entend lutter contre ce vrai fléau qu'est le tabagisme, mais nous pensons que l'étalement dans la durée de la mesure lui fait perdre une bonne partie de son efficacité.

En outre, vous omettez deux éléments importants : aucune compensation n'est prévue pour les buralistes, dans l'hypothèse où la mesure serait efficace ;



rien n'est envisagé non plus pour permettre la traçabilité des paquets de cigarettes et éviter le risque de contrebande aux frontières ou par la voie du numérique.

Nous prôtons une vraie politique de prévention, produisant des effets immédiats et non pas au terme d'une durée espérée. C'est pourquoi nous proposons la suppression de cet article et l'élaboration d'un texte mieux préparé et adapté.

**M. le rapporteur général.** Chers collègues, vous dites que vous n'êtes pas contre la lutte contre le tabagisme mais vous proposez la suppression pure et simple de la hausse du prix du tabac. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS101 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'article 12 augmente le prix des produits du tabac, de manière importante et progressive, afin de permettre une baisse de la consommation, de limiter l'entrée dans l'addiction, donc d'éviter des cancers et des décès en lien avec cette consommation.

Cela va dans le sens d'une réponse qu'Emmanuel Macron, alors candidat à l'élection présidentielle, avait adressée en retour à une sollicitation de la Ligue contre le cancer. Il déclarait viser des objectifs de résultats ambitieux dont celui de faire émerger une génération sans tabac.

Le présent amendement propose de renforcer l'efficacité de la mesure en réduisant de cinq à une, le nombre des étapes conduisant à l'augmentation totale. En effet, les augmentations progressives permettent une adaptation de la consommation par rapport au budget des personnes et des ménages et elles ne permettent par une baisse significative de la consommation. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une baisse de la consommation n'est véritablement observée que lors d'augmentations de prix brutales et significatives.

Cet amendement vise donc à faire de la hausse des taxes sur le tabac un véritable outil de santé publique et non pas simplement une façon de profiter des fumeurs pour renflouer les finances sociales.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS72 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur général, vous allez être étonné de mon amendement parce que vous n'étiez pas là l'an dernier. En le soutenant, je mets les chaussons de Mme Delaunay, ancienne ministre et députée, tout à fait engagée dans la lutte contre le tabagisme. Nous avons décidé de créer un Fonds de prévention du tabagisme financé exclusivement par les fabricants des produits du tabac.

L'article 28 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu le financement de ce fonds par une contribution sociale sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac, faisant de ces acteurs économiques les seuls redevables légaux de cette taxe.

La solution finalement retenue pèse donc exclusivement sur les distributeurs, renvoyant aux négociations contractuelles avec les fabricants une éventuelle répercussion du coût de cette taxe. C'est pourquoi nous proposons le remplacement de cette taxe par une augmentation équivalente des droits de consommation spécifiques sur tous les produits du tabac. Vous voyez que nous faisons des propositions pour récupérer des recettes nécessaires à la lutte contre le tabagisme.

**M. le rapporteur général.** Je n'étais pas ici l'année dernière, Monsieur Door, mais je suivais les débats sur le PLFSS avec passion et un peu de mélancolie – c'est vrai ! Je me souviens qu'il avait été proposé de répercuter tout ou partie de la taxe sur les fabricants de tabac. Le Conseil constitutionnel a censuré ce dispositif, ce qui fait que l'esprit de la loi adoptée l'année dernière ne peut être totalement satisfait.

Venons-en à la forme. Il y a un instant, vous proposiez de supprimer toute augmentation du prix du tabac. Dans cet amendement, vous proposez de l'augmenter en intégrant la taxe actuellement afférente aux fournisseurs.

L'outil fiscal est difficile à manipuler. Nous n'avons pas encore d'idée précise du rendement de cette taxe. Une chose est sûre : ce fonds est absolument indispensable car il va permettre de financer toutes les actions de prévention et de faire en sorte que la génération à venir soit la première génération sans tabac.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à votre amendement. Je ne doute pas que vous aurez à cœur de débattre de cette question avec la ministre, demain, dans l'hémicycle.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient alors à l'amendement AS51 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** Le Fonds de lutte contre le tabac est abondé par une contribution sociale sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabacs manufacturés.

L'étude d'impact jointe au présent PLFSS pointe une forte imprévisibilité des comportements des fournisseurs face au caractère inédit de la hausse du prix du tabac. Cette augmentation ayant pour objectif de réduire la consommation de tabac, elle crée en conséquence une insécurité quant à la pérennité des crédits alimentant le Fonds de lutte contre le tabac.

Compte tenu des besoins à la fois de prévention et d'accompagnement des fumeurs, cet amendement vise à sécuriser le montant de la contribution qui alimente ce fonds, en ouvrant la possibilité de moduler chaque année son taux en fonction de l'évolution du chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabacs manufacturés.

**M. le rapporteur général.** Nous ne connaissons que début 2018 le rendement de cette taxe sur les fournisseurs de tabac. Dans ces conditions, il semble difficile d'annoncer que nous allons en augmenter le taux. Avis défavorable

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 12 sans modification.*

\*

\* \*

### *Article 13*

## **Verdissement de la taxe sur les véhicules de société**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

#### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article aménage la taxe sur les véhicules de société (TVS) afin d'inciter à l'utilisation de véhicules moins polluants.

Il procède au verdissement simultané des barèmes fixant les deux composantes de la TVS :

– un premier tarif fixé, selon les cas, en fonction des émissions de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) ou de la puissance fiscale du véhicule ;

– un second tarif déterminé en fonction du type de carburant et de l'année de première mise en circulation, prenant en compte les émissions de polluants atmosphériques.

Il modifie également le régime d'exonération en vigueur, afin notamment d'encourager le recours à des véhicules hybrides combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence.

Le rendement supplémentaire attendu est estimé à 112 millions d'euros en année pleine, s'ajoutant ainsi aux 700 millions d'euros de recettes perçues en 2016 par la branche famille du régime général.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture, en séance, un amendement du rapporteur général corrigeant une erreur rédactionnelle confirmant l'application des deux tarifs distincts aux véhicules mis en circulation pour la première fois en 2001.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté deux amendements identiques de MM. Yves Daudigny (groupe Socialiste et républicain) et Yves Détraigne (groupe Union centriste), ayant reçu un avis défavorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Ils visent à élargir le bénéfice de l'exonération de première part de TVS aux véhicules combinant l'énergie électrique et le superéthanol-E85.

Le droit en vigueur ouvre une telle exonération aux véhicules hybrides – combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole – et ceux combinant l'essence à du gaz naturel carburant ou du gaz de pétrole liquéfié lorsqu'ils émettent moins de 110 grammes de CO<sub>2</sub> par kilomètre parcouru.

Aux termes de la rédaction initiale de l'article 13, cette exonération subsisterait pour les seuls véhicules hybrides électricité-essence et ceux combinant l'essence à du gaz naturel carburant ou du gaz de pétrole liquéfié dont les émissions sont inférieures ou égales à 100 g/km. Afin de renforcer son attractivité, sa durée serait portée de huit à douze trimestres et deviendrait définitive pour les véhicules hybrides dont les émissions de CO<sub>2</sub> sont inférieures ou égales à 60 grammes par kilomètre parcouru.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.

\*

*La commission examine l'amendement ASI02 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Alors que la lutte contre le réchauffement climatique revêt un caractère impérieux, en raison notamment de problématiques de santé publique, l'article 13 du projet de loi favorise les entreprises qui ont les moyens d'acheter des voitures de société hybrides et électriques onéreuses et défavorise celles qui n'en ont pas les moyens. Nous souhaitons, quant à nous, rompre avec ce modèle productiviste qui creuse les inégalités en proposant de flécher les recettes de la taxe sur les véhicules de société de manière à favoriser les transports collectifs et les modes de transport doux. Les petites entreprises désireuses d'en faire bénéficier leurs employés seraient ainsi mieux soutenues.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 13 sans modification.*

\*  
\* \*

#### *Article 13 bis*

### **Modification des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, des groupes La République En Marche, Mouvement Démocrate, Gauche Démocrate et Républicaine, ainsi que de plusieurs députés des groupes Les Républicains et Nouvelle Gauche, l'Assemblée nationale a adopté cet article additionnel qui a pour objet principal de modifier les modalités de taxation des boissons contenant des sucres ajoutés.

En l'état du droit, ces boissons sont en effet soumises à une contribution, fixée à 7,53 euros par hectolitre, qui ne tient pas compte de la quantité de sucres ajoutés contenue dans la boisson concernée. Une contribution identique, mais non cumulable, s'applique aux boissons contenant des édulcorants de synthèse.

Cette taxation de rendement est insatisfaisante, d'une part, au regard des enjeux de santé publique posés par la consommation de sucre, et singulièrement par la consommation de boissons très sucrées, notamment chez les plus jeunes et, d'autre part, au regard des efforts réalisés par les entreprises pour diminuer la quantité de sucres ajoutés dans leurs boissons, lesquels n'entraînent aucune diminution du niveau de taxation.

En conséquence, cet article lui substitue une nouvelle taxe modulée en fonction de la quantité de sucres contenue dans la boisson. Afin que ce dispositif soit aussi incitatif que possible, il est lissé sous forme d'une taxation marginale croissante.

En vue d'éviter des effets de substitution entre sucres ajoutés et édulcorants de synthèse, soit pour maintenir un goût sucré très prononcé (substitution d'édulcorants de synthèse aux sucres ajoutés), soit pour bénéficier des effets positifs de la modulation de la taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés (ajouts d'une faible quantité de sucres ajoutés à une boisson contenant des édulcorants de synthèse), les contributions sur les boissons contenant des sucres ajoutés et sur celles contenant des édulcorants de synthèse ont été rendues cumulables. Le niveau de la seconde a été réduit pour maintenir un niveau raisonnable de prélèvements sur des boissons souvent peu onéreuses.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l'initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, un amendement supprimant le droit spécifique prévu à l'article 520A du code général des impôts applicable aux boissons non alcoolisées, cette perte de recettes étant supposément couverte par la hausse résultant du nouveau barème.

## 3. La position de la commission

Si le rapporteur général se félicite du soutien du Sénat au principe d'une modulation de la taxe sur les boissons sucrées, il ne peut soutenir l'initiative tendant à supprimer le droit spécifique sur les boissons non alcoolisées. Il semble en effet plus prudent à ce stade de maintenir cette recette du régime agricole qui ne pose aucun problème majeur, dans la perspective d'une remise à plat plus globale à moyen terme de l'ensemble des impositions sur les boissons.

Par ailleurs, après des échanges avec l'ensemble des parties prenantes, le rapporteur général souhaite apporter deux améliorations au dispositif :

– le dispositif de calcul marginal adopté en première lecture pouvant susciter ambiguïtés peu souhaitables en matière de fiscalité incitative, il conviendrait, dans un souci de clarté, de revoir la rédaction afin d'associer à chaque niveau de sucres ajoutés une taxation applicable ;

– le barème initialement prévu se révèle, en l'état des connaissances dont disposent les services du Gouvernement sur l'assiette de la taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés, trop éloigné de l'objectif annoncé d'une réforme sans effets excessifs de rendement ; il s'agirait donc de procéder à un ajustement qui laisserait une marge en cas de diminution des recettes dues aux effets recherchés de reformulation des produits.

\*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS130 du rapporteur général, AS14 de M. Dino Cinieri et AS39 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. le rapporteur général.** Par cet amendement, nous vous proposons, après une concertation avec les industriels et des échanges avec l'ensemble des parties prenantes, d'ajuster le barème retenu pour la taxation des boissons contenant des sucres ajoutés. Ce faisant, nous respectons notre engagement d'éviter que la taxe ne produise un rendement fiscal supplémentaire ; l'objectif est, en effet, de transformer une taxe aveugle en une taxe intelligente, qui incite les industriels à reformuler les boissons concernées. Je suis satisfait de la qualité des échanges que nous avons depuis plusieurs semaines avec l'ensemble des acteurs de la filière. Cette nouvelle mouture de la taxe « soda » est de nature à répondre pleinement aux objectifs que nous nous sommes fixés en matière de santé publique.

**M. Jean-Pierre Door.** J'ai le sentiment que l'amendement AS39 va dans le même sens que le vôtre, monsieur le rapporteur général. Du reste, nous vous avons soutenu dans votre démarche, en première lecture. Nous avons également entendu les réactions des industriels. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement par lequel nous proposons que la hausse de la taxe soit plus raisonnable pour les industriels, tout en incitant ceux-ci à réduire considérablement la part de sucre dans les boissons. Notre amendement est-il plus ou moins sévère que le vôtre ? Des calculs seraient nécessaires pour le savoir. En tout état de cause, s'il va dans le même sens, nous le retirerons.

**M. le rapporteur général.** Je ne sais pas si l'on doit parler de sévérité. En tout cas, le barème que vous proposez est un peu inférieur au mien s'agissant des boissons les plus sucrées. Pour cette raison, je préfère mon amendement au vôtre car, pour le reste, nous proposons un barème identique pour une grande majorité des taux de sucre.

L'objectif est d'inciter les industriels à reformuler les boissons, c'est-à-dire à réduire leur taux de sucre. Une réduction, si petite soit-elle, entraînera une diminution de la taxation, de sorte que cette mesure sera incitative. Entre la première et la nouvelle lecture – je salue, à ce propos, l'adoption par les sénateurs de cette taxe « soda » –, il nous a fallu nous assurer que le rendement n'était pas excessif tout en anticipant la diminution du taux de sucre de ces boissons, donc du produit de la taxe, qui permet de financer la branche maladie de la Mutualité sociale agricole (MSA). Il paraissait important de préserver cet équilibre. Cela étant, nos amendements sont très proches, monsieur Door.

**Mme Annie Vidal.** J'ai rencontré un certain nombre de producteurs qui, en raison de la fiscalité, ont déjà décidé d'abaisser la teneur en sucres ajoutés de leurs boissons de 11 à 8,5 grammes. Je confirme donc le caractère incitatif de la taxe.

*Les amendements AS14 et AS39 sont retirés.*

*La commission adopte l'amendement AS130.*

*En conséquence, l'article 13 bis est ainsi rédigé.*

\*

\* \*

## CHAPITRE IV

### Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

#### *Article 14 bis*

#### **Exclure les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sur les ventes en gros**

##### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article a été adopté par le Sénat malgré, sur proposition de sénateurs issus de divers groupes politiques et malgré l'avis défavorable du Gouvernement, lors de l'examen du texte en séance publique. Il vise à exonérer les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sur les ventes de médicaments en gros afin de soutenir le secteur des grossistes-répartiteurs en proie à des difficultés économiques.

##### **2. La position de la commission**

Cette mesure avait été discutée à l'Assemblée nationale en première lecture et avait été rejetée pour trois motifs :

– le caractère coûteux pour l'assurance maladie (60 millions d'euros de perte de recettes) ;

– l'absence d'effet sur le développement des médicaments génériques, d'autres leviers pouvant être privilégiés à cet effet, comme la prescription ou la substitution ;

– l'exclusion des génériques de l'assiette de cette contribution n'apporterait aucun avantage aux grossistes-répartiteurs en favorisant tout autant la vente directe.

Cela étant, le rapporteur reste sensible à la situation économique des grossistes-répartiteurs. D'autres solutions pourraient être trouvées pour maintenir la viabilité de leur modèle économique.

Il est ainsi proposé de supprimer cet article.

\*

*La commission examine l'amendement AS142 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'article 14 *bis* exclut les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sur les ventes en gros. Cette disposition avait été rejetée en première lecture, pour les trois motifs suivants : son caractère coûteux pour l'assurance maladie, puisqu'elle représente une perte de recettes de 60 millions d'euros ; l'absence d'effets sur le développement des médicaments



génériques, d'autres leviers pouvant être privilégiés, comme la prescription ou la substitution ; enfin, l'exclusion des génériques de l'assiette de cette contribution n'apporterait aucun avantage aux grossistes répartiteurs puisqu'elle favoriserait la vente directe, à leur détriment. Je vous propose donc de supprimer cette disposition.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 14 bis est **supprimé**.*

\*

\* \*

## CHAPITRE V

### **Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement**

#### *Article 16*

### **Modernisation du recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article fiabilise le recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs en confiant cette mission aux URSSAF et instaure le principe d'une affiliation « au premier euro cotisé », ouvrant ainsi de nouveaux droits pour l'avenir aux artistes qui étaient soumis au régime de l'assujettissement dans l'état antérieur du droit.

Outre un amendement de précision de la commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative de Mme Émilie Cariou (République en Marche) incluant les organismes de gestion collective (SACD, SACEM) dans les commissions professionnelles qui prononcent un avis sur l'affiliation au régime spécifique des artistes auteurs.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté cet article, sous réserve d'un amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales ayant recueilli un avis de sagesse du Gouvernement qui supprime la participation des organismes de gestion collective aux commissions professionnelles précitées.

#### **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission examine l'amendement ASI03 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Cet amendement tend à réaffirmer l'élection comme mode de désignation des membres des conseils d'administration, seules élections professionnelles existantes pour les artistes auteurs, et à instituer un conseil de la protection sociale des artistes auteurs chargé de régler par ses délibérations les affaires de l'organisme collecteur. Il permettrait ainsi de rapprocher les artistes auteurs du régime général, dont les caisses et organismes de sécurité sociale sont pilotés par un conseil d'administration composé des représentants des organisations professionnelles concernées.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 16 sans modification.*

\*

\* \*

#### *Article 16 bis*

### **Modifications relatives à la protection maladie universelle**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article, adopté en séance publique à l'initiative du Gouvernement, vise plusieurs objectifs.

Le **1° du I** supprime le droit d'option du conjoint inactif pour le régime de son époux, partenaire ou concubin, qui était peu utilisé.

Le **a) du 2° du I** modifie les conditions dans lesquels un assuré social est fondé à modifier son régime de rattachement : une quotité minimale de travail sera requise pour bénéficier de la mutation automatique.

Le **b) du 2° du I** modifie les conditions requises pour bénéficier de la mutation automatique. Celle-ci ne s'appliquera plus au bénéficiaire débutant une activité qui le ferait relever du régime des cultes. L'article L. 160-18 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement pour 2017, entretient en effet une confusion : il prévoit les situations dans lesquelles l'assuré change automatiquement de régime de sécurité sociale y compris lorsque son activité le ferait relever du régime des cultes. Dès lors, le régime des cultes l'emporterait sur les autres régimes de l'assuré ce qui n'était pas l'objet recherché.

Le **3° du I** modifie le régime de liquidation unique des indemnités journalières des assurés justifiant de contrats relevant du régime général ou du régime salarié agricole : il supprime ainsi les conditions de durée du contrat.

Enfin, le **II** modifie les règles d'affiliation des entrepreneurs salariés et salariés associés. Il leur permet de s'affilier au régime de protection sociale des salariés des professions agricoles lorsqu'ils exercent une activité agricole alors qu'ils relèvent aujourd'hui du régime général. Cette modification concerne aussi le régime des AT-MP.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Sur proposition de sa commission, le Sénat a adopté un amendement de coordination lors de l'examen de l'article en séance publique.

## **3. La position de la commission**

Il est proposé d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte cet article sans modification.*

\*

\* \*

### *Article 16 quater*

## **Affiliation des gens de mer à un régime d'assurance vieillesse**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article additionnel adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, à l'initiative de Mme Monica Michel (Groupe La République En Marche) et avec un avis favorable du Gouvernement, vise à conditionner la possibilité pour les marins résidant en France et travaillant comme salariés sur un navire battant pavillon d'un État étranger de rester affiliés au régime d'assurance vieillesse de cet État à ce que la protection offerte par sa législation soit équivalente à celle que leur offre la législation sociale française.

L'éventuelle affiliation au régime français des marins emporte par un jeu de renvoi avec les articles L. 311-2 et L. 311-3 l'affiliation des assurés concernés pour l'ensemble des risques. Aussi, le principe d'équivalence est apprécié par rapport à l'ensemble de ces risques.

Ce principe d'équivalence ne s'applique pas :

– aux États soumis aux règlements de l’Union européenne ni aux États liés avec la France par un accord international de sécurité sociale (notamment l’accord sur l’Espace économique européen) (article L. 5551-1 du code des transports et 34° du L. 311-3 du code de la sécurité sociale) ;

– aux gens de mer employés sur un navire pratiquant le cabotage français au sens de l’article L. 5561-1 du code des transports et 34° du L. 311-3 du code de la sécurité sociale).

En l’absence d’une telle équivalence des législations, les marins sont affiliés au régime spécial d’assurance vieillesse de l’établissement national des invalides de la marine (ENIM).

Les affiliations à l’ENIM prononcées sur le fondement de l’état du droit antérieur ne pourront être remises en cause rétroactivement, sauf demande expresse du marin salarié démontrant qu’il bénéficie d’une protection équivalente dans la législation de l’État du navire sur lequel il est embarqué.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel à l’initiative de sa commission des affaires sociales.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d’adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte cet article sans modification.*

\*

\* \*

### *Article 17 bis*

## **Extension de la limite de contrôle des URSSAF pour les entreprises comprenant jusqu’à cinquante salariés**

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté, en séance publique, à l’initiative de M. Gruny et de ses collègues du groupe Les Républicains, contre l’avis du Gouvernement, cet article additionnel qui vise à étendre aux entreprises de moins de cinquante salariés la limite du contrôle par les agents en charge du recouvrement – trois mois entre le début effectif de celui-ci et la lettre d’observations – jusqu’ici réservée aux entreprises de moins de dix salariés.

## 2. La position de la commission

En cohérence avec la position de la commission des affaires sociales en première lecture en séance sur des amendements similaires, le rapporteur général propose de supprimer cet article qui méconnaît l'intérêt d'un contrôle approfondi pour des entreprises de taille plus importante.

\*

*La commission examine l'amendement AS131 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Par cet amendement, je vous propose de supprimer l'article 17 bis, qui vise à limiter à trois mois le contrôle URSSAF pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, pour les très petites entreprises de moins de 10 salariés, le contrôle ne prend que quelques jours, au pire quelques semaines ; s'il se prolonge au-delà de trois mois, il y a nécessairement un dysfonctionnement dans le recouvrement. Pour une entreprise plus importante, le contrôle de trois mois est parfois nécessaire. Cette disposition pourrait donc obliger les inspecteurs à faire vite, trop vite, au risque de faire mal car ils n'auraient plus le temps d'avoir des échanges suffisants avec le cotisant. L'effet obtenu serait ainsi contraire au but recherché.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 17 bis est supprimé.*

\*

\* \*

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

### *Article 18*

#### **Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale**

##### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

###### ***a. Le projet de loi initial***

● Cet article a pour objet principal de tirer les conséquences de la « bascule » opérée par l'article 7, qui supprime les cotisations salariales maladie et chômage et augmente en compensation les taux de contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point.

L'augmentation de la CSG produit un rendement de 22,4 milliards d'euros.

La suppression de la cotisation maladie produit une perte de 4,8 milliards et celle de la cotisation chômage une perte de 9,4 milliards en 2018 ; année au titre de laquelle c'est la sécurité sociale, et plus spécifiquement l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui compensera à l'euro près la perte de la cotisation chômage à l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC). La bascule coûtera 2,5 milliards d'euros de plus, essentiellement au titre du renforcement des allègements de cotisation famille et maladie des indépendants, non assujettis à la cotisation chômage mais auxquels le Gouvernement entend néanmoins redonner du pouvoir d'achat.

Au total, la bascule génère donc un surplus de recettes spontané de 5,9 milliards d'euros (après des arrondis significatifs).

Ce surplus est amputé de 1,6 milliard d'euros par plusieurs éléments :

– la disparition de recettes non pérennes perçues uniquement en 2017 (1,3 milliard) ;

– le transfert de dépenses de l'État vers la sécurité sociale (300 millions).

Les 4,3 milliards de surplus net sont restitués à l'État, afin notamment de permettre de compenser aux fonctionnaires, non assujettis aux cotisations supprimées, l'augmentation de CSG.

Cette restitution empruntera deux canaux :

– la réduction de la quotité de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale (1,7 milliard) ;

– l'affectation à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital (2,6 milliards), actuellement affecté au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le FSV, qui percevra 2,1 milliards de CSG en plus, sera donc perdant net en 2018, à hauteur de 500 millions d'euros.

• Ces mouvements ont toutes choses égales par ailleurs pour effet de « surcompenser » la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à hauteur de 1,7 milliard d'euros et de « sous-compenser » la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) à la même hauteur, la CNAM étant la principale bénéficiaire de l'augmentation de la CSG.

Cette différence de 1,7 milliard d'euros est partiellement compensée, à hauteur de 1,4 milliard d'euros, par une nouvelle répartition du produit de la taxe sur les salaires. La CNAM conservera le produit du « verdissement » de la taxe sur les véhicules de société, auquel procède l'article 12 (100 millions d'euros), et la CNAF, en meilleure santé financière que la CNAM, supportera à hauteur de 200 millions d'euros le défaut de compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), créé par la loi de finances rectificative pour 2016.

• Cet article contient par ailleurs deux mesures ayant un effet direct sur l'équilibre des comptes tel qu'il vient d'être brièvement décrit :

– un toilettage des règles relatives aux frais d'assiette et de recouvrement (FAR), qui coûtera 150 millions d'euros à la sécurité sociale en 2018. En l'état du droit, la base juridique des FAR est obsolète, et ils sont appliqués diversement selon l'administration de l'État qui recouvre les impôts affectés à la sécurité sociale, ou selon l'affectataire de la ressource. Cette disparité ne répond à aucune logique, et l'objectif du Gouvernement est de fixer un taux de FAR de 0,5 % sur tous les impôts recouverts par l'État pour le compte de la sécurité sociale ;

– la mention expresse dans la loi du fait que quatre dispositifs d'allègements de prélèvements sociaux ne sont pas compensés à la sécurité sociale, par dérogation au principe général de compensation posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (CITS, exonération de taxe sur les salaires des impatriés par la loi de finances pour 2017, suppression de la dernière tranche de taxe sur les salaires par l'article 44 du projet de loi de finances – PLF – pour 2018, doublement des seuils d'éligibilité aux régimes micro-fiscal et micro-social par l'article 10 du même PLF).

• Cet article procède ensuite à une série de modifications d'organismes particuliers, sans effets autres qu'internes à la sécurité sociale.

Premièrement, il modifie les modalités de financement du Fonds CMU, qui prend en charge la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) en remboursant les organismes de sécurité sociale :

– révision des modalités d'indexation du forfait servant de base au remboursement, car ce forfait tend à être supérieur aux frais réellement engagés ;

– ajustement au plus près des besoins de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) affectée au Fonds, afin que le surplus alimente la CNAM ;

– prélèvement de 150 millions d'euros sur les réserves du Fonds en 2018, au profit de la CNAM encore.

Deuxièmement, il réorganise l'affectation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), afin de mieux répondre à ses besoins de financement prioritaires et d'éviter des prélèvements sur ses réserves.

Troisièmement, il isole le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dans le régime spécial de sécurité sociale des marins, de sorte qu'il ne soit plus confondu avec le risque maladie, et qu'il soit pris en charge par la branche AT-MP du régime général (auquel le régime des marins est intégré), et non plus par la CNAM.

Quatrièmement, il affecte au régime complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles le produit de la taxe sur les farines alimentaires, aujourd'hui affecté à la branche vieillesse du régime de base des non-salariés agricoles, afin de financer le déficit de trésorerie du RCO.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

● À l'initiative du rapporteur général, et avec l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée a adopté un amendement de précision et un amendement tirant les conséquences de l'article 4 *bis*, résultant lui-même de l'adoption d'un amendement du rapporteur général (cf. commentaire *supra*). L'Assemblée a en outre adopté pas moins de six amendements du Gouvernement, dans l'ensemble plus complexes, avec un avis favorable du rapporteur général ; les développements qui suivent présentent chacun de ces amendements, de nature variée.

● Le 7° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale affecte le produit du droit de consommation sur les tabacs, pour 99,75 % à la CNAM et pour 0,25 % au régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac (RAVGDT). Le Gouvernement a fait adopter un amendement portant de 0,25 à 0,44 % la fraction affectée au RAVGDT. Il s'agit de poursuivre un mouvement engagé dans la loi de finances pour 2016 <sup>(1)</sup>, consistant à transférer de l'État à la sécurité sociale le financement de ce régime de retraite complémentaire.

● Le produit de la TSA est affecté pour l'essentiel au Fonds CMU, et pour le solde à la CNAM. Le II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale assujettit certains contrats d'assurance maladie complémentaire à la TSA à des taux dérogatoires du taux de droit commun, fixé à 13,27 %.

Le 3° de ce II *bis* prévoit ainsi un taux de 14 % sur les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

L'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement indique que sont notamment redevables de la TSA à 14 % – collectée par les organismes complémentaires – les « *travailleurs frontaliers qui résident en France mais qui, du fait de l'exercice de leur activité professionnelle, sont affiliés dans un autre État membre de l'Union européenne* ». Or, dans son arrêt *De Ruyter* du 26 février 2015 <sup>(2)</sup>, la Cour de Justice de l'Union européenne a jugé qu'une personne non affiliée à un régime de sécurité sociale en France ne saurait être assujettie à des prélèvements sociaux finançant des organismes « contributifs ». Tirant les conséquences de cette jurisprudence, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 <sup>(3)</sup> a affecté à des organismes « non contributifs », au premier rang

---

(1) Article 71 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015.

(2) Affaire C-623/13.

(3) Article 24 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.



desquels le FSV, le produit des contributions pesant sur les non-résidents non-affiliés.

Afin de parachever la mise en conformité de notre droit avec celui de l'Union, l'amendement adopté affecte au seul Fonds CMU, qui assume des dépenses de solidarité et non des prestations contributives, l'intégralité du produit de la TSA due en application du II *bis* de l'article L. 862-4<sup>(1)</sup>.

- L'Assemblée a adopté un amendement du Gouvernement complétant les missions de l'ACOSS, chargée de prendre en charge le coût de la réduction des cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire, prévue par les articles 7 et 8, au profit de l'UNÉDIC et des régimes AGIRC-ARRCO<sup>(2)</sup>.

- Le Gouvernement a souhaité que la CNSA participe en 2018, à hauteur de 20 millions d'euros maximum, au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, comme en 2016<sup>(3)</sup>.

- L'Assemblée a adopté une dérogation supplémentaire au principe de non-compensation posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, s'agissant d'une exonération de contribution sociale sur les indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail d'un commun accord, elle-même instaurée par amendement du Gouvernement au PLF 2018.

- Enfin, le Gouvernement a fait adopter un amendement complexe sur les modalités de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Selon l'exposé sommaire, les Européens résidant en France et titulaires d'une pension versée par leur État d'origine peuvent bénéficier de l'APA, mais son coût doit en principe être assumé par cet État et non par la France. Or, en l'état du droit, les dépenses d'APA ne sont pas facturées aux États étrangers. Il s'agit donc de « *créer un circuit financier interne à la France permettant à la [CNAM] de recouvrer les dettes étrangères [en question], de les transférer à la [CNSA] qui pourra ensuite les reverser aux conseils départementaux* », chargés du versement de l'APA.

La section II de la CNSA, chargée du financement de l'APA, se voit en conséquence attribuer une nouvelle ressource : une contribution annuelle versée par la CNAM et correspondant au remboursement par les États européens<sup>(4)</sup> des sommes attribuées au titre de l'APA par les départements<sup>(5)</sup> « *aux titulaires des prestations sociales les faisant relever de la compétence de ces États en matière d'assurance maladie* ».

---

(1) Et non du seul 3°, pour des raisons de simplicité.

(2) Association générale des institutions de retraite des cadres et Association des régimes de retraite complémentaire.

(3) Article 3 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(4) Définis comme les États de l'Union, les autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse.

(5) Qui servent l'APA à ses bénéficiaires.

Symétriquement, la liste des charges de la section II est élargie à la nouvelle contribution, reversée aux départements, donc.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l’initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté six amendements à cet article, dont deux purement rédactionnels.

Un troisième amendement<sup>(1)</sup> prévoit, outre des modifications rédactionnelles, que le produit de TSA affecté au Fonds CMU est défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, afin que le principe d’affectation au plus près des besoins (cf. *supra*) soit bien respecté.

Un quatrième amendement, ayant également reçu l’avis favorable du Gouvernement, abroge le 10<sup>o</sup> de l’article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui permet au FSV de financer des avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l’ensemble des régimes. Selon l’exposé sommaire de l’amendement, cette disposition, qui a permis la prise en charge d’une prime exceptionnelle de 40 euros au profit des retraités, ne se justifie plus compte tenu de la situation financière dégradée du FSV.

Un cinquième amendement, adopté contre l’avis du Gouvernement, affecte au RCO le droit de consommation sur les produits intermédiaires entrant dans la fabrication des boissons alcoolisées<sup>(2)</sup>, en lieu et place de la taxe sur les farines alimentaires, supprimée.

Le dernier amendement, de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants – République et territoires, adopté avec un avis de sagesse de la Commission et un avis défavorable du Gouvernement, supprime de l’article 18 l’ensemble des dispositions relatives à la CNSA.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général souhaite que l’Assemblée reprenne en nouvelle lecture les modifications formelles utilement apportées par le Sénat, mais entend revenir à la rédaction de l’Assemblée, par cohérence avec les votes émis en première lecture, s’agissant :

– d’une part, de l’affectation au RCO de la taxe sur les farines alimentaires ;

– de l’ensemble des dispositions de l’article relatives à la CNSA.

\*

---

(1) *Adopté avec l’avis favorable du Gouvernement.*

(2) *Article 402 bis du code général des impôts.*

*La commission examine l'amendement AS122 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Par cet amendement, je vous propose de rétablir les dispositions de l'article 18 relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) supprimées par le Sénat.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS123 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Par cet amendement, je vous propose de rétablir la taxe sur les farines, supprimée par le Sénat, et l'affectation de son produit au régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles. Certes, cette taxe est jugée depuis longtemps comme peu cohérente et peu utile, mais sa suppression entraînerait une perte de recettes de 70 millions d'euros pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et je ne peux pas prendre la responsabilité de déstabiliser ainsi le budget de la protection sociale agricole. Nous pourrions néanmoins en débattre en séance publique. En tout état de cause, je vous propose de revenir à la version que nous avons adoptée en première lecture.

**M. Pierre Dharréville.** Cette question a déjà fait l'objet, en première lecture, d'un débat qui avait fait apparaître que la suppression de cette taxe affecterait les retraites agricoles. Je souscris donc à l'amendement du rapporteur général.

*La commission adopte l'amendement puis l'amendement rédactionnel AS124 du rapporteur général.*

*Elle adopte ensuite l'article 18 modifié.*

\*  
\* \*

*Article 18 bis*

### **Transfert à la CNRACL des réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement présenté en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il transfère, d'ici le 30 avril 2018, les réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité (FCCPA) à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales (CNRACL).

### ***a. L’extinction progressive du dispositif de cessation progressive d’activité***

La cessation progressive d’activité (CPA) constitue un dispositif de réduction partielle d’activité ouvert aux agents de la fonction publique territoriale par l’ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 relative à la cessation progressive d’activité des agents titulaires des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif. La CPA constitue l’équivalent pour le secteur public du dispositif de retraite progressive applicable au privé.

L’accès à ce dispositif a été fermé par la réforme des retraites du 9 novembre 2010 <sup>(1)</sup> à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

### ***b. Le transfert des réserves à la CNRACL***

Les dépenses générées par la cessation progressive d’activité étaient prises en charge par le fonds de compensation de la CPA (FCCPA). Géré par la Caisse des dépôts et consignations, ce fonds était financé à partir des contributions des employeurs des bénéficiaires de la CPA, assises sur les rémunérations des agents.

Le FCCPA dispose aujourd’hui d’un reliquat de trésorerie estimé à 29,5 millions d’euros. L’article 18 *bis* propose de transférer cette somme à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) souffrant de perspectives financières dégradées <sup>(2)</sup>.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l’initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

## **3. La position de la commission**

Il est proposé d’adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat.

\*

*La commission adopte cet article sans modification.*

*Puis elle adopte la troisième partie du projet de loi.*

\*

\* \*

---

(1) Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

(2) Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017 prévoit ainsi un déficit de la CNRACL de près de 500 millions d’euros en 2018.

**QUATRIÈME PARTIE**  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018**

**TITRE I<sup>ER</sup>**  
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE**

*Article 25*

**Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles monoparentales**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

***a. Le projet de loi initial***

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux parents qui recourent à un mode d'accueil individuel pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans.

Il existe deux types de CMG : le CMG « emploi direct », versé aux parents qui emploient un assistant maternel ou une garde à domicile, et le CMG « structure », versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche.

Le barème du CMG comporte trois tranches de revenus, dont les plafonds varient en fonction du nombre d'enfants à charge. Dans tous les cas, le montant de l'aide financière ne peut dépasser 85 % de la rémunération nette de l'assistant maternel ou de la garde à domicile (CMG « emploi direct ») ou du montant versé à l'association, à l'entreprise ou à la micro-crèche (CMG « structure »).

En l'état du droit, le montant du CMG peut être majoré dans deux cas : lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques et lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'article 25 propose d'étendre cette possibilité de majoration du montant maximal du CMG pour les familles monoparentales. Cette augmentation, qui doit être fixée par décret, doit être, d'après les engagements pris par le Gouvernement, égale à 30 %. Elle bénéficierait à 53 % des familles monoparentales déjà bénéficiaires du CMG, soit potentiellement près de 44 000 familles, pour un gain mensuel moyen de 70 euros par enfant gardé.

L'article 25 prévoit par ailleurs d'étendre les dispositions législatives actuelles relatives au CMG, ainsi que la majoration du plafond de l'aide pour les familles monoparentales, à Saint-Pierre-et Miquelon.

Cet article doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2018 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Outre deux amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement destiné à simplifier les modalités de versement du CMG, dans le prolongement des dispositions adoptées par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017.

En effet, l'article 42 de la dernière LFSS a modifié l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale afin d'améliorer la lisibilité, pour le particulier employeur, du circuit de paiement du CMG « emploi direct », versé pour l'emploi d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile.

Les deux composantes du CMG n'ont pas été modifiées : cette aide comprend ainsi :

– le CMG « exonération », correspondant à une exonération totale ou partielle de cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui garde l'enfant, calculée par Pajemploi ;

– le CMG « rémunération », correspondant à une aide calculée en fonction de la rémunération nette, versée à ce salarié par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la caisse de la mutualité sociale agricole (MSA).

L'article 42 précité a en revanche modifié les modalités d'imputation du CMG en affectant en priorité ce montant d'aide à la couverture des cotisations et contributions sociales restant à la charge du particulier employeur. Ainsi, une partie du volet « rémunération » est versée par la CAF (ou la caisse MSA) à Pajemploi, dans la limite du montant total des cotisations et contributions sociales dues. Le cas échéant, le reliquat de CMG « rémunération » est versé par la CAF au particulier employeur. Dans le cas où l'apport du volet « rémunération » ne permet pas de couvrir la totalité des cotisations et contributions sociales dues, le solde est prélevé par Pajemploi auprès du particulier employeur.

Sans revenir sur le principe d'une aide calculée d'une part en fonction des cotisations et contributions sociales et d'autre part de la rémunération versée à la personne employée, l'article 42 permet d'améliorer la lisibilité des aides versées, en évitant des logiques de cascades intégrant à chaque étape des restes à charge.

L'amendement du Gouvernement à l'article 25 du présent projet de loi poursuit trois objectifs :

- Il propose tout d'abord de poursuivre la simplification du versement du CMG engagée par l'article 42 précité. Dans l'état actuel du texte, c'est à la CAF ou à la caisse MSA de verser le reliquat de CMG « rémunération » lorsque celui-ci excède les cotisations restant dues. Dans le cas contraire où l'apport du volet

« rémunération » ne permettrait pas de couvrir la totalité des cotisations et contributions sociales dues, le solde est prélevé par Pajemploi. Partant du constat qu’il est plus rationnel de confier à un seul organisme le soin de calculer et de liquider le droit, l’amendement du Gouvernement prévoit de confier à Pajemploi le versement, pour le compte de la CAF ou de la caisse MSA, du reliquat du CMG « rémunération ».

- Il précise en outre, à l’article L. 531-8 précité, les modalités de remboursement des montants de CMG indûment versés.

Ainsi, lorsque l’employeur procède à une déclaration modificative sur le site de Pajemploi, aboutissant à régulariser à la baisse le montant de la rémunération (par exemple : moins d’heures de travail que prévu, erreur sur le montant de la rémunération horaire), l’amendement permet d’éviter de rembourser des cotisations à l’employeur pour qu’il en rétrocède une partie à la CAF au titre du trop-perçu de CMG « cotisations » : Pajemploi serait autorisé à restituer directement ce montant à la CAF, pour le compte de l’employeur. Pajemploi procède déjà ainsi dans les faits, mais l’amendement permet d’apporter une base légale à cette pratique.

Par ailleurs, dans le cas où le CMG aurait été indûment versé à l’employeur, l’amendement permet d’imputer les sommes indûment versées de CMG « rémunération » sur le trop-perçu de CMG « cotisations ». Autrement dit, les récupérations de montant trop perçu s’effectueraient prioritairement sur les créances de cotisations et contributions sociales dues par Pajemploi au particulier employeur.

- Enfin, l’amendement reporte au 1<sup>er</sup> janvier 2019 l’entrée en vigueur de l’article 42 précité, qui était initialement prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les développements informatiques nécessaires n’étant pas finalisés.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Outre des modifications rédactionnelles, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement visant à écarter toute ambiguïté concernant l’application à Saint-Pierre-et-Miquelon de la réforme du circuit de paiement du CMG, initiée par l’article 42 de la LFSS pour 2017 et complétée par l’amendement du Gouvernement adopté par l’Assemblée nationale en première lecture.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d’adopter cet article sans modification.

\*

*La commission adopte cet article sans modification.*

\*

\* \*

*Article 26*

**Harmonisation des barèmes et des plafonds de la PAJE et du complément familial**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

***a. Le projet de loi initial***

Cet article propose tout d'abord d'aligner le montant de l'allocation de base à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sur celui du complément familial, ainsi que les plafonds de ressources pour en bénéficier.

Ces deux allocations, versées sous condition de ressources, ont en effet, dans un grand nombre de situations, vocation à se succéder : l'allocation de base de la PAJE est destinée aux parents d'un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, alors que le complément familial est versé aux parents ayant au moins trois enfants à charge, âgés de plus de trois ans et de moins de 21 ans.

L'alignement des montants, qui permet d'accroître la cohérence et la lisibilité de ces deux prestations, se traduit par une baisse du montant de l'allocation de base de 15,60 euros lorsqu'elle est perçue à taux plein et de 7,80 euros lorsqu'elle est perçue à taux partiel. L'alignement des plafonds conduit par ailleurs à légèrement resserrer les conditions d'accès à l'allocation de base. Le resserrement des conditions d'accès ne concernerait que 4 % des ménages qui auraient été éligibles à l'allocation de base sans cette réforme. En outre, 6 % des ménages qui auraient été éligibles à l'allocation de base à taux plein sans la réforme le seraient à taux partiel.

Par ailleurs, le montant du plafond de revenus applicable à la prime à la naissance ou à l'adoption étant fixé par référence au plafond applicable à l'allocation de base à taux plein, il en résulte un resserrement des conditions d'accès à la prime à la naissance ou à l'adoption, qui ne concernera toutefois que 6 % des ménages, qui auraient été éligibles à cette prime sans la réforme.

L'article 26 prévoit également une revalorisation annuelle des montants de l'allocation de base de la PAJE et de la prime à la naissance ou à l'adoption, qui étaient gelés depuis 2014.

Les modifications apportées par cet article ne s'appliquent qu'au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018.

***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.



## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l'initiative de Mme Elisabeth Doisneau, rapporteure de la commission des affaires sociales, de M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis de la commission des finances, de Mme Marie-Noëlle Lienemann et des membres du groupe Socialiste et républicain, de M. Jean-Claude Requier et plusieurs de ses collègues membres du groupe Rassemblement démocratique et social européen, de Mme Laurence Cohen et des membres du groupe Communiste, républicain, citoyen et écologiste et de M. Stéphane Ravier, le Sénat a supprimé l'article 26.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général laisse le soin au Gouvernement de rétablir cet article en séance publique.

\*

*La commission maintient la suppression de cet article.*

\*

\* \*

### *Article 26 bis*

## **Demande de rapport sur les conditions d'attribution des places en crèche**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement présenté par M. Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en marche (LREM), afin de demander au Gouvernement un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans.

Ce rapport doit étudier en particulier l'opportunité d'une modulation des aides financières versées par les caisses d'allocations familiales à ces établissements, en fonction de leurs pratiques en matière d'attribution de places.

Il doit être remis au Parlement, neuf mois au plus tard après l'entrée en vigueur de la présente loi.

### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, un amendement de M. Loïc Hervé, membre du groupe Union centriste, supprimant cet article.

Son auteur justifie cette suppression par le fait que « *cet article n'a pas fait l'objet de concertation préalable avec les associations nationales d'élus locaux, alors que cette disposition fait peser lourdement sur ces derniers une véritable suspicion, en remettant en cause leurs décisions* ».

### 3. La position de la commission

Cet article ayant été adopté à l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe LREM, le rapporteur général laisse le soin à ses auteurs d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

\*

*La commission est saisie de l'amendement AS11 de M. Thomas Mesnier.*

**M. Thomas Mesnier.** Cet amendement tend à rétablir l'article 26 *bis* dans le texte voté en première lecture par notre assemblée. Il s'agit de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les modalités d'attribution des places en crèche.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable. Je ne comprends pas pourquoi nos collègues sénateurs ont supprimé cette disposition, car il s'agit d'un véritable sujet.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 26 bis est ainsi rétabli.*

\*

\* \*

## TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

### *Article 28*

#### **Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées**

##### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

###### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article vise à revaloriser l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) afin de la porter de 803 euros à 903 euros pour une personne seule – et de 1 246,97 euros à 1 402 euros pour un couple – en trois ans. Une augmentation identique s'appliquera aux allocations constitutives de l'ancien minimum vieillesse encore versées. Le plafond de ressources augmentera d'autant.

Le coût de la revalorisation est estimé à 525 millions d'euros, à partir :

– du montant de l'ASPA, qui correspond à une allocation différentielle versée pour compléter les ressources, jusqu'à l'atteinte du montant maximum ;

– du nombre de bénéficiaires, aujourd'hui de 550 300 personnes. L'augmentation de son montant y rendrait éligibles 46 000 allocataires supplémentaires.

La revalorisation de l'ASPA sera, dès 2019, avancée du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en application de l'article 29 du projet de loi.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture un amendement du Gouvernement visant à neutraliser les effets de l'augmentation de l'ASPA et de l'allocation adulte handicapé (AAH) sur l'éligibilité à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

De fait, la revalorisation de ces minima pourrait exclure certains bénéficiaires de l'éligibilité à l'ACS, dont le plafond de ressources est fixé à 981 euros par mois pour une personne seule. À titre d'exemple, un allocataire cumulant l'AAH avec la majoration de vie autonome ou l'ASPA avec des revenus d'activité perdrait à terme le bénéfice de l'ACS.

La disposition insérée à cet article corrige donc utilement ces conséquences collatérales en prévoyant un abattement sur le montant d'ASPA – ou des anciennes formes du minimum vieillesse –, d'AAH et d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) pris en compte lors de l'examen de l'éligibilité à l'ACS. Ne pouvant excéder 15 %, cet abattement sera précisé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Sur proposition du Gouvernement en séance publique, le Sénat a adopté un amendement visant à élargir le bénéfice des revalorisations de l'ASPA sur la période 2018-2020 aux retraités résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **3. La position de la commission**

L'inclusion de Saint-Pierre-et-Miquelon dans le dispositif est indispensable afin de garantir l'égalité de traitement des retraités quel que soit leur lieu de résidence.

Il est donc proposé d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat.

*La commission examine l'amendement AS69 de Mme Éricka Bareigts.*

**Mme Éricka Bareigts.** Vous me jugerez sans doute têtue, mais le sujet justifie, me semble-t-il, mon opiniâtreté. Cet amendement a, en effet, pour objet de lutter contre la grande pauvreté des personnes âgées vivant dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, pauvreté qui a des répercussions sur les familles, car les personnes âgées sont amenées à solliciter, au nom de la solidarité familiale, l'aide de leurs enfants et de leurs petits-enfants. Les éléments chiffrés dont nous disposons sont, certes, incomplets – j'en conviens, monsieur le rapporteur général –, mais l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) et le Conseil d'orientation des retraites (COR) constatent que nombre de personnes âgées percevant des retraites qui se situent autour de 300 euros à 400 euros sont dissuadées par le recours sur succession de solliciter l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Par ailleurs, on fait souvent référence à la réforme qui concerne les agriculteurs, mais les conditions d'ouverture de l'ASPA demeurent, en dépit de cet assouplissement, tellement restrictives que les personnes âgées concernées ne sollicitent pas l'allocation. Nous proposons donc, au nom de la lutte contre la grande pauvreté, de supprimer le recours sur succession pour les personnes âgées résidant dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution.

**M. le rapporteur général.** Je respecte les personnes têtues, étant moi-même du signe du taureau. Mais nous avons débattu de cette question en première lecture : des évolutions ont été adoptées très récemment dans la loi du 28 février 2017, dont l'encre est à peine sèche. Avis défavorable, pour les mêmes motifs qu'en première lecture.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 28 sans modification.*

\*

\* \*

**TITRE III**  
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL**  
**MALADIES PROFESSIONNELLES**

*Article 32 bis*

**Cession de créances au titre des recours contre tiers et service des prestations  
jusqu'alors versées par le FCAT**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article additionnel, adopté en séance publique à l'initiative de M. Thomas Mesnier et de ses collègues du groupe La République en Marche, permet de centraliser au niveau de caisses « pivot » du régime général :

– la gestion de l'ensemble du processus des recours contre tiers dans les branches maladie et AT-MP, y compris la récupération définitive des sommes issues de ces procédures, mettant ainsi fin au mécanisme inutilement formel obligeant les quelques caisses qui assurent les actions en responsabilité pour l'ensemble du réseau, une fois les sommes récupérées, à les ventiler à nouveau auprès des caisses initialement concernées ;

– la gestion et le versement des majorations de rente versées par le fonds commun des accidents du travail (FCAT), lequel doit disparaître au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté un amendement de coordination à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

**3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte cet article sans modification.*

\*

\* \*

*Article 32 ter*

**Information en cas de demande de modification ou d'annulation de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat d'un amendement de M. Gérard Dériot, rapporteur de la commission des affaires sociales.

En application de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve de remplir certaines conditions.

Les salariés concernés doivent notamment travailler ou avoir travaillé dans l'un des établissements précités et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

Le *V bis* de l'article 41 de la loi précitée précise que l'inscription des établissements sur la liste permettant aux salariés de bénéficier de l'ACAATA ou la modification de cette inscription ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné. La décision d'inscription d'un établissement ou de modification de cette inscription doit être notifiée à l'employeur. Il est également prévu qu'elle fasse l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné.

Toutefois, en l'état du droit, aucune disposition législative ne prévoit une information de la personne à l'origine de la demande d'inscription, lorsque l'établissement concerné réclame l'annulation ou la modification de l'arrêté d'inscription.

L'amendement adopté par le Sénat vise à prévoir une telle information. Il complète à cette fin le *V bis* de l'article 41 précité pour préciser que « *la décision de modifier ou d'annuler une inscription sur cette liste ne peut intervenir qu'après information du demandeur de l'inscription.* ».

**2. La position de la commission**

La mise en œuvre d'une obligation d'information du demandeur de l'inscription serait particulièrement complexe et pourrait se heurter à une impossibilité matérielle, en particulier pour les inscriptions anciennes. En effet, plusieurs centaines d'établissements ont été inscrits dès les premières années d'application du dispositif, il y a près de vingt ans. De ce fait, les archives des

directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ne permettront pas d'identifier systématiquement le demandeur à l'origine de l'inscription de l'établissement.

Par ailleurs, la procédure actuelle d'inscription ou de modification d'inscription des établissements sur la liste permettant aux salariés de bénéficier de l'ACAATA offre déjà des garanties importantes en termes d'information, en particulier grâce à la consultation du comité social et économique et des partenaires sociaux, ainsi qu'en raison de l'affichage de la décision sur le lieu de travail. Les arrêtés d'inscription peuvent enfin être contestés devant le tribunal administratif par d'anciens salariés ou associations de salariés.

Le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

\*

*La commission examine l'amendement de suppression AS128 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement tend à supprimer cet article introduit par le Sénat contre l'avis du Gouvernement. En effet, la mise en œuvre d'une obligation d'information du demandeur de l'inscription serait particulièrement complexe et pourrait se heurter à une impossibilité matérielle, en particulier pour les inscriptions anciennes. Par ailleurs, la procédure actuelle d'inscription ou de modification d'inscription des établissements sur la liste permettant aux salariés de bénéficier de l'Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) offre déjà des garanties importantes en matière d'information.

*La commission adopte l'amendement.*

*L'article 32 ter est ainsi supprimé.*

\*

\* \*

## **TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE**

### **CHAPITRE 1<sup>ER</sup> Dispositions relatives à la prévention**

#### *Article 34* **Vaccination obligatoire des enfants**

##### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

###### ***a. Le projet de loi initial***

Prenant acte d'une insuffisante couverture vaccinale ainsi que de l'émergence de foyers épidémiques, l'article vise à étendre l'obligation vaccinale pour les enfants de moins de 24 mois aux vaccins aujourd'hui recommandés.

Au terme du projet de loi, l'obligation vaccinale comporterait onze vaccins. La mesure entrerait en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> juin 2018 et s'appliquerait aux enfants nés au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Elle s'accompagne enfin de l'abrogation des dispositions du code de la santé publique réprimant spécifiquement le non-respect de l'obligation vaccinale.

###### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Sur proposition de la commission et suivant une initiative du rapporteur général, l'Assemblée a adopté en séance publique un amendement de coordination, permettant d'inclure les personnes assurant la tutelle des mineurs dans le champ de l'extension de l'obligation vaccinale.

Une série de trois amendements identiques, parmi laquelle un amendement du rapporteur général, a par ailleurs été adoptée en séance publique. Ces amendements prévoient une évaluation annuelle des conséquences de l'extension de l'obligation vaccinale. Les conséquences seront mesurées notamment au regard des couvertures vaccinales mais également de la perception et de l'adhésion du public à ces nouvelles obligations ou de la pharmaco-vigilance. Une première évaluation sera rendue à compter du dernier trimestre 2019. Ces évaluations revêtiront un caractère public.

Enfin, l'Assemblée a adopté cinq amendements de nature rédactionnelle.

##### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement de coordination lors de l'examen de l'article en séance publique.



### 3. La position de la commission

Il est proposé d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission examine l'amendement ASI04 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'extension vaccinale nuit à l'obligation vaccinale, dont les membres du groupe France insoumise sont de fervents défenseurs. En effet, la décision rapide et difficile à comprendre du ministère de la santé a conduit le camp des anti-vaccins à se réarmer, instrumentalisant la défiance légitime qui existe dans notre pays depuis que les scandales sanitaires se multiplient. On risque de créer ainsi un véritable mouvement de rejet qui mettra les vaccins actuellement obligatoires en péril. Pourquoi une telle précipitation ? Les justifications claires manquent ; je n'approuve pas la communication par la peur à laquelle le Gouvernement a trop souvent recours.

Lors des auditions réalisées à l'Assemblée, nous avons pu constater que le consensus scientifique n'existait pas en la matière, et nous sommes forcés de nous demander si ce n'est pas pour remédier à la pénurie du tétravalent que le Gouvernement et Mme Buzyn veulent une extension aussi rapide. Une chose est sûre, si nous devons imposer à la population huit vaccins supplémentaires pour les nouveau-nés, nous devons dissiper les doutes les plus légitimes. En mars dernier, un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) fondé sur une étude réalisée par le professeur Gherardi a mis en lumière les effets neurotoxiques de l'adjuvant. Le 8 mars, le conseil scientifique de l'ANSM avait rendu l'avis suivant : « *L'apport de l'étude aux connaissances sur la sécurité des vaccins semble significatif, sans être encore déterminant. Qu'il s'agisse des résultats sur les effets observés en fonction de la dose d'aluminium ou de ceux sur la susceptibilité génétique, réplication et approfondissement sont nécessaires.* » Compte tenu de cet avis, le Gouvernement doit prendre ses responsabilités et remettre au Parlement un rapport sur cette question. Une fois les informations connues et les doutes dissipés, nous accepterons l'extension vaccinale ; en attendant, nous demandons sa suppression.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Nous avons largement débattu de l'extension de la couverture vaccinale en première lecture. Mme Fiat, votre collègue de la France insoumise, a reçu les 600 pages de la concertation que j'avais montrées : elle vous les transmettra certainement. La discussion a eu lieu.

Cette mesure de santé publique vise à protéger l'ensemble des enfants de notre pays, ceux qui peuvent être vaccinés comme ceux qui ne le peuvent pas. Elle n'est pas précipitée : la concertation citoyenne a duré plus d'un an et demi. Nous avons entendu, ici même, le professeur Alain Fischer qui nous en a rappelé les tenants et aboutissants.

Nous en avons également débattu largement des adjuvants ; je me suis exprimé en première lecture pour dire qu'à titre personnel, je serais favorable à ce qu'une étude soit menée par une équipe indépendante de celle du seul médecin qui publie des données sur cette question en France.

C'est un sujet que nous n'avons pas pris à la légère, bien au contraire. Il a été traité avec gravité et professionnalisme, sur l'ensemble des bancs. Vous ne pouvez pas dire que nous agissons les peurs. Nous agissons en faveur de la santé publique.

**M. Pierre Dharréville.** Je n'ai pas souvenir que la ministre de la santé se soit également prononcée en faveur d'une nouvelle étude clinique. Cette recherche paraîtrait tout à fait utile. Pouvez-vous m'éclairer sur ce point ?

**M. le rapporteur général.** La recherche fondamentale fonctionne en général par appels à projets, auxquels répondent ou non des équipes scientifiques – le professeur Gherardi lui-même n'a pas demandé de financement pour une autre étude lors du plus récent appel à projets. On ne peut pas contraindre une équipe à s'emparer d'un sujet donné ; aujourd'hui, la communauté scientifique estime qu'une telle étude, qui demande du temps et des moyens, n'est pas utile, l'hypothèse leur paraissant scientifiquement peu fondée. À mon sens, une telle étude, réalisée par une autre équipe, resterait intéressante.

On peut appeler l'attention de la communauté scientifique sur le fait que ce sujet intéresse la société ; une réponse scientifique serait utile, là où les arguments politiques et les arguments d'autorité peinent à convaincre une partie de l'opinion.

**M. Jean-Pierre Door.** Le législateur n'est pas scientifique, et nous ne devons pas nous faire les porte-parole des opposants à la vaccination, qui réussissent parfois à faire la une de certains journaux.

L'Institut Pasteur, comme le laboratoire Mérieux-INSERM de Lyon, sont à l'avant-garde des études sur la vaccination, et la semaine dernière, une trentaine de membres de l'Académie des sciences ont rappelé – contre les propos d'un prix Nobel que vous connaissez – que l'obligation de vaccination était une nécessité.

Nous devons aller de l'avant et agir pour la santé publique.

**M. Marc Delatte.** Grâce à la vaccination, on ne voit plus d'épiglottites causées par la bactérie *haemophilus influenzae*. C'était naguère une urgence vitale. Il faut soutenir, c'est une évidence, la décision courageuse de Mme la ministre.

**M. Pierre Dharréville.** Je me suis longuement exprimé sur ces sujets en première lecture ; je précise donc seulement ici que M. le rapporteur général a répondu à ma question, qui portait seulement sur cette étude qu'il appelait de ses vœux.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle examine alors l'amendement AS58 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** Le groupe Nouvelle Gauche soutient la démarche du Gouvernement. C'est à notre sens un enjeu de santé publique et d'égalité d'accès aux soins.

Mais il faut aussi entendre la méfiance, les peurs, les inquiétudes. Pour accroître l'adhésion de la population, il serait utile qu'un rapport évalue la couverture vaccinale et ses effets en matière de prévention.

**M. le rapporteur général.** En première lecture, à mon initiative, nous avons introduit une demande d'évaluation, qui sera réalisée à partir du dernier trimestre 2019 – ce qui est précoce, puisque les données relatives au vaccin ROR (rougeole, rubéole et oreillons) ne seront pas encore disponibles. Une évaluation régulière – en l'occurrence, annuelle – et transparente m'a en effet paru indispensable.

J'ajoute que nous disposons d'un organisme spécialisé, Santé publique France, qui fonctionne très bien et qui réalise des études régulières sur la couverture vaccinale.

Votre amendement est satisfait. Je vous propose donc de le retirer.

Mon avis sera identique pour les amendements suivants, qui sont également des demandes de rapports.

*L'amendement AS58 est retiré, de même que l'amendement AS62 de M. Joël Aviragnet.*

*La commission se saisit de l'amendement AS105 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Comment s'étonner de cette défiance grandissante si le médecin de famille ne peut pas expliquer les campagnes de vaccination aux parents inquiets ? Or les professionnels de santé n'ont ni le temps ni la formation pour informer leurs patients de l'extension vaccinale. Cet amendement demande un rapport qui évaluerait le coût de la délivrance d'une telle formation. Il s'agit à terme d'améliorer la couverture vaccinale et la confiance des Français. C'est à ce prix que vous pourrez, sans risque de déclencher une vague de doutes légitimes, étendre ou modifier la couverture vaccinale.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Puis elle se saisit de l'amendement AS106 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Il n'y a pas de consensus scientifique sur la question des effets des adjuvants aluminiques. Les anti-vaccins ont émis des théories mais vous devez admettre que les doutes sur l'aluminium sont fondés. Je vous rappelle à nouveau l'étude du professeur Gherardi, qui a mis en lumière les

effets neurotoxiques de cet adjuvant, ainsi que l'avis de l'ANSM. Le Gouvernement doit prendre ses responsabilités et donner à l'ANSM les moyens de produire une étude fiable et approfondie sur cette question qui inquiète légitimement les Français.

**M. le rapporteur général.** On ne peut pas dire qu'il n'y a pas de consensus sur la vaccination, ni sur l'utilisation des adjuvants, qui remonte à plus d'un siècle ! Ce n'est pas parce qu'un scientifique émet des hypothèses que celles-ci font consensus. Il n'est pas vrai de dire qu'il n'y a pas de doute sur l'aluminium.

L'écrasante majorité de la communauté scientifique considère qu'il n'y a pas de difficulté à user d'adjuvants aluminiques, comme c'est le cas dans la plupart des pays dans le monde, sans qu'il y ait ailleurs qu'en France les mêmes polémiques sur les conséquences potentielles de ces adjuvants.

J'ai néanmoins dit que je prenais la question très au sérieux, dans la mesure où elle est posée par un nombre important de nos concitoyens. Nous devons nous donner les moyens de convaincre, par des études scientifiques et par des débats. Mais je ne peux pas laisser dire qu'il n'y a pas de consensus scientifique sur la vaccination !

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 34 sans modification.*

\*

\* \*

## CHAPITRE II

### Promouvoir l'innovation en santé

#### *Article 35*

### Innovation du système de santé

#### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

##### *a. Le projet de loi initial*

Cet article instaure un cadre général permettant les expérimentations relatives à l'organisation des soins.

Des dérogations au droit existant sont rendues possibles pour inciter à la mise en place d'organisations innovantes, afin de développer le financement au parcours ou à la séquence de soins, de favoriser les modes d'exercice regroupé, de lutter contre les déserts médicaux, d'améliorer la pertinence de la prise en charge et celle des prescriptions.

En parallèle, cet article met en place un dispositif de sélection, d'appui et d'évaluation pour ces expérimentations.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Outre quatorze amendements rédactionnels ou de coordination du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté, en séance, quatre amendements de la commission, visant à :

– remplacer l'expression « *soins primaires* » – qui pouvait laisser penser que les médecins spécialistes de ville n'étaient pas inclus dans le dispositif – par l'expression « *soins ambulatoires* » ;

– compléter la gouvernance de ces expérimentations grâce à la création d'un conseil stratégique. Ce conseil stratégique, auquel seront transmis systématiquement un état des lieux des expérimentations et chaque évaluation, sera chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Sa composition sera précisée par décret ;

– préciser que les autorisations de soins peuvent porter sur les groupements composés à la fois d'établissements et de professionnels de santé ;

– intégrer dans le champ de cet article les expérimentations visant à améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité, prévues à l'article 68 de la LFSS pour 2016 <sup>(1)</sup>.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté sept amendements :

– un amendement de Mme Florence Lassarade (membre du groupe Les Républicains) élargissant les objectifs de ces expérimentations aux modes d'exercice « *coordonnés* », alors que le texte initial faisait uniquement référence au développement des modes d'exercice « *regroupés* » - et donc principalement aux maisons de santé pluri professionnelles et aux centres de santé.

– un amendement de M. Yves Daudigny (membre du groupe socialiste et républicain) ajoutant à la liste des objectifs prévus par ces expérimentations le fait de « *permettre une orientation pertinente du patient atteint d'insuffisance rénale chronique terminale vers la modalité de prise en charge la plus adaptée à sa situation, par une tarification unique modulable en fonction du patient et non du mode de prise en charge* » ;

– deux amendements adoptés à l'initiative de sa commission des affaires sociales, précisant que le comité stratégique introduit par l'Assemblée nationale

---

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

est institué au niveau national, qu'il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation, et que la composition de ce comité stratégique est prévue par décret en Conseil d'Etat ;

– un amendement précisant que le rapport qui doit être remis au Parlement « *au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation* » peut également l'être « *en vue de sa généralisation* » ;

– deux amendements rédactionnels à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

### **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose de supprimer deux des modifications apportées par le Sénat.

En effet, il n'est pas nécessaire de préciser explicitement que les expérimentations prévues par l'article 35 pourront permettre une orientation pertinente du patient atteint d'insuffisance rénale chronique terminale vers la modalité de prise en charge la plus adaptée à sa situation. Une telle expérimentation, portée par un acteur de terrain, pourra tout à fait rentrer dans le champ de l'article 35 sans modifier son texte. Pour le rapporteur général, il n'est pas souhaitable de détailler dans la loi les pathologies spécifiques qui pourraient bénéficier de ces expérimentations.

Enfin, si le rapporteur général partage pleinement la préoccupation du Sénat de souligner que ces expérimentations, si elles fonctionnent, devront être généralisées, il considère qu'il n'est pas nécessaire de préciser que le rapport au Parlement doit lui être remis au plus tard un an après la fin de l'expérimentation « *ou en vue de sa généralisation* » : ce rapport doit être remis systématiquement au Parlement à la fin de chaque expérimentation, que celle-ci ait vocation à être généralisée ou non.

À l'exception de ces deux dispositions et de la correction d'une erreur rédactionnelle, le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

*La Commission examine d'abord l'amendement de suppression AS107 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Les dérogations permises par cet article créent une brèche dans laquelle les établissements de santé, les centres de santé, les professionnels de santé, les prestataires de transports sanitaires et les entreprises de taxi pourraient s'engouffrer, au détriment des patients. Certes, ces expérimentations doivent recevoir l'aval des agences régionales de santé (ARS), mais étant donné la façon dont vous menez la politique de santé, nous n'avons

aucune confiance. La loi du chiffre domine, quand les besoins humains devraient être au cœur de la réflexion logistiquie.

Cet article autorise un grand nombre de dérogations – par exemple à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, qui assure les principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin et le secret professionnel ou, plus inquiétant encore, à l'article L. 160-15 du code de la sécurité sociale, qui exonère les mineurs de toute participation aux frais de santé. Des dizaines d'articles sont concernés.

Si les expérimentations et les innovations sont nécessaires pour adapter notre système de santé, elles ne peuvent se faire au détriment des patients. À mesure que l'on progresse dans la lecture de cet article, on finit par se demander si ce que l'on prévoit d'expérimenter n'est pas la fin de la sécurité sociale et de ses normes d'égalité. Je ne sais pas où nous allons, mais je suis sûr que ce n'est pas dans le sens du progrès humain.

**M. le rapporteur général.** Votre intervention est vraiment caricaturale ! Ce que nous voulons, entre autres, c'est sortir du « tout T2A », et si j'ai bien lu le programme de la France insoumise, vous adhérez à cette proposition ! Nous voulons expérimenter dans les territoires, en nous appuyant sur les professionnels de santé mais aussi les usagers pour développer les parcours de soin, les paiements à l'épisode de soins...

Un article du *Journal du dimanche* reprenait hier une enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur les actes redondants ou inutiles. Comment expliquer que certains actes – parfois invasifs – soient trois, quatre, cinq fois plus fréquents dans un département que dans un autre ?

À toutes ces questions, une réponse unique, nationale, venue des administrations centrales n'est pas adaptée. Nous devons expérimenter.

Il n'y a aucune remise en question du secret médical. Vous lisez dans le projet de loi des choses que ni les représentants des usagers, ni les syndicats médicaux, ni les syndicats paramédicaux ne lisent. Avis très défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

**M. le rapporteur général.** Madame la présidente, je me permets d'interrompre quelques instants nos débats parce que je vois qu'un article, publié sur internet, revient sur ce qu'il appelle un « incident » dans notre commission. Vous avez tout à l'heure dit qu'un amendement était rejeté alors qu'il n'avait pas encore été mis au vote. Je ne voudrais pas laisser penser une seule seconde que la présidente ne ferait pas correctement son travail. Il n'y a au contraire rien à lui reprocher. Dans le bal continu des avis et des mises aux voix, tout le monde peut se tromper : que celles et ceux qui nous regardent sur internet n'aient pas le sentiment qu'il y aurait un manque de sérieux dans les rangs de la majorité. Ce serait une caricature.

Pardon encore, madame la présidente, mais il me semble qu'il me revenait de faire cette petite mise au point.

**M. Pierre Dharréville.** Je souscris entièrement à ce qui vient d'être dit. On peut faire beaucoup de reproches à la majorité, mais pas celui-là...

**Mme Éricka Bareigts.** Moi aussi. Nous travaillons dans un cadre respectueux.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Absolument.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci à tous de votre soutien. J'éviterai à l'avenir de sourire, de rire, de plaisanter... Notre commission est l'une de celles qui a le plus travaillé depuis le début de la législature. Que chacun veuille bien nous excuser d'avoir parfois une seconde d'inattention.

*La commission examine l'amendement AS3 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** Cet amendement propose une expérimentation visant à répondre pleinement aux besoins des patients, en créant des prises en charges innovantes et en élaborant une définition à partir des retours de terrain. Les futurs dispositifs expérimentaux devront être formalisés et représenter l'ensemble des soins dispensés pour un état de santé donné, pendant un laps de temps donné, en coordination avec l'ensemble des acteurs et sur un territoire déterminé. Ces dispositions auront pour objectifs principaux d'une part de tendre vers une plus grande efficacité, d'autre part d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge. Les expérimentations proposées par cet amendement s'inscrivent pleinement dans l'esprit de la stratégie nationale de santé que met en place Mme Agnès Buzyn pour promouvoir la qualité des pratiques et l'innovation organisationnelle.

**M. le rapporteur général.** Sur le fond, je suis entièrement d'accord. Accès à la pluralité d'acteurs, meilleure coordination, plus de coopération entre les différentes professions de santé... : c'est ce que nous devons rechercher. Nous pourrions aussi évoquer ici le *bundled payment*, c'est-à-dire le paiement à l'épisode de soins. Je citais tout à l'heure l'étude de la FHF sur les actes inutiles. Avant même cette enquête, nous savions par exemple qu'après la pose d'une prothèse totale de hanche, selon les départements, entre 18 % et 82 % des patients effectuent un séjour de rééducation. C'est un rapport de un à quatre d'une région à l'autre, sans explication particulière ! Or les recommandations internationales fixent plutôt à moins de 10 % le nombre de patients qui devraient être concernés. Le paiement à l'épisode de soins doit permettre de réduire les actes redondants ou inutiles.

Je vous ferai la même réponse qu'en première lecture : votre amendement propose une définition extrêmement précise du parcours de soins, et tout ce qui précise par trop l'article risque d'en limiter la portée. Nous risquerions de nous priver d'outils qui pourraient être imaginés par les professionnels.



Votre amendement est entièrement satisfait par la rédaction actuelle de l'article 35. Je vous propose donc de le retirer.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS52 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** Les retours de terrain montrent que les démarches de démocratie en santé sont porteuses d'innovations organisationnelles de grande qualité. Les conseils locaux de santé (CLS), qui rassemblent notamment des professionnels de ville et du secteur hospitalier, des professionnels du secteur médico-social, des usagers-citoyens et des élus, rendent possible une plus grande prise en compte de l'avis des usagers, mais permettent également des coopérations plus fluides et plus efficaces entre différents professionnels, ce qui s'avère essentiel sur des cas complexes. C'est pourquoi cet axe devrait être inscrit parmi les objectifs des expérimentations qui seront lancées sur les territoires.

Le renforcement de la démocratie en santé fait d'ailleurs partie intégrante des missions du Fonds d'intervention régional (FIR) défini par l'article 1435-8 du code de la santé publique cité dans le présent article. Dès lors, il apparaît nécessaire et cohérent qu'il en soit fait mention dans les objectifs détaillés du nouveau cadre d'expérimentation.

**M. le rapporteur général.** La démocratie sanitaire, que nous défendons comme vous, ne vit pas à travers un article de loi en particulier mais au travers de nombreuses dispositions, dont celles de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée sous la précédente législature, qui a permis de considérablement renforcer les outils permettant de tendre vers cet objectif.

Je n'envisage pas que les expérimentations dans les territoires proposées par l'article 35 n'incluent pas les usagers et leurs représentants. Le Conseil stratégique leur fera nécessairement une place, car il n'est jamais bon de ne pas tenir compte des patients – cela relève d'une conception datée. Je ne crois donc pas qu'il soit utile de rappeler dans le texte ce qui, à mes yeux, est une évidence et qui, par ailleurs, ne m'inspire pas d'inquiétude particulière. C'est pourquoi j'émets plutôt un avis défavorable.

**Mme Éricka Bareigts.** Au fil du temps, les retours d'expérience nous montreront peut-être que vous aviez raison, ce que j'espère. Cela ne se passe pas toujours comme cela ; mais j'espère que nous nous trompons et que la pratique vous donnera raison.

**Mme Delphine Bagarry.** Je pense comme le rapporteur que la démocratie sanitaire irrigue l'ensemble des actions conduites depuis la dernière stratégie nationale de santé. Néanmoins, préciser les choses comme le propose cet amendement me paraît une bonne chose.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS87 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de supprimer l'alinéa 9 ajouté par le Sénat, car il ne me paraît pas souhaitable de trop entrer dans les détails, en faisant notamment référence à des pathologies spécifiques. L'article 35 doit conserver une portée aussi large que possible.

**M. Gilles Lurton.** Sans être fondamentalement hostile à l'amendement du rapporteur, je pense que les malades atteints d'insuffisance rénale chronique posent des difficultés particulières qui mériteraient au moins de faire l'objet d'une étude plus approfondie. Sans parler des patients les plus lourdement atteints ou des malades les plus âgés qui sont dialysés et doivent continuer de l'être, la Cour des comptes nous rappelle tous les ans qu'il existe sans doute d'autres solutions moins coûteuses vers lesquelles on n'oriente pas nécessairement les patients. J'avais donc proposé à la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de retenir ce sujet de rapport. L'idée n'a pas été entendue, mais j'espère que nous pourrions nous pencher sur la question d'ici la fin de la législature.

**M. le rapporteur général.** Nous avons déjà eu ce débat en première lecture. L'article 35 permet d'expérimenter de nouvelles façons de payer au parcours les traitements des insuffisants rénaux. Il permet par ailleurs de prolonger les expérimentations spécifiquement prévues à l'article 43 de la LFSS pour 2014, qui portaient précisément sur la mise en place des parcours pour insuffisants rénaux chroniques terminaux.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence les amendements AS73 et AS83 tombent.*

*La commission est saisie de l'amendement AS46 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** L'article 35 vise à promouvoir l'organisation de parcours de soins et de vie cohérents, au travers d'un élargissement des expérimentations ouvertes par le programme PAERPA – personnes âgées en risque de perte d'autonomie –, à l'ensemble des publics.

La démarche expérimentale ne peut pour autant prendre le risque de désorganiser le droit des autorisations d'activités de soins et de la prévention des conflits d'intérêts, en induisant une éventuelle prise de contrôle par un prestataire extérieur de l'ensemble de la chaîne de maîtrise de la qualité et des risques, depuis la fabrication jusqu'à la relation avec le patient et assuré social. La distinction claire des rôles et des responsabilités entre le fabricant et le distributeur d'une part, et celui qui, d'autre part, assure la délivrance des produits de santé aux usagers est l'un des principes généraux du droit de la sécurité sanitaire.

Ce sont les raisons pour lesquelles l'ordonnance 2017-2028 du 12 janvier 2017 a pris soin d'indiquer, concernant les groupements de coopération sanitaire et leur fonctionnement, l'interdiction de participation « d'une personne physique

*ou morale qui poursuit un but lucratif en exerçant à titre principal une activité soit de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de produit de santé*». De manière cohérente, nous reprenons donc cette précaution dans le cadrage de ces expérimentations.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, comme en première lecture. L'alinéa 25 de l'article 35 tel qu'issu du Sénat reprend *in extenso* la dérogation prévue à l'article 43 de la LFSS pour 2014 relative à l'insuffisance rénale chronique. Cette dérogation permet la dispensation à domicile de dialysats par des prestataires de services, sous la responsabilité d'un pharmacien.

Il n'est nullement prévu de modifier les règles d'autorisation d'activité de soins, contrairement à ce que vous indiquez dans votre exposé des motifs. J'avoue donc ne pas bien comprendre la source de votre inquiétude.

Indiquer en outre, comme le propose votre amendement, que les prestataires de services ou distributeurs de matériel ne peuvent être sous le contrôle direct d'une personne à but lucratif est contradictoire, puisque ces prestataires sont par définition des acteurs privés, associatifs ou à but commercial. Cela rendrait cette dérogation totalement inopérante.

Enfin, les expérimentations qui auront lieu dans ce cadre, comme toutes les autres, seront soumises au droit commun en matière de lutte contre les conflits d'intérêts.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS90 du rapporteur général.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS40 de Mme Éricka Bareigts et AS84 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Monsieur le rapporteur a en quelque sorte déjà dit ce qu'il pensait de mon amendement ; néanmoins, il me semble que la ministre s'est engagée devant les sénateurs à demander aux prestataires une déclaration explicitant l'absence de conflit d'intérêts. S'il faut donc demander une déclaration à chaque prestataire, je me demande pourquoi on ne l'inscrit pas dans la loi.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette successivement** l'amendement AS40, puis l'amendement AS84.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS91 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat a adopté un amendement précisant que le rapport qui doit être remis au Parlement « *au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation* » peut également l'être « *en vue de sa généralisation* ». Si ces expérimentations fonctionnent, elles ont évidemment vocation à être généralisées. En revanche, il n'est pas souhaitable de préciser que le rapport au Parlement doit lui être remis au plus tard un an après la fin de l'expérimentation

« *en vue de sa généralisation* » : ce rapport doit être remis systématiquement au Parlement à la fin de chaque expérimentation, que celle-ci ait vocation à être généralisée ou non.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 35 modifié.*

\*

\* \*

#### *Article 35 bis A*

### **Accès des pharmaciens biologistes au dossier pharmaceutique**

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance au Sénat d'un amendement de M. Gérard Dériot et de son groupe (Les Républicains).

Il étend aux pharmaciens biologistes la possibilité de consulter et d'alimenter le dossier pharmaceutique prévu à l'article L. 1111-23, dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine et les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur.

#### **2. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 35 bis A sans modification.*

\*

\* \*

#### *Article 35 bis B*

### **Accès aux médicaments innovants dans le cadre de l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament**

Cet article a été adopté par le Sénat sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Gouvernement ayant émis un défavorable.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article vise à instaurer une nouvelle procédure exceptionnelle d'accès à un médicament innovant, qui diffère notamment du régime d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Elle concerne des spécialités pharmaceutiques dont les essais cliniques ne sont pas achevés. Le régime couvre les médicaments « *dès l'issue de la phase I des essais cliniques* », c'est-à-dire, insusceptibles, à ce stade de développement de faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

Rappelons que pour obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM), un médicament est soumis à des études cliniques organisées en trois phases au cours desquels sont évalués la sécurité d'emploi (phase 1), l'efficacité du médicament (phase 2) et son rapport efficacité/tolérance (phase 3).

Le dispositif adopté prévoit un accès sous condition à la spécialité pharmaceutique :

– absence de traitement exposant « *le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes* » ;

– absence d'alternative thérapeutique appropriée pour la pathologie concernée ;

– impossibilité pour le patient de bénéficier du traitement dans le cadre des essais cliniques.

Un comité *ad hoc* est institué à l'initiative de l'industriel pharmaceutique pour fournir au patient et à son médecin traitant les informations scientifiques permettant de démontrer l'intérêt thérapeutique du traitement.

Le médicament est délivré sous réserve du consentement exprès du patient et sous le contrôle du médecin prescripteur.

Enfin, sauf gratuité accordée par le titulaire des droits portant sur la spécialité pharmaceutique, le coût n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

## 2. La position de la commission

Pour le rapporteur général, cet article pose plusieurs difficultés.

Cet article n'a pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Le champ des lois de financement de la sécurité sociale est précisé par l'article 34 de la Constitution sous réserve de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Les lois de financement déterminent ainsi les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses. Or, l'article ne prévoit pas de prise en charge du traitement

par l'assurance maladie. En effet, le coût est assumé soit par l'industriel, soit par le bénéficiaire du traitement.

Cet article pose un évident problème de responsabilité. Si le consentement du patient est posé, le texte ne règle en rien les éventuelles conséquences de l'administration d'un traitement inapproprié. Par là même, il crée une incertitude majeure qui pèse non seulement sur l'industriel mais aussi sur le médecin prescripteur ou le médecin traitant. Ces conséquences doivent être finement évaluées, soupesées et précisées. En cas de conflit, il appartiendrait au juge d'en déterminer les causes et le texte n'apporte pas suffisamment de garde-fous.

Enfin, en précisant que le coût du médicament pourrait être à la charge du bénéficiaire, le texte apporte une atteinte manifeste à la solidarité entre bien-portants et malades, fondement essentiel de notre système de sécurité sociale. Le régime de l'ATU, tout en permettant l'accès à des molécules innovantes, ne s'écarte pas de ce principe puisqu'il se traduit par une prise en charge par l'assurance maladie.

Pour toutes ces raisons, il est proposé de supprimer cet article.

\*

*La commission examine l'amendement de suppression AS141 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Les sénateurs ont abordé avec cet article la question des médicaments innovants, à laquelle, en tant que neurologue, je suis particulièrement sensible.

Lorsqu'un médicament innovant arrive en France, il est d'abord disponible sous le régime de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), selon un prix fixé par laboratoire. Lorsqu'il bascule dans le régime de droit commun, une nouvelle négociation a lieu sur le prix et, si le prix originel fixé par le laboratoire était supérieur au prix retenu à l'arrivée, le laboratoire reverse à l'assurance maladie le différentiel. Mais certains médicaments ne sont pas encore en ATU, parce qu'ils sont trop innovants et n'ont pas encore été examinés par les comités médico-économiques ou les autorités scientifiques. Il peut donc arriver, que pour une maladie un traitement soit disponible aux États-Unis sans être encore en ATU en France— et cela a été récemment le cas pour une terrible maladie neurodégénérative, la maladie de Charcot ou sclérose latérale amyotrophique.

C'est une situation extrêmement difficile à vivre pour les malades et leurs familles, et c'est la raison pour laquelle les sénateurs ont proposé une mise à disposition par le laboratoire de ces médicaments ou la possibilité pour le malade de les acheter mais sans être remboursé.

J'ai dit aux sénateurs en commission mixte paritaire que je souhaitais saisir la ministre de cette question, car il est essentiel en effet, pour certains

malades qui ne peuvent pas attendre, d'avoir accès au médicament le plus tôt possible. Cela étant, imaginer que le traitement puisse être à la charge des patients n'est pas envisageable compte tenu de son coût, souvent très élevé, ce qui créerait *in fine* une rupture d'égalité.

Par ailleurs, la proposition des sénateurs pose des problèmes de responsabilité et, dans la mesure où elle n'emporte pas de conséquences sur le financement des comptes sociaux, cet article introduit par le Sénat me paraît être un cavalier, qui a toutes les chances d'être rejeté par le Conseil constitutionnel.

Je propose donc la suppression de cet article, l'idée étant d'interroger la ministre sur le sujet lors de la discussion dans l'hémicycle. Je rappelle que si un traitement n'est pas disponible en France mais qu'il l'est aux États-Unis, il peut arriver que le patient voie ses frais de transport et de traitement aux États-Unis pris en charge par la sécurité sociale française.

**M. Jean-Pierre Door.** J'ai également été attentif au débat que nous avons eu avec les sénateurs en CMP.

Dans le cas d'une molécule innovante, il peut s'écouler entre les premiers essais cliniques et la commercialisation de dix à quinze ans, c'est notamment le cas pour les traitements destinés à soigner les troubles neurodégénératifs. L'idée des sénateurs était donc d'anticiper sur l'ATU et l'AMM et d'autoriser une utilisation précoce et éclairée, sous la surveillance de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Cela ne règle pas la question du prix, qui est également un problème. Les laboratoires doivent-ils assumer le coût des molécules ? Peut-on les faire entrer ici dans le champ d'application du crédit d'impôt recherche ? Vous allez supprimer cet article mais je pense indispensable d'alerter la ministre sur cette question.

*La commission adopte l'amendement ; en conséquence l'amendement AS38 tombe et l'article 35 bis B est supprimé.*

\*

\* \*

#### *Article 35 bis C*

**Prévoir la possibilité via la négociation conventionnelle de verser une aide financière complémentaire aux professionnels de santé interrompant leur activité pour cause de maternité ou paternité**

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (LFSS 2017) a habilité les partenaires conventionnels dans le cadre de la convention médicale à négocier les modalités d'application de versement d'une

aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou paternité.

Cet article, issu d'un amendement porté par divers sénateurs du groupe Les Républicains<sup>(1)</sup>, vise à prévoir la prise en charge des congés maternité et paternité pour l'ensemble des professions de santé libérales. Les conventions nationales pourront ainsi porter sur cet objet.

## **2. La position de la commission**

Sensible à cet enjeu, le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 35 bis C sans modification.*

\*

\* \*

### *Article 35 bis*

## **Rapport au Parlement sur les indemnités journalières maladie**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article résulte de l'adoption en première lecture par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par M. Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en Marche.

Il prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou en améliorer les contrôles.

Ce rapport devra présenter l'articulation actuelle entre les indemnités journalières perçues au titre de la maladie par les organismes de sécurité sociale et les dispositifs de prévoyance obligatoire et facultative existants, et proposer des pistes d'amélioration.

Ce rapport devra être remis au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2018.

---

(1) Le Gouvernement a émis un avis défavorable lors de l'examen de l'amendement en séance publique.



## 2. Les modifications apportées par le Sénat

S'opposant avec constance à la demande de rapports au Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, tout en reconnaissant l'importance de ce sujet au vu du dynamisme des dépenses concernées.

## 3. La position de la commission

Le rapporteur général souhaite que cet article soit rétabli par l'Assemblée nationale.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI2 de M. Thomas Mesnier.*

**Mme Annie Vidal.** Il s'agit de rétablir la rédaction de l'article adoptée en première lecture par notre assemblée. Nous souhaitons demander un rapport sur les dépenses relatives aux indemnités journalières maladie, en particulier pour ce qui concerne les arrêts dits « courts » ou « itératifs ».

Ces indemnités sont en effet une des composantes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et ces arrêts de moins de trente jours représentent 75 % du volume des arrêts de travail. Il nous semblerait donc pertinent de mieux les caractériser en termes de durée moyenne, de montant des indemnisations, mais également en termes d'articulation avec l'obligation du complément employeur ou encore avec la prévoyance.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

*L'article 35 bis est ainsi **rétabli**.*

\*

\* \*

## *Article 36*

### **Prise en charge de la télémédecine**

#### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

##### *a. Le projet de loi initial*

Cet article prévoit le financement des actes de télé-expertise et de téléconsultation par la voie conventionnelle. Il abroge en conséquence le dispositif expérimental existant qui n'a pas permis d'accélérer le déploiement de la télémédecine.

Il institue en revanche un nouveau cadre expérimental d'une durée de quatre ans pour la télésurveillance médicale.

***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Sur proposition de la commission, l'Assemblée a adopté en séance publique un amendement visant à préciser le champ de l'évaluation qui sera menée au terme des expérimentations de surveillance. Il est notamment précisé qu'elle revêtira une quadruple dimension « *médico-économique, sociale, qualitative et quantitative* ».

Sur proposition de M. Hammouche et contre l'avis du rapporteur général, l'Assemblée a aussi adopté un amendement visant à avancer l'évaluation des expérimentations de deux ans. Cette adoption n'est pas cohérente avec le cadre expérimental qui prévoit une durée d'expérimentation de quatre ans. On ne peut rendre une évaluation « *médico-économique, sociale, qualitative et quantitative* » deux ans avant le terme prévu. Il conviendrait donc soit de revenir sur l'adoption malencontreuse de l'amendement, soit de prévoir qu'il s'agira d'un rapport d'étape.

Enfin, l'Assemblée a adopté trois amendements de nature rédactionnelle.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté outre deux amendements de coordination ou de nature rédactionnelle un amendement qui «  *vise à préciser le champ des expérimentations de télésurveillance, qui doivent concerner aussi bien les patients pris en charge en ville qu'en établissement de santé ou en établissement médico-social* ».

Sur proposition du Gouvernement, le Sénat a aussi adopté un amendement visant à habiliter les partenaires conventionnels à négocier avec l'assurance maladie la possibilité pour les pharmaciens d'officine de participer au développement de la télémédecine.

**3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS59 de M. Joël Aviragnet.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS20 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous souhaitons tous passer de la parole aux actes en matière de télé-médecine, et la généraliser, après avoir déjà beaucoup tardé avec les expérimentations. Il faut à présent aller le plus vite possible. J'ai vu que le directeur de la CNAMTS, M. Revel, s'était récemment engagé à obtenir, au niveau des négociations conventionnelles, un acte de téléconsultation, ce qui permettra de rémunérer le médecin au bout de la chaîne de télé-médecine, en particulier dans les territoires fragilisés, les déserts médicaux, où la télé-médecine doit pleinement jouer son rôle. Il faut arrêter les expérimentations et entrer dans le vif du sujet.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, comme en première lecture, en tant que l'amendement remet en question l'expérimentation de la télésurveillance. Tout d'abord, les expérimentations peuvent commencer tout de suite. Ensuite, la télésurveillance ce n'est pas identique à la téléconsultation et à la télé-expertise : elle concerne des pathologies dont les traitements peuvent avoir des incidences sur les modalités de la prise en charge télé-médicale. Les solutions techniques appliquées sont étroitement liées aux types de cas clinique. Cela fait intervenir des prestataires de service de façon plus importante que dans le cadre de la télé-expertise. Pour toutes ces raisons, nous allons dans le même sens que le Gouvernement, qui souhaite expérimenter la télésurveillance.

*La commission rejette cet amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 36 sans modification.*

\*

\* \*

*Article 36 bis*

### **Définir par décret les actes de télé-radiologie et leur prise en charge financière**

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat d'amendements identiques présentés par des sénateurs issus de divers groupes politiques en dépit de l'avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à prévoir la définition, par décret, des actes de télé-radiologie ainsi que leur prise en charge financière. Son objet consiste également à davantage conforter le régime juridique des actes de télé-radiologie, en tant qu'actes médicaux, afin d'éviter l'apparition de sociétés de prestations de services peu soucieuses de l'application des règles déontologiques.

## 2. La position de la commission

Des amendements similaires ont été discutés à l'Assemblée nationale mais ont été rejetés pour les raisons suivantes.

L'enjeu est d'importance mais ne peut se résoudre par cette seule mesure législative. L'application de la déontologie relève avant tout de la compétence de l'ordre qui disposera bientôt de nouveaux pouvoirs pour agir. Le projet de loi de ratification de l'ordonnance relative au fonctionnement des ordres de santé, actuellement en cours d'examen par le Parlement, généralise ainsi la possibilité accordée aux présidents des conseils d'ordinaux d'ester en justice ainsi que la faculté des mêmes conseils à se porter partie civile.

En outre, il n'existe pas d'actes de télé-radiologie en tant que tels. En effet, la télé-médecine ne répond pas à une approche par discipline médicale. Elle comprend cinq actes médicaux comme la téléconsultation ou la télé-expertise ou la télésurveillance : la charte de télé-radiologie se réfère d'ailleurs à ces définitions réglementaires.

Enfin l'article prévoit que la télé-radiologie doit faire l'objet d'une prise en charge financière par décret en contradiction avec l'objet même de l'article 36 qui fait entrer la télé-médecine dans le champ conventionnel.

Pour les mêmes raisons, le rapporteur général propose de supprimer cet article.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI43 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de supprimer cet article introduit par les sénateurs et qui vise à définir par décret les actes de télé-radiologie et leur prise en charge financière. Pour les mêmes raisons évoquées en première lecture, cela ne me semble pas souhaitable.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*En conséquence, l'article 36 bis est **supprimé**.*

\*

\* \*

*Article 37*

**Modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

***a. Le projet de loi initial***

Pour être pris en charge par la sécurité sociale, un acte ou une prestation doit faire l'objet d'une inscription sur la liste des actes et prestations (LAP). La procédure nécessite une instruction du dossier par la Haute Autorité de santé (évaluation médicale), par les commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP<sup>(1)</sup>, évaluation scientifique et technique) et enfin par l'Union nationale des caisses d'assurances maladies (UNCAM) pour la tarification.

Cet article précise les conditions dans lesquelles l'avis de la Haute Autorité de santé est requis, reconnaît l'inscription des actes ou prestations réalisées en équipe, notamment dans le cadre des protocoles de coopération, et instaure une procédure d'instruction rapide des dossiers par l'UNCAM en cas de blocage dans les CHAP.

L'article précise aussi le cadre juridique et financier des protocoles de coopération qui ne font aujourd'hui l'objet que d'un financement dérogatoire et limité dans le temps. Le dispositif prévoit la possibilité de définir des thèmes prioritaires de coopération permettant ainsi une instruction accélérée des dossiers. Le suivi des protocoles est renforcé avec l'intégration de la Haute Autorité de santé au sein du collège des financeurs. Enfin, l'article pérennise le financement des actes pluri-professionnels testés dans le cadre de ces protocoles de coopération.

***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Sur proposition de la commission, l'Assemblée a adopté en séance publique un amendement visant à supprimer la procédure d'instruction accélérée des CHAP, consistant à les dessaisir temporairement de leur compétence pour laisser à l'UNCAM le soin de décider unilatéralement de l'inscription des actes à la nomenclature en cas de blocage : ce dessaisissement temporaire intervient lorsque les CHAP ne se sont pas prononcés dans un délai de onze mois.

Le rapporteur général estime que le dessaisissement des CHAP, bien que temporaire, n'est pas propice à l'instauration d'un rapport de confiance avec les professionnels de santé. En outre, selon les informations qui lui ont été transmises, aucun blocage des séances n'a été constaté depuis au moins l'année 2011. Par ailleurs, lors des rares cas de désaccords, le vote a pu être reporté à une séance suivante afin de favoriser un consensus. Le rapporteur général en a conclu qu'il fallait favoriser une consolidation de la décision du directeur de l'UNCAM plutôt qu'une décision non consensuelle et fragile.

---

(1) Commission de hiérarchisation des actes et des prestations.

L'Assemblée a en outre adopté cinq amendements rédactionnels et de coordination.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté deux amendements dont un amendement de coordination.

L'amendement de fond vise à rétablir la procédure d'instruction accélérée des CHAP en l'assortissant d'une prolongation du délai de six mois supplémentaires lorsque la CHAP compétente « *justifie de difficultés d'ordre technique ou scientifique particulières pour procéder à l'évaluation de l'acte en cause* ».

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général renvoie à ses développements précédents sur la justification de la mesure de suppression adoptée par l'Assemblée nationale. Il estime donc qu'il faut revenir sur la rédaction issue du Sénat.

Outre le rétablissement inopportun de la procédure d'instruction accélérée, l'amendement adopté par le Sénat prévoit une prolongation du délai au terme duquel est constatée l'inaction des CHAP en cas de difficultés. S'il comprend les raisons qui ont amené à cette précision, le rapporteur général estime qu'une telle orientation complique encore davantage le processus. Si des difficultés techniques ou scientifiques existent, il importe au contraire de laisser toute latitude aux CHAP afin de parvenir à une évaluation consensuelle.

\*

*La commission examine l'amendement ASI44 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de revenir sur la suppression votée par l'Assemblée nationale en première lecture d'une partie de l'article 37 qui porte sur la procédure d'instruction accélérée des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP). L'article initial proposait le dessaisissement des CHAP à titre temporaire. Ce n'est pas propice à l'instauration d'un climat de confiance entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Il est fait état de blocages dans ces procédures mais, en remontant jusqu'à 2011, on ne trouve qu'une seule procédure problématique en termes de délais.

*La commission adopte cet amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS25 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous souhaitons quant à nous conserver le rôle des CHAP et ne pas confier la hiérarchisation des actes uniquement à l'Union

nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Les CHAP doivent continuer d'exercer leur travail même si le délai d'onze mois est écoulé.

**M. le rapporteur général.** Vous êtes d'accord qu'il ne faut pas supprimer la possibilité pour les CHAP de faire leur travail et c'est ce que je viens de rétablir avec l'amendement AS144.

*L'amendement est retiré.*

*La commission se saisit de l'amendement AS26 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** La CHAP a pour mission, de par la loi, d'établir les règles de hiérarchisation des actes de la profession et de valider cette hiérarchisation. L'objet de cet amendement est de permettre à la CHAP, qui est une instance paritaire, de piloter et de déterminer la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes.

**M. le rapporteur général.** Je n'ai pas bien saisi le contenu de l'amendement. Vous parlez de « *procédure d'évaluation du coût de la pratique d'un acte* » : s'il s'agit de déterminer un tarif, c'est de la compétence de l'UNCAM, comme le prévoit le code de la sécurité sociale que l'amendement modifie. L'adoption de l'amendement laisserait subsister deux dispositions contradictoires au sein d'un même texte, ce qui n'est pas de nature à clarifier son application. La CHAP évalue le score médical qui sert de base au calcul du tarif effectué par l'UNCAM. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** C'est l'UNCAM qui définit le tarif de l'acte et non la CHAP. Nous pensons que la CHAP doit être l'instance qui détermine la procédure d'évaluation du coût, et ne pas laisser celle-ci uniquement à l'UNCAM.

*La commission rejette cet amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 37 modifié.*

\*  
\* \*

### *Article 38*

## **Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

#### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article vise à mieux réguler les dépenses de médicaments des établissements de santé :

– en instaurant un tarif de remboursement unifié pour les médicaments comparables en termes d’indications ou de visée thérapeutique, afin d’encourager les établissements de santé à prescrire des médicaments génériques ou biosimilaires ;

– en permettant au Comité économique des produits de santé (CEPS) de fixer un prix limite de vente, protecteur des établissements, pour les médicaments de la liste en sus ou rétrocedés ;

– en permettant la modulation de la marge forfaitaire incluse dans le prix de cession des médicaments rétrocedés en cas de modicité de ceux-ci.

Il introduit également une renégociation systématique du prix des médicaments bénéficiant d’une recommandation temporaire d’utilisation (RTU), afin de faciliter leur prise en charge.

Il abroge le mécanisme de minoration forfaitaire de chaque tarif d’hospitalisation lorsqu’un médicament de la liste en sus a été utilisé au cours du séjour.

Enfin, il modifie les modalités de calcul de la tarification du séjour des patients relevant d’un régime étranger coordonné avec le régime français, afin d’y intégrer les produits de santé de la liste en sus, qui restent actuellement à la charge des établissements.

### ***b. Les amendements adoptés par l’Assemblée nationale***

En première lecture, l’Assemblée nationale a adopté en séance publique trois amendements rédactionnels du rapporteur général.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l’initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel bienvenu.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d’adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission examine l’amendement AS21 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement vise à rappeler que la fixation unilatérale d’un tarif n’a vocation à intervenir que de manière subsidiaire, c’est-à-dire à défaut d’accord entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l’entreprise concernée.



*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette cet amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS22 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement vise à garantir que les médicaments de même indication ou de même visée thérapeutique, et similaires en termes de composition, ne puissent pas tirer argument d'une protection brevetaire pour contourner la possibilité de l'éventuelle application d'un tarif unifié, même lorsque leur indication varie légèrement.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. D'une part, la mesure que vous proposez introduit des concepts nouveaux pour la tarification des produits de santé : en effet, ce n'est pas la similarité des principes actifs qui est prise en compte, mais l'indication du produit et son évaluation clinique. Ce concept de similarité des principes actifs serait d'interprétation malaisée et fragiliserait donc l'application de la mesure.

Surtout, l'adoption de cet amendement permettrait aux industriels de contourner le tarif unifié instauré par l'article 38. La quantité de principe actif peut varier grandement d'une présentation pharmaceutique à une autre, y compris pour un même médicament. Par exemple, un médicament vendu sous forme de comprimé peut comprendre 10 milligrammes de principe actif, alors que la forme injectable du même produit en comprendra 20 milligrammes. Dans cet exemple, le tarif unifié doit s'appliquer dans les deux cas. Ce cas de figure est d'ailleurs déjà pris en compte dans l'article, qui précise que « *le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie* ». Je souhaite donc que nous en restions à la rédaction initiale.

**M. Jean-Pierre Door.** Les termes « *comparable* » et « *similaire* » sont différents. L'amendement demande que les principes actifs soient similaires en termes de composition, de quantité et de qualité. Quant à « *comparable* » : qu'est-ce qui est comparable ? Il n'y a pas de réponse.

*La commission rejette cet amendement.*

*Puis elle adopte l'article 38 sans modification.*

\*

\* \*

CHAPITRE III  
**Accroître la pertinence et la qualité des soins**

*Article 39*

**Renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions hospitalières**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

*a. Le projet de loi initial*

Cet article vise à renforcer l'impact du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) en permettant d'octroyer aux établissements de santé un intéressement proportionnel aux économies réalisées, sous la forme d'une dotation du Fonds d'intervention régional.

*b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale*

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de sa commission des affaires sociales imposant la consultation des commissions et conférences médicales d'établissement préalablement à la conclusion des CAQES. Ce même amendement, de rédaction globale, a par ailleurs apporté des modifications rédactionnelles à l'article.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté deux amendements visant à :

– préciser que le calcul de l'intéressement est fait à partir des économies « constatées sur les dépenses d'assurance maladie » ;

– viser les contrats entrant en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, et non seulement ceux conclus à partir de cette date.

**3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI08 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'article 39 est censé améliorer la pertinence et la qualité des soins. À mon sens, il s'agit seulement de réaliser des économies : c'est la logique boutiquière dont nous parlions en début de séance. Quand un établissement manque de moyens, la solution n'est pas de l'en priver encore plus ; on ne soigne pas l'anorexie avec des produits minceur. Comme le dit le professeur

de psychologie Roland Gori, « *l'obsession de la rentabilité à grand renfort de technique nous déshumanise* ». La réussite de notre système de soins, vanté par le monde entier, repose sur une profonde humanité et empathie entre le soignant et le patient. Quand le patient devient un client et le soignant un gestionnaire, c'est tout l'équilibre des structures de santé qui est perturbé. Quand vous incitez à valoriser les bons élèves, qui se révèlent être les grands « austéritaires », et frappez en même temps ceux qui continuent d'investir dans la qualité des soins, vous ne faites qu'accentuer cette situation. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

**M. le rapporteur général.** Vous souhaitez supprimer l'article 39, qui accorde un intéressement aux établissements qui font des efforts sur la pertinence de leurs prescriptions. Je ne reviens pas sur l'étude de la FHF, extrêmement éclairante et qui montre que la ministre de la santé a eu raison de s'engager sur le sentier de l'amélioration de la pertinence des actes.

Vous expliquez dans votre exposé des motifs qu'« *il faut sortir de la vieille logique soviétique de mise en concurrence à l'absurde de façon à augmenter la 'productivité' dans la réduction des dépenses, et passer à une politique de santé moderne et progressiste et rationnelle, visant à optimiser les soins de santé avec des prescriptions adaptées soignant rapidement et efficacement les patients.* » C'est exactement l'objectif du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) !

Voici quelques exemples d'indicateurs pris en compte dans ce nouveau contrat : part d'achat de génériques et de bio similaires, bon usage des antibiotiques, mise en œuvre de la déclaration systématique des événements indésirables graves... Ce ne sont absolument pas des économies qui seraient faites sur le dos du patient ou des professionnels de santé. Au contraire, cela récompense les établissements vertueux en leur attribuant un intéressement. Si vous supprimez cet article, vous ne laissez que les sanctions. Nous sommes plus pour l'incitation que pour la sanction. Avis défavorable.

**Mme Annie Vidal.** Quand j'entends dire que la pertinence équivaut à réaliser des économies, cela me gêne beaucoup. La pertinence, c'est faire juste ce qu'il faut pour le patient. Les exemples sont nombreux de prescriptions non pertinentes, systématiques et parfois délétères pour le patient car trop invasives.

*La commission rejette cet amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 39 sans modification.*

\*

\* \*

*Article 40*

**Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

***a. Le projet de loi initial***

Cet article vise à favoriser la maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux.

Pour encourager le juste recours aux dispositifs médicaux, il encadre les visites médicales et instaure à cet effet une procédure de certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS). Il étend par ailleurs la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux dispositifs médicaux. Il prévoit enfin la conclusion d'une charte de qualité des pratiques professionnelles des visiteurs médicaux d'ici septembre 2018 dont le non-respect est sanctionné par une pénalité.

Le texte comporte également plusieurs modifications de l'encadrement des activités de formation dispensées par les visiteurs médicaux et du régime de publicité des dispositifs médicaux. Il précise le régime d'interdiction de la publicité auprès du public et procède à l'instauration d'un régime d'autorisation pour la publicité auprès des professionnels de santé. Il prévoit enfin l'encadrement des démarchages publicitaires au sein des établissements de santé grâce au levier de la certification.

***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Outre huit amendements rédactionnels ou de coordination, l'Assemblée a adopté en séance publique trois amendements substantiels à l'initiative du rapporteur général.

- Le premier dispose que la HAS ne fait qu'établir la procédure de certification visant à encadrer la pratique du démarchage publicitaire et renvoie à un décret la définition de sa mise en œuvre. L'amendement reporte également à 2019 la mise en œuvre de la certification pour permettre une concertation avec les acteurs. Il vise à rassurer les entreprises du secteur des dispositifs médicaux particulièrement inquiètes des conséquences qu'entraînerait la certification des activités publicitaires.

- Le deuxième vise à préciser les conditions dans lesquelles le constat du manquement à la charte des visiteurs de dispositifs médicaux est effectué. Selon le projet de loi initial, l'application du dispositif repose sur l'association des professionnels du secteur à l'application effective d'une charte portant sur l'encadrement du démarchage publicitaire des visiteurs médicaux. Le rapporteur général ne partage pas cette rédaction, estimant que la règle de droit n'a pas à prévoir expressément l'association des professionnels aux constats du manquement aux obligations de la charte. S'il est légitime de se plaindre d'une

mauvaise application d'une règle, il n'est pas souhaitable d'organiser par le droit le principe d'une « *dénonciation* ».

- Le troisième amendement modifie les dispositions du texte relatives au droit de la publicité des dispositifs médicaux auprès des professionnels de santé. L'article 40 systématisé en effet un régime d'autorisation par l'octroi d'un visa qui sera délivré par l'Agence nationale sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Cette modification a suscité de nombreuses questions. Elle imposait aux entreprises du secteur des dispositifs médicaux un formalisme administratif et requerrait de l'ANSM une adaptation à un afflux massif de dossiers, sans doute à moyens constants.

Par ailleurs, le texte déposé par le Gouvernement supprime malencontreusement les dispositions relatives au régime d'autorisation des dispositifs médicaux non remboursables présentant un risque important santé humaine.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Deux séries d'amendements ont été adoptées par le Sénat en séance publique.

Une première série, comportant un amendement de la commission des affaires sociales, a pour objet la limitation de l'encadrement des activités de publicité en faveur des dispositifs médicaux à la seule promotion de ces produits. La commission s'interroge en effet « *sur la portée de ces dispositions, alors que la présentation et l'information adaptées des dispositifs médicaux par leurs fabricants constituent une obligation déjà prévue et réglementée dans le cadre européen* ».

Une seconde série d'amendements identiques vise à supprimer le nouvel article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale qui autorise la subordination de la prise en charge de médicaments, de dispositifs médicaux et de leurs prestations associées à des renseignements portés par le professionnel de santé sur l'ordonnance. Selon l'exposé des motifs des amendements, cette disposition « *porte également le risque de remettre en cause le principe même du secret médical, le remboursement des éléments présents sur l'ordonnance étant en effet conditionné par un contrôle de l'Assurance maladie* ».

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose de revenir sur les modifications apportées par le Sénat.

- S'agissant de la suppression de l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale, le rapporteur général partage la volonté d'épargner du temps

médical et de réduire les contraintes administratives. Sur ce point la ministre des solidarités et de la santé a déclaré, lors de l'examen du texte en séance publique, que la mesure « *ne fera pas perdre de temps au médecin, puisqu'on pourra intégrer [le dispositif] dans les logiciels de prescription* ».

Du reste, la mesure ne mentionne aucune dérogation expresse au regard du secret médical défini et encadré par le code de la santé publique. En l'absence de précisions, c'est le droit commun qui a donc vocation à s'appliquer comme l'a rappelé la ministre à l'Assemblée nationale en séance publique.

Il faut aussi rappeler que cette pratique a déjà cours à l'hôpital. Lorsqu'un médicament extrêmement onéreux est prescrit, le médecin doit en préciser la raison à la pharmacie de l'hôpital. La visée d'un tel dispositif est avant tout pédagogique : il s'agit au moment de la prescription, d'inciter le prescripteur à réfléchir à l'adéquation de sa prescription avec les recommandations, en lui demandant de faire l'effort d'indiquer pour quelle indication il prescrit, ou s'il a bien effectué un test avant la prescription.

Le rapporteur général rappelle en outre que la mesure doit permettre d'accompagner la modification de la structure de prescription en France, signe d'une meilleure qualité des prescriptions. À court terme, cette mesure serait très utile pour la prescription des médicaments antibiotiques pour lesquels le constat est alarmant : la France consomme 30 % d'antibiotiques de plus que la moyenne européenne. L'utilisation d'ordonnances dédiées, permettant de lier la prescription à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) ou au renseignement d'une indication, est en outre une mesure retenue dans le cadre du plan de lutte contre l'antibiorésistance.

- S'agissant de la limitation de la portée de la charte d'encadrement de la publicité aux seules activités de promotion, le rapporteur général ne partage pas la position du Sénat. Ces modifications ne font que maintenir une certaine confusion entre le régime juridique de la publicité des dispositifs médicaux (DM) et l'encadrement des démarches « *d'entrisme* ». Ce sont deux enjeux distincts.

Le régime de publicité a vocation à préciser quel DM peut ou non faire l'objet d'une publicité auprès du public ou des professionnels de santé. Il est placé sous le contrôle de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

La charte, quant à elle, n'entre pas dans le cadre de ce régime juridique. Elle a plutôt vocation à s'appliquer à la démarche des visiteurs médicaux par la promotion de la qualité de la formation, à l'encadrement des pratiques commerciales ou promotionnelles, à la qualité de l'information apportée. Son application relève du contrôle du comité économique des produits de santé. La démarche n'a pas une visée prescriptive mais améliorative.

\*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS76 de M. Gilles Lurton.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS145 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je souhaite rétablir des dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture. Le Sénat a entendu limiter la portée de l'encadrement de la publicité aux seules activités de promotion considérant que la charte, instituée par le présent article duplique la réglementation européenne, ce qui est inexact.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS77 de M. Gilles Lurton.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement AS77 avait été retiré en première lecture, à la suite des explications de la ministre.

*La commission **rejette** cet amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS78 et AS79 de M. Gilles Lurton.*

*Ensuite de quoi, la commission est saisie de l'amendement AS146 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** l'article 40 **modifié**.*

\*

\* \*

#### *Article 41*

### **Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### *a. Le projet de loi initial*

Cet article prévoit l'extension, au secteur des dispositifs médicaux qui représente environ 13 milliards d'euros au seul titre des dépenses remboursables, des mécanismes de régulation des dépenses applicables aujourd'hui aux médicaments.

À cet effet, il vise à renforcer sensiblement les capacités d'action du CEPS <sup>(1)</sup> par un soutien de l'assurance maladie prenant la forme d'une mise à disposition « *gratuite* » de personnels et de participation aux dépenses de systèmes d'information.

Il accorde la possibilité au CEPS de diminuer les tarifs et les prix lorsqu'un plafond de dépenses est atteint. Il précise le contenu des accords prévoyant des remises assises sur le volume de vente et en facilite le versement en conditionnant les remises à une prise en charge effective. Il vise à inciter le secteur à produire des données économiques fiables au CEPS en vue de rééquilibrer les conditions de négociation tarifaire. Il modifie en outre le cadre des négociations conventionnelles portant sur les dispositifs médicaux de la ligne générique pour les pharmaciens d'officine. Enfin, il instaure un prix plafond s'agissant des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus des établissements de santé.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Lors de l'examen de l'article en séance publique, l'Assemblée a adopté six amendements rédactionnels et un amendement de précision.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Outre un amendement rédactionnel, le Sénat a adopté une série d'amendements identiques, dont l'un à l'initiative de sa commission des affaires sociales, en dépit de l'avis défavorable du Gouvernement. Ils visent tous à supprimer le dispositif d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs des dispositifs médicaux et des prestations associées au-delà d'un plafond de dépenses.

Le Sénat a aussi adopté un amendement présenté par une sénatrice du groupe Les Républicains malgré l'avis défavorable du Gouvernement. Cet amendement vise à ne permettre qu'aux seuls syndicats représentatifs des pharmaciens de négocier le prix des dispositifs médicaux avec le CEPS, à l'exclusion des groupements de pharmaciens qui représenteraient une partie suffisamment importante, comme le prévoit le texte présenté par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale.

## **3. La position de la commission**

- Le rapporteur général propose de revenir sur la suppression du mécanisme de baisse des prix décidée par le Sénat.

L'enjeu de la maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux est d'importance. C'est la raison pour laquelle il convient de se doter d'outils de régulation appropriés.

---

(1) Comité économique des produits de santé



En outre, le dispositif n'est pas impératif, le texte prévoyant une simple possibilité d'action par le Comité économique des produits de santé.

Au contraire de ce que le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat a écrit, les dispositions ne semblent pas « *dérisoires au regard des enjeux associés à la négociation des prix et des tarifs au niveau européen* ». La nécessaire coordination européenne ne peut être dissociée des outils mis en place au niveau national. Lors de l'examen du texte en première lecture, les débats parlementaires ont révélé la nécessité de réguler certaines dépenses remboursables. La commission avait même adopté un amendement d'appel portant sur le coût prohibitif des véhicules pour personnes handicapées, à l'initiative de notre collègue M. Adrien Taquet.

Par ailleurs, la suppression opérée par le Sénat porte une mesure qui ne peut être isolée des autres apports du projet de loi. L'article permettra de disposer de meilleurs éléments de comparaison européens, notamment sur les niveaux de prix pratiqués à l'étranger. Si des prix plus faibles dans d'autres pays européens étaient constatés, le CEPS serait en mesure renégocier les conditions de prise en charge ou, en cas d'échec, de fixer des prix limite de vente aux patients à des niveaux plus bas que ceux actuellement pratiqués.

Lors de l'examen du texte par l'Assemblée en première lecture, la ministre des solidarités et de la santé a enfin précisé que la « *baisse de prix tiendra compte du virage ambulatoire et du fait que les marges peuvent être moins importantes dans ce secteur* ».

• Le rapporteur général propose également de revenir sur les dispositions visant à ne permettre qu'aux seuls syndicats représentatifs des pharmaciens de négocier le prix des dispositifs médicaux avec le CEPS. L'article 41 permet de simplifier le dispositif de négociation des dispositifs médicaux sous ligne générique et autorise dorénavant les syndicats de pharmaciens à négocier directement avec le CEPS. Ce vide juridique est aujourd'hui comblé. Il n'est en revanche pas complètement utile de davantage « *verrouiller le dispositif* » en ne le permettant pas aux groupements de pharmaciens dont la taille serait suffisamment importante.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI47 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il rétablit les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture.

*La commission adopte cet amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement ASI48 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de revenir à la première lecture au sujet de la représentativité des pharmaciens dans le cadre de la négociation des prix des dispositifs médicaux avec le CEPS.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** ensuite successivement les amendements AS80 et AS81 de M. Gilles Lurton.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 41 **modifié**.*

\*

\* \*

#### *Article 42*

### **Uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

##### *a. Le projet de loi initial*

Cet article procède à deux modifications.

Il prévoit tout d'abord l'inscription de la mention « *non remboursable* » sur l'ordonnance du prescripteur en cas d'absence d'accord de prise en charge par l'assurance maladie.

Il précise ensuite les critères de déclenchement de la procédure de demande d'autorisation préalable. Aux trois critères aujourd'hui existant, le texte en ajoute un quatrième : l'existence d'alternatives moins coûteuses pourra ainsi justifier le recours à l'accord préalable. Le projet de loi modifie aussi la portée de l'un des critères actuels - le « *caractère particulièrement coûteux* » - en précisant qu'il pourra être excipé en cas de risque ou de mésusage « *anticipés* ». Le texte prévoit enfin que, dans les échanges entre le médecin traitant et l'assurance maladie, l'application de la règle selon laquelle le silence vaut acceptation fera l'objet de délais différenciés selon la nature de la prestation.

L'article dispose que l'initiative de la procédure, aujourd'hui dévolue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), pourra revenir aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale soit en formulant une proposition à l'UNCAM, soit directement lors de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit.

L'article organise aussi le contrôle *a posteriori* de la mise en œuvre effective de la procédure. Il charge les distributeurs de s'assurer que l'accord de prise en charge a bien été rendu sous peine de recouvrement de l'indu.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

Lors de l'examen de l'article en séance publique, l'Assemblée a adopté trois amendements rédactionnels.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Outre un amendement rédactionnel, le Sénat a adopté deux amendements substantiels.

Un premier amendement, adopté sur proposition de sa commission des affaires sociales, tend à encadrer le nouveau critère permettant de déclencher la procédure de demande d'accord préalable. Lorsque le critère du « *recours à une autre prestation est moins coûteux* » est invoqué, il doit être tenu compte de l'état de santé du patient.

Un second amendement vise à restreindre la capacité des ministres à proposer une demande d'accord préalable en ne visant que les situations justifiées par des raisons de santé publique.

## **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose de revenir sur la modification apportée par le Sénat à l'initiative de la commission s'agissant du recours à la demande d'accord préalable. En effet, la mise en place d'une demande d'accord préalable sur une prestation n'équivaut pas à une restriction de l'accès de cette prestation. Elle permet seulement de vérifier que la prise en charge est pertinente pour le patient considéré. Il n'y a donc pas de perte de chance.

Il est proposé de ne pas revenir sur l'autre amendement, le Gouvernement ayant émis un avis de sagesse lors de l'examen du texte par le Sénat.

\*

*La commission examine les amendements AS27 de M. Jean-Pierre Door et AS149 du rapporteur général.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'accord préalable ne pose pas problème : il est tout à fait logique d'en demander pour certains actes ou traitements, mais il est très important que ne soit pas inscrite sur les ordonnances la pathologie pour laquelle le patient est traité. C'est un problème majeur de secret médical. Il y a quelques années, quand l'accord préalable était demandé, on se servait de lettres cachetées. Si c'est sur l'ordonnance d'un produit prescrit, tout le monde connaîtra la situation médicale du patient.

**M. le rapporteur général.** Je partage votre interrogation quant à la lourdeur potentielle de la mesure. Je ne suis pas favorable à la mention « *non remboursable* ». J'ai réfléchi au retour en arrière sur ce point, mais il risquerait de freiner le recours à certains médicaments et l'expérience du Levothyrox nous confirme qu'il ne faut pas prendre ce sujet à la légère. Néanmoins, je suis plutôt d'accord avec ceux des syndicats de médecins qui rejettent l'idée de devoir porter à la main la mention « *non substituable* » sur les ordonnances.

La mention « *non remboursable* » sera automatisée par les logiciels de prescription et concernera des produits de santé pour lesquels il est prévu qu'aucun diagnostic ne soit porté sur l'ordonnance. En revanche, la prescription d'un antibiotique complexe s'accompagnera des résultats de l'antibiothérapie. Cela ne contrevient nullement aux dispositions en vigueur en matière de secret médical telles que les prévoit le code de la santé publique.

**M. Jean-Pierre Door.** En êtes-vous sûr ?

**M. le rapporteur général.** Absolument : aucune obligation ne sera faite d'indiquer un diagnostic sur les ordonnances.

Autant je ne suis pas loin d'approuver votre premier argument, même s'il conviendrait d'évaluer l'externalité négative qu'entraînerait pour les patients la suppression de ce type de mesure, que je n'irai pas moi-même jusqu'à supprimer, autant votre inquiétude relative au secret médical, quant à elle, n'est pas partagée par les professionnels que j'ai consultés suite à votre interpellation en première lecture. Je vous propose donc de retirer cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Je comprends votre raisonnement mais vous prie de ne pas me mener trop loin en bateau. Autrefois, les accords préalables étaient adressés par lettre cachetée à la caisse d'assurance. Le présent texte prévoit ouvrir la possibilité de l'inscription ou du renouvellement de l'inscription sur l'ordonnance, laquelle sera confiée au patient mais peut aussi être donnée à une secrétaire ou autre. Je mets donc en garde : le secret médical doit être respecté et, pour ce faire, je vous demande de modifier les alinéas 2 et 3.

*La commission rejette l'amendement AS27.*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je vous propose, monsieur le rapporteur général, de défendre votre amendement AS149.

**M. le rapporteur général.** Il vise à rétablir la rédaction de l'alinéa 14 adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale : « *– le recours à une autre prestation est moins coûteux* ».

*La commission adopte l'amendement AS149.*

*En conséquence, l'amendement AS42 tombe.*

*La commission adopte l'article 42 modifié.*

\*

\* \*

### *Article 43*

## **Extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article vise à étendre les procédures de mise sous objectif et de mise sous accord préalable à tous les professionnels de santé. L'intention du Gouvernement est de prévoir leur application aux sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes pour les prescriptions qu'ils sont amenés à délivrer.

L'article a également vocation à préciser les critères de ciblage qui permettent d'en justifier le recours.

Il prévoit enfin le non-remboursement des prestations réalisées dans les établissements de santé omettant de faire une demande d'accord préalable.

Cet article avait été adopté sans modification par l'Assemblée lors de son examen en première lecture.

### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel sur proposition de sa commission des affaires sociales.

### **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 43 sans modification.*

\*

\* \*

*Article 43 bis*

**Suppression de la commission des équipements matériels lourds de l'UNCAM  
et la procédure de fixation des tarifs**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article a été adopté par le Sénat, sur proposition de divers sénateurs issus du groupe Les Républicains, contre l'avis du Gouvernement. Il vise à abroger les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale insérés par l'article 99 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2017.

Ces deux derniers articles prévoient la consultation d'une commission composée des professionnels du secteur chargée d'émettre un avis sur les propositions du directeur général de l'UNCAM en matière d'évolution des forfaits techniques (frais d'investissements et d'exploitation des équipements d'imagerie médicale). S'ensuivent des négociations conventionnelles qui, en l'absence d'aboutissement, peuvent se traduire par une décision unilatérale du directeur général de l'UNCAM portant sur les forfaits techniques.

**2. La position de la commission**

La Cour des comptes a souligné les enjeux financiers considérables portant sur les forfaits techniques dont les dépenses ont enregistré une augmentation significative (+ 40 % depuis 2010). Elle met également en exergue le caractère très discutable des bases de calcul.

Les articles du code de la sécurité sociale précités permettent de limiter cette hausse même si on peut regretter la mise en place d'une procédure très dérogoire au droit commun conventionnel.

Il est donc proposé de supprimer l'article 43 bis.

\*

*La commission examine les amendements identiques AS150 du rapporteur général et AS85 de M. Gilles Lurton.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement AS150 vise à supprimer cet article qui abroge l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ; c'est un débat que nous avons déjà eu en première lecture.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement de suppression vient d'être très bien défendu par M. le rapporteur général.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS150 et AS85.*

*En conséquence, l'article 43 bis est **supprimé**.*

\*

\* \*

## CHAPITRE IV Moderniser le financement du système de santé

### *Article 44 bis*

### **Suppression de l'obligation de tiers-payant généralisé sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté en séance publique à l'initiative du Gouvernement. Il vise à supprimer la disposition de la loi de modernisation de notre système de santé prévoyant l'obligation de tiers-payant généralisé à compter du 30 novembre 2017 sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire. Lors de sa présentation, la ministre des solidarités et de la santé a fait état des conclusions de la mission de l'inspection générale des affaires sociales réalisée sur ce sujet. Selon ses termes, « *le tiers payant ne pourra être généralisé à l'ensemble de la population dans le calendrier et les conditions fixées, des avancées techniques étant indispensables* ».

L'article maintient toutefois le principe du tiers-payant pour certaines dépenses prises en charge pour les bénéficiaires de l'assurance maternité, les patients atteints d'une affection longue durée ou des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

La ministre s'est engagée à mener une concertation avec l'ensemble des parties prenantes « *pour définir un calendrier opérationnel et identifier les publics prioritaires pour lesquels le tiers payant sera garanti* » et a annoncé, comme le prévoit le dispositif adopté par l'Assemblée, la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement avant le 31 mars 2018.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Considérant sans doute que la rédaction adoptée par l'Assemblée était dépourvue d'effet juridique, le Sénat a cru bon d'adopter un amendement rédactionnel, remplaçant les mots : « *chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par* » par les mots : « *Après l'article L. 162-1-20 du code de la sécurité sociale, il est inséré* ».

#### **3. La position de la commission**

Le rapporteur général se serait satisfait de la version adoptée par l'Assemblée nationale et encore plus d'une adoption conforme. Magnanime, il propose toutefois d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

*La commission examine l'amendement AS71 de Mme Éricka Bareigts.*

**Mme Éricka Bareigts.** Cet amendement vise à supprimer l'article 44 *bis* qui prévoit de rendre le tiers payant « généralisable » – ce qui, pour nous, revient à le faire disparaître. Les syndicats de médecins libéraux, en effet, refusent le réel progrès social que représente la généralisation du tiers payant. Sans doute des travaux techniques devaient-ils être achevés s'agissant de la part des mutuelles mais, en ce qui concerne la part de la sécurité sociale, nous estimons que le tiers payant peut être généralisé. D'ailleurs, le rapport de l'IGAS auquel faisait référence la ministre est beaucoup moins clair qu'il n'y paraît et laisse supposer qu'un progrès était possible sur ce volet. Cela aurait permis d'éviter un renoncement. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons la suppression de cet article qui constitue selon nous un véritable recul.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Que s'est-il passé depuis l'adoption de la loi de modernisation de la santé qui prévoyait la généralisation du tiers payant intégral ? Acte I : le Conseil constitutionnel a censuré la généralisation de la part complémentaire. Il ne s'agit donc pas d'un choix politique mais d'une décision du Conseil constitutionnel qu'il a justifiée par l'absence de garanties apportées aux professionnels quant à l'applicabilité réelle du tiers payant généralisé intégral. Acte II : le rapport commandé par la ministre de la santé à l'IGAS fait état de difficultés concrètes concernant l'application du tiers payant généralisé, rejoignant ainsi le rapport préfigurant la réflexion politique sur la généralisation du tiers payant, qui évoquait un « chantier monumental » voué à durer plusieurs années.

Telles sont les conditions qui justifient pleinement de ne pas prendre de risques vis-à-vis du système de santé, des patients et des professionnels, notamment des médecins libéraux, et de proposer une solution pragmatique consistant à tendre vers un tiers payant généralisé pour l'ensemble des médecins et des patients. Il convient de ne pas l'imposer aujourd'hui, non seulement parce que nous ne disposons pas encore de la solution technique nécessaire, mais aussi parce que les premiers concernés n'ont pas donné leur assentiment.

À l'origine, la carte Vitale devait être mise en place de manière très brutale mais il a finalement été décidé de faire confiance aux médecins, en prenant le pari qu'ils adopteraient naturellement la carte si elle fonctionnait ; le taux de couverture des médecins par la carte Vitale est désormais supérieur à 95 %. Autrement dit, si nous mettons à la disposition des médecins libéraux une solution technique opérationnelle englobant l'assurance maladie et l'assurance complémentaire qui permettra aux patients de se contenter de passer leur carte Vitale ou toute autre carte dans un lecteur afin d'obtenir une garantie de paiement sans délai et sans difficulté technique, les médecins l'adopteront naturellement parce que ce mode de paiement est plus pratique qu'un chèque – qui traîne parfois dans un tiroir ou dont le patient demande de retarder l'encaissement en attendant son remboursement –, des espèces ou encore des impayés. La généralisation sera plus pratique lorsqu'elle fonctionnera. Nous ne voulons pas imposer un dispositif



en espérant qu'il fonctionne ; le Conseil constitutionnel s'y refuse, tout comme la mission de l'IGAS et l'ensemble des syndicats de professionnels. La solution pragmatique est donc celle du tiers payant généralisable consistant à tendre vers un dispositif qui bénéficiera à tous. Nous ferons ainsi reculer le renoncement aux soins – encore une fois, toutes les études montrent que dans 90 % des cas, le renoncement aux soins onéreux pour raisons financières concerne les soins dentaires, optiques et auditifs. Dans ce domaine aussi, nous sommes très ambitieux puisque nous entendons supprimer le reste à charge pour ces soins d'ici à la fin du mandat.

Le Gouvernement prend très au sérieux la question du renoncement aux soins, sur laquelle la ministre de la santé s'est engagée résolument. Il convient juste de faire les choses dans l'ordre pour que notre action réussisse, car nous prendrions un risque considérable à créer une large brèche qui déstabiliserait le système.

**M. Pierre Dharréville.** Mme Bareigts a rappelé la lecture que l'on peut faire du rapport de l'IGAS. Le problème du recul que constitue la disposition qui figure en l'état dans le PLFSS, c'est que nul ne sait où il s'arrêtera. La volonté politique d'instaurer le tiers payant généralisé fait défaut. Le glissement sémantique de « généralisé » à « généralisable » n'échappe à personne. Le choix de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour en créer les conditions n'est pas fait ; à ce stade, nous ne voyons rien venir et c'est un problème.

**Mme Éricka Bareigts.** Nous ne remettons pas en cause la volonté qu'a la ministre d'améliorer l'accès aux droits mais, étant donné la position des syndicats de médecins sur cette mesure, le glissement qui se prépare est clair.

Sans doute aurait-il été préférable de franchir le premier pas en généralisant la part de la sécurité sociale en se donnant le temps de prendre les mesures techniques concernant la part complémentaire. La démarche, dans ce cas, aurait été réellement « généralisable ».

Enfin, le tiers payant généralisé s'applique à l'île de La Réunion, département français d'outre-mer, et personne ne s'en plaint.

*La commission rejette l'amendement AS71.*

*Puis elle adopte l'article 44 bis sans modification.*

\*

\* \*

*Article 44 ter*

**Rapport au Parlement portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article a été adopté en séance publique à l'initiative de la commission. Il a pour objet de demander au Gouvernement un rapport « *sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité* ».

L'exposé des motifs évoque les personnes en situation de handicap, mais aussi d'invalidité, ainsi que celles qui vivent sous le seuil de pauvreté et celles qui se heurtent à des refus de soins. Il semble important que le Parlement dispose de toutes les informations nécessaires sur ce problème considérable.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté un amendement visant à étendre le champ du rapport afin d'envisager « *l'accès global – et pas seulement financier – aux soins des personnes handicapées* ».

**3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 44 ter sans modification.*

\*

\* \*

*Article 47 bis*

**Rapport au Parlement sur la mise en place d'un établissement financier dédié à l'investissement immobilier des établissements de santé publics**

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance au Sénat d'un amendement de M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales (membre du groupe Les Républicains), avec un avis de sagesse du Gouvernement.

Il prévoit que le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard neuf mois après la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modalités de la mise en

place d'un établissement financier dédié à l'investissement immobilier des établissements de santé publics.

## 2. La position de la commission

Si le rapporteur général partage pleinement les préoccupations du Sénat sur l'évolution et le financement de l'investissement hospitalier, la demande d'un rapport au Gouvernement sur la création d'une banque d'investissement sanitaire n'est pas de nature à faire avancer efficacement ce débat.

\*

*La commission examine l'amendement AS112 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de supprimer cet article car, si la préoccupation du Sénat concernant l'évolution et le financement de l'investissement hospitalier est tout à fait légitime, la demande d'un rapport au Gouvernement sur la création d'une banque d'investissement sanitaire n'est toutefois pas de nature à faire avancer efficacement le débat. Cela étant dit, j'appelle votre attention sur la grande vigilance du secteur hospitalier face à la chute importante des investissements immobiliers, de l'ordre de 4 milliards d'euros en 2016, le niveau d'investissement étant tombé à un niveau qui n'avait plus été connu depuis 2002. Autrement dit, l'effort demandé année après année à l'hôpital public entraîne une baisse de l'investissement ; nous devons être très vigilants.

*La commission **adopte** l'amendement AS112.*

*En conséquence, l'article 47 bis est **supprimé**.*

\*

\* \*

### *Article 48*

## **Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

#### *a. Le projet de loi initial*

Cet article prolonge la période transitoire prévue au sein des nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui devait initialement prendre fin le 28 février 2017, jusqu'au 31 décembre 2019.

Il introduit également plus de souplesse dans la mise en œuvre de ce dispositif : possibilité de moduler le rythme de déploiement en fonction des

catégories d'établissements ; plus grande flexibilité des modalités de facturation des établissements privés ; assouplissement du mode de calcul du coefficient de rééducation-réadaptation.

### ***b. Les amendements adoptés par l'Assemblée nationale***

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a souhaité préciser par un amendement rédactionnel l'un des amendements, lui-même rédactionnel, adopté par l'Assemblée nationale.

## **3. La position de la commission**

Une nouvelle fois, le rapporteur général se serait satisfait d'une adoption conforme de l'article par le Sénat. Il propose néanmoins l'adoption de cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS47 de M. Joël Aviragnet.*

*Puis elle **adopte** l'article 48 **sans modification**.*

\*

\* \*

### *Article 50*

## **Mesure d'efficience et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social**

### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

#### ***a. Le projet de loi initial***

Cet article introduit diverses mesures relatives aux établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESSMS) :

– la possibilité d'une caducité seulement partielle des autorisations délivrées à ces établissements ;

– des dispositions harmonisant les différents types de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoires ;

– la suppression de l’opposabilité des conventions collectives de travail aux ESSMS obligatoirement signataires d’un CPOM, et, par conséquent, la suppression de la procédure d’agrément des conventions collectives signées par ces établissements.

### ***b. Les amendements adoptés par l’Assemblée nationale***

En séance publique, l’Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Nathalie Élimas et de ses collègues du groupe MODEM prévoyant la libre affectation des résultats des ESSMS signataires d’un CPOM, dans une logique de responsabilisation accrue de ces établissements.

Pour les EHPAD, cette liberté d’affectation des résultats est déjà prévue au niveau réglementaire, à l’article R 314-43 du code de l’action sociale et des familles.

L’amendement adopté prévoit que ce principe de libre affectation s’appliquera aux établissements concernés par les CPOM prévus aux IV *ter* de l’article L. 313-12 et à l’article L. 313-12-2 du code de l’action sociale et des familles. Ces CPOM devront ainsi prévoir l’affectation des résultats d’exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d’État.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté deux amendements :

– l’un rédactionnel ;

– l’autre transposant aux CPOM de l’article L. 313-12-2 du code de l’action sociale et des familles les dispositions déjà applicables aux CPOM « EHPAD » sur l’obligation de conclure un CPOM commun lorsqu’un même organisme gestionnaire gère plusieurs de ces établissements sur le territoire.

Cet amendement de la commission des affaires sociales du Sénat, adopté contre l’avis du Gouvernement, prévoit ainsi que *« lorsqu’un organisme gère plusieurs de ces établissements et services situés dans le même ressort territorial et financés par la même autorité de tarification, un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens est conclu pour l’ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire et l’autorité de tarification. Dans les cas où cette dernière réunit le président du conseil départemental et le directeur de l’agence régionale de santé, ce contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d’autres départements de la même région, sous réserve de l’accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l’agence »*.

Il ajoute une condition supplémentaire par rapport aux CPOM « EHPAD », en prévoyant que ces établissements doivent être financés par la même autorité de tarification.

### 3. La position de la commission

L'objectif de l'amendement adopté par le Sénat – pousser à la conclusion de CPOM pluri-établissements dans le secteur des établissements pour personnes handicapées, afin d'accélérer la transformation de l'offre – est louable.

Cependant, sur la forme, le rapporteur général considère que le maintien de cette disposition n'est pas souhaitable, et nuirait à la lisibilité d'un droit déjà très complexe, d'autant plus qu'une disposition à la rédaction très similaire est déjà prévue par l'article 50 pour permettre la conclusion de CPOM multi-activités.

En outre, des imprécisions rédactionnelles rendraient probablement inopérante cette disposition. Ainsi, l'amendement adopté par le Sénat fait mention d'une autorité de tarification « réunissant » le président du conseil départemental et l'ARS. Par ailleurs, s'il traite bien du cas dans lequel des ESSMS de plusieurs départements de la même région relèvent de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS et du président du conseil départemental, il omet totalement le cas dans lequel des ESSMS relèvent de cette compétence tarifaire conjointe au sein d'un même département.

Enfin, comme l'a souligné la ministre lors du débat en séance publique au Sénat, cette disposition est déjà prévue et largement encouragée dans l'ensemble des instructions adressées aux ARS pour la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur médico-social.

Cette disposition aurait donc pour principal effet de supprimer la marge de manœuvre bienvenue dont disposent aujourd'hui les ARS et les conseils départementaux pour juger de l'opportunité et du bien-fondé de ces regroupements au cas par cas.

Le rapporteur général propose donc la suppression de cette disposition.

\*

*La commission est saisie de l'amendement ASI10 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) s'inscrivent dans une logique d'austérité. Tous les professionnels de santé vous diront que cette logique comptable tue le travail et en détruit le sens, en particulier dans les EHPAD. Il est plus que temps, je le répète, de sortir de ces carcans budgétaires.

Cependant, cet article franchit un cran supplémentaire en permettant à ces contrats de déroger aux conventions collectives des salariés des EHPAD. Nous

avons pourtant auditionné les syndicats des EHPAD et leur constat est largement partagé : dans le contexte actuel, les conditions de travail sont rudes, dangereuses pour la santé et psychologiquement éreintantes. C'est pour cette raison que l'opposabilité des conventions collectives doit à tout prix être maintenue pour sanctuariser le droit du travail, au moins là où se trouvent les soignants qui supportent les insuffisances de la politique dans le secteur médico-social. Pour ces salariés, par respect pour leur travail et l'énergie qu'ils consacrent à accueillir nos anciens, je demande la suppression de cet article.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. La « cépomisation » – un vilain barbarisme construit à partir des CPOM – doit permettre une véritable adéquation des ressources aux besoins des établissements. Elle met fin à des conventions tripartites négociées sur des bases qui n'étaient pas toujours transparentes et qui ne donnaient que peu de souplesse et, surtout, aucune visibilité aux établissements. Le CPOM, au contraire, instaure un cadre contractuel qui lie l'ensemble des parties.

Par ailleurs, vous vous inquiétez de la suppression de l'opposabilité des conventions. Pour mémoire, depuis 1975, les accords d'entreprise et les conventions collectives dans le secteur social et médico-social privé à but non lucratif doivent encore faire l'objet d'un agrément en raison de leur impact potentiel sur les finances publiques. La suppression de l'opposabilité des conventions n'est donc que la conséquence de la fin de la procédure d'agrément.

*La commission **rejette** l'amendement AS110.*

*Elle passe à l'amendement AS113 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 10 parce que la lecture qu'a faite le Sénat du texte relatif aux CPOM multi-activités dans le secteur du handicap ajoute de la complexité à un droit qui est déjà peu lisible. La mesure adoptée par le Sénat aurait pour effet de supprimer la marge de manœuvre bienvenue dont disposent aujourd'hui les agences régionales de santé et les conseils départementaux pour juger de l'opportunité et du bien-fondé d'un regroupement de structures au sein du même CPOM au cas par cas.

*La commission **adopte** l'amendement AS113.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS60 de M. Joël Aviragnet.*

*Elle **adopte** l'article 50 **modifié**.*

\*

\* \*

*Article 50 bis*

**Dépenses de fonctionnement des conférences des financeurs**

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée a adopté en séance publique cet article additionnel à l'initiative du Gouvernement.

Pour mémoire, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement <sup>(1)</sup> a créé dans chaque département une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA).

À ce titre, les départements bénéficient de deux concours financiers de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à hauteur de 180 M€.

En 2015 et 2016, des crédits supplémentaires destinés à couvrir des dépenses d'ingénierie ont été versés aux départements et financés sur les réserves de la CNSA (5,1 M€ en 2016).

Cet article additionnel pérennise et simplifie ce financement. Il introduit la possibilité de financer les dépenses liées au fonctionnement de la conférence des financeurs à travers l'un des concours versés par la CNSA aux départements, tout en prévoyant une limite maximale à ce financement, qui sera fixée par arrêté.

Il est proposé dans le même temps de permettre d'utiliser ces crédits pour assurer le fonctionnement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie – instance créée par la même loi en remplacement du comité départemental des retraités et personnes âgées et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées – qui connaissent des retards d'installation.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté deux amendements à cet article, à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

Le premier amendement cherche à apporter une réponse à la sous-consommation des crédits relatifs à « l'APA II ».

La seconde part du concours APA, créée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, est versée par la CNSA aux départements et contribue au financement :

– de la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile pour les personnes les moins autonomes ;

---

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



- de la diminution de la participation financière des bénéficiaires de l’APA à domicile ;
- du droit au répit des aidants ;
- de la revalorisation des salaires des professionnels du secteur de l’aide à domicile.

En 2017, le montant total des crédits relatifs aux conférences des financeurs, mais aussi au financement de la seconde part de l’APA, n’a pas pu être consommé par les départements, faute d’une préparation suffisante. Sur les 486 millions d’euros consacrés en 2017 à ces deux postes budgétaires, seuls 280 millions d’euros ont fait l’objet d’une dépense effective par les départements.

L’amendement adopté au Sénat prévoit que dans le cas où les départements n’ont pu entièrement consommer les crédits du montant destinés à la seconde part de l’APA, le reliquat de leur part calculée après répartition est porté en complément du montant de la première part de l’APA après répartition.

Le second amendement propose d’introduire l’expérimentation suivante : dans les départements où la conférence des financeurs est installée, l’agence régionale de santé serait incitée à investir les centres locaux d’information et de coordination (Clic), s’ils disposent des moyens humains et structurels nécessaires, des missions habituellement attribuées aux méthodes d’accompagnement et d’intégration pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer (MAIA).

### **3. La position de la commission**

En ce qui concerne le premier amendement adopté par le Sénat, force est de constater que pour le moment, le recul dont nous disposons est insuffisant pour procéder à une évolution législative des concours APA.

Pour mémoire, les critères de répartition de la deuxième part du concours APA ont déjà été modifiés par décret afin de tenir compte de la lenteur de la montée en charge de la réforme.

Par ailleurs, la solution proposée par le Sénat n’est pas satisfaisante, et risquerait notamment d’encourager l’absence de revalorisation des plans d’aide à domicile par les conseils départementaux. Si une solution doit être apportée à moyen terme, elle ne pourra passer que par une réflexion plus globale sur les concours APA, et non pas en transférant le reliquat non consommé de l’APA II au montant de l’APA I.

En ce qui concerne le second amendement adopté par le Sénat, le rapporteur général s’interroge sur l’intérêt du dispositif expérimental proposé par le Sénat, qui fait écho à un amendement déjà adopté lors du dernier PLFSS par la Chambre haute. En effet, il n’existe aujourd’hui aucun obstacle à ce

rapprochement entre CLIC et MAIA, et un CLIC peut tout à fait assumer les missions d'une MAIA.

L'introduction de cette disposition est d'autant plus surprenante que l'article 49 du présent projet de loi autorise parallèlement les ARS à utiliser les crédits dédiés au financement des dispositifs MAIA pour le financement d'un autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées.

Le rapporteur général propose donc de rétablir cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

\*

*La commission examine l'amendement AS114 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement relatif aux alinéas 2 et 3 adopté au Sénat prévoit que dans le cas où les départements n'ont pu entièrement consommer les crédits du montant destinés à la seconde part de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le reliquat de leur part calculée après répartition est porté en complément du montant de la première part de l'APA après répartition. L'objectif de cette disposition est de répondre à la sous-consommation des crédits de l'APA II, dont la montée en charge est encore lente.

D'une part, le recul dont nous disposons est insuffisant pour procéder à une évolution législative des concours APA. Ensuite, les critères de répartition de la deuxième part du concours APA ont déjà été modifiés par décret afin de tenir compte de la lenteur de la montée en charge de la réforme. Enfin, la solution proposée par le Sénat n'est pas satisfaisante, et risquerait notamment d'encourager l'absence de revalorisation des plans d'aide à domicile par les conseils départementaux.

Si une solution doit être apportée à moyen terme, elle ne pourra passer que par une réflexion plus globale sur les concours APA, et certainement pas par le transfert du reliquat non consommé de l'APA II vers l'APA I.

*La commission adopte l'amendement AS114.*

*Elle passe à l'amendement AS115 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer la proposition du Sénat et à rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée en première lecture concernant le rapprochement déjà possible entre les centres locaux d'information et de coordination gérontologique, les CLIC, et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, les MAIA, d'autant plus que les ARS peuvent d'ores et déjà utiliser les crédits dédiés au financement des MAIA pour d'autres dispositifs d'appui.

*La commission adopte l'amendement AS115.*

Puis elle **adopte** l'article 50 bis **modifié**.

\*  
\* \*

*Article 50 ter*

## **Mutualisation de la prestation de compensation du handicap**

### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement de M. Philippe Mouiller et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Il instaure un principe de mutualisation de la prestation de compensation du handicap (PCH), lorsque plusieurs personnes handicapées qui en sont bénéficiaires occupent des logements sociaux adaptés. Restreintes aux aides humaines et à celles liées à l'aménagement du logement et du véhicule, les modalités de cette mutualisation seraient définies par convention entre le conseil départemental et le bailleur social.

Aujourd'hui, cette mise en commun de la PCH est possible <sup>(1)</sup>, mais elle n'est pas encouragée par les textes.

### **2. La position de la commission**

À première vue, l'intention de cet article apparaît évidemment louable.

En effet, les solutions d'habitat partagé pour les personnes handicapées ont de nombreux atouts. Elles permettent notamment à des personnes en situation de handicap de pouvoir vivre plus près du milieu ordinaire, ou de ne pas maintenir inutilement dans des établissements de santé spécialisés des personnes en situation de handicap psychique ou cognitif qui n'ont plus besoin d'une telle prise en charge mais ne peuvent pas vivre de manière totalement autonome.

La question de la mutualisation entre plusieurs personnes souhaitant financer ensemble une aide à domicile dans un logement partagé autonome n'est pas une question nouvelle, et avait notamment été évoquée dans les conclusions de la conférence nationale du handicap de 2014.

---

(1) Elle est notamment mentionnée dans le vade-mecum de la prestation de compensation du handicap établi par les services ministériels : « Des personnes handicapées à domicile peuvent être amenées à mutualiser des aides humaines (notamment en ce qui concerne la surveillance), mais aussi certaines aides techniques (lève-personne, dispositif de sortie pour ordinateur, revue d'écran), un aménagement de logement ou de véhicule. Dans ce cas, il est fait d'abord application pour chaque personne des tarifs et montants de droit commun, le montant effectif attribué pour chaque élément étant toutefois ajusté dans la limite des frais qu'elle supporte. »

Elle a par la suite été approfondie par un rapport de l'IGAS de novembre 2016 sur l'évolution de la PCH. Ce rapport a très clairement mis en garde sur les risques d'une telle possibilité de mutualisation.

En effet, si les acteurs du domaine des handicaps psychique et cognitif, pour lesquels l'habitat partagé apparaît comme une solution particulièrement appropriée, sont très favorables à cette mutualisation de la PCH, la majorité des associations auditionnées par la mission de l'IGAS se sont déclarées hostiles à cette possibilité, insistant en particulier sur le respect du principe fondamental qu'est l'individualisation du droit à compensation du handicap, mais aussi sur la nécessité de ne pas réduire l'habitat partagé à une source d'économies systématique.

Dans le même esprit, le Conseil national consultatif des personnes handicapées a rappelé dans un avis en date du 10 avril 2017 que la majorité de ses membres sont fermement opposés au principe de la mise en commun de tous les éléments de la PCH, et demande à ce qu'une « *vigilance soit portée aux dispositifs de mise en commun de la PCH qui, élargis, amèneraient à créer un nouveau type d'établissements dans lesquels les personnes ne pourraient plus choisir librement leur projet de vie* ».

Le rapporteur général souhaite donc la suppression de cet article, considérant que cette proposition très sensible n'a visiblement pas fait l'objet d'une concertation suffisante avec les acteurs du secteur.

\*

*La commission examine les amendements identiques AS152 du rapporteur général et AS75 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. le rapporteur général.** Cet article issu d'un amendement du Sénat est une fausse bonne idée. L'amendement AS152 vise à supprimer un article adopté par le Sénat consacrant la possibilité de mutualiser la prestation de compensation du handicap (PCH), une idée loin d'être nouvelle qui ne fait pas du tout l'unanimité parmi les associations représentant les personnes handicapées, la majorité d'entre elles y étant même opposées. Le principe de l'individualisation de la PCH ne doit pas être remis en cause. Il est regrettable d'envisager la question de l'habitat partagé par la seule lorgnette des économies qui pourraient être réalisées. Par ailleurs, le rôle attribué par cet article au conseil départemental et aux bailleurs sociaux pourrait être ambigu. N'oublions pas que ces choix de vie doivent être faits par et pour les personnes concernées. Je propose donc la suppression de l'article.

**M. Christophe Naegelen.** Cet article additionnel adopté par le Sénat instaure un principe de mutualisation de la PCH lorsque plusieurs personnes handicapées qui en sont bénéficiaires occupent des logements sociaux adaptés. En pratique, cette mise en commun est déjà possible et il n'est pas souhaitable d'aller plus loin dans la consécration de la possibilité de mutualiser, car cela porterait

atteinte au principe cardinal d'individualisation de la compensation du handicap et pourrait conduire à la réduction du montant de la prestation versée au total. Dans sa rédaction issue du Sénat, cet article laisse bien peu de place au libre choix de la personne handicapée ; c'est au conseil départemental et au bailleur social qu'il appartiendrait de définir cette mutualisation, ce qui pourrait conduire à des dérives.

Cette proposition n'a manifestement pas fait l'objet de la concertation nécessaire avec les représentants des personnes handicapées, qui sont pourtant les premières concernées.

**M. le rapporteur général.** Je félicite le groupe Les Constructifs pour le travail accompli sur cet amendement et le remercie d'avoir soulevé ce sujet.

*La commission adopte les amendements AS152 et AS75.*

*En conséquence, l'article 50 ter est supprimé.*

\*

\* \*

#### *Article 51*

### **Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à la Haute Autorité de santé (HAS)**

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article prévoit la fusion de l'ANESM – agence chargée d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent – avec la HAS.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique trois amendements rédactionnels ou de coordination.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement de coordination bienvenu.

#### **3. La position de la commission**

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

*La commission adopte l'article 51 sans modification.*

\*

\* \*

## **TITRE VI DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

### *Article 57*

#### **Renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude**

##### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Cet article renforce et harmonise l'arsenal de sanctions en vue de lutter plus efficacement contre la fraude aux prestations sociales, notamment dans la branche maladie, tout en élargissant la possibilité de recourir davantage à des avertissements lorsque les manquements constatés ne méritent pas de sanctions pécuniaires.

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique deux amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur général.

##### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Outre un amendement de coordination, le Sénat a adopté deux amendements à l'initiative de sa commission des affaires sociales :

– le premier plafonne la pénalité financière applicable en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et augmente de 5 000 à 10 000 euros la pénalité forfaitaire créée par le présent article en cas de méconnaissance du droit de communication dont bénéficient les organismes de sécurité sociale au regard de personnes non identifiées ;

– le deuxième offre la possibilité de recourir à la procédure de saisie conservatoire lorsque le constat est réalisé par des agents de contrôle de la mutualité sociale agricole (MSA) et précise que le document remis par l'agent lors du contrôle du cotisant doit rappeler les dispositions légales applicables à la procédure de contrôle.

##### **3. La position de la commission**

● S'agissant des dispositions relatives à la fraude aux prestations, le rapporteur général souscrit à la nécessité juridique d'encadrer l'ensemble des pénalités encourues. Il conteste en revanche l'opportunité d'aggraver la pénalité forfaitaire créée par l'article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale. Il

est par définition difficile de s'assurer *a priori* du caractère suffisamment dissuasif d'une sanction administrative, ce dont on ne saurait déduire que celle-ci doit faire l'objet d'une surenchère.

En l'état du droit en vigueur, la méconnaissance du droit de communication des organismes de sécurité sociale s'agissant de personnes non identifiées n'est pas sanctionnée. La création d'une sanction forfaitaire constitue donc une avancée significative dont il conviendra d'ajuster les modalités au regard de l'expérience qu'en fera le réseau des unions de recouvrement.

• S'agissant des dispositions relatives à la fraude aux cotisations, le rapporteur général souscrit aux avancées proposées, qui permettront notamment d'harmoniser les moyens à la disposition des agents de contrôle du régime agricole avec ceux des autres régimes.

Le rapporteur général propose donc d'adopter cet article, moyennant le maintien d'une sanction forfaitaire en matière de droit de communication à 5 000 euros.

\*

*La commission examine l'amendement AS111 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** La fraude aux prestations sociales est pleinement répréhensible et doit faire l'objet de sanctions, mais leur application doit rester conforme aux normes élémentaires de la justice : l'égalité et le principe contradictoire. Or, dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales, les organismes de sécurité sociale ont outrepassé ces normes – ce n'est pas moi qui le dis mais le Défenseur des droits dans le rapport très documenté qu'il a publié en septembre. On y apprend que l'erreur est systématiquement assimilée à une fraude et que les organismes de sécurité sociale poursuivent des objectifs chiffrés de détection des fraudes qui les poussent à faire une interprétation pour le moins extensive d'une fraude qui ne concerne que 0,3 % des usagers.

Cet article renforcera ces dérives. Alors que les allocataires de minima sociaux sont couramment montrés du doigt dans la société, vous en rajoutez une couche en augmentant les pénalités afin de dissuader ceux qui tenteraient de faire de fausses déclarations. Croyez-vous honnêtement que celui qui a touché un trop-perçu d'AAH ou de RSA se sentira libre de partir en vacances pendant deux ans, comme l'a dit le porte-parole du Gouvernement ? On est totalement à rebours des propositions du Défenseur des droits, qui recommande une plus grande souplesse s'agissant de l'échelonnement du remboursement des sommes dues, des chartes d'information et de la prévention – autant d'éléments que vous passez sous silence car l'objectif cyniquement avoué consiste bien à renflouer les finances sociales. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article néfaste.

**M. le rapporteur général.** Je me demande parfois si vous lisez les articles en voulant vraiment comprendre les mesures qu'ils contiennent ou dans un autre

but. Quoi qu'il en soit, votre lecture n'est pas la lecture juridique qu'il faut faire de l'article, la ministre l'a rappelé en séance. Vous citez le Défenseur des droits : j'en ai discuté avec lui. On peut effectivement réfléchir à d'éventuelles améliorations à apporter en matière de reconnaissance du caractère intentionnel de la fraude mais ce n'est pas l'objet de cet article. Il existe déjà dans la branche maladie des sanctions dissuasives pour les assurés, mais pas pour les professionnels de santé ni pour les entreprises. Il s'agit donc de les relever pour que les directeurs de caisses puissent ajuster les sanctions en fonction de la gravité de la faute. D'autre part, la sanction pécuniaire est parfois mauvaise ; l'article ouvre donc plus largement la possibilité pour les directeurs de caisse de prononcer des avertissements. En clair, il n'y a aucune « chasse aux pauvres », mais simplement une lutte proportionnée et réfléchie contre la fraude sociale que toutes les majorités qui se succèdent doivent conduire pour protéger notre régime de protection sociale. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement AS111.*

*Puis elle examine l'amendement AS132 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de rétablir le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale concernant la pénalité prévue en cas de refus de se plier au droit de communication dont disposent les organismes de sécurité sociale, en substituant au montant de 10 000 euros celui de 5 000 euros.

*La commission **adopte** l'amendement AS132.*

*Puis elle **adopte** l'article 57 **modifié**.*

\*

*La commission **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale, **modifié**.*

\*

\* \*



**ANNEXES :**

**LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS  
À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
3	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	57
3	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	100
7	code de la sécurité sociale	L. 131-7
7	code de la sécurité sociale	L. 131-9
7	code de la sécurité sociale	L. 136-7-1
7	code de la sécurité sociale	L. 136-8
7	code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
7	code de la sécurité sociale	L. 172-1
7	code de la sécurité sociale	L. 241-2
7	code de la sécurité sociale	L. 242-1
7	code de la sécurité sociale	L. 242-11
7	code de la sécurité sociale	L. 313-1
7	code de la sécurité sociale	L. 380-3-1
7	code de la sécurité sociale	L. 381-30-4
7	code de la sécurité sociale	L. 382-22
7	code de la sécurité sociale	L. 613-1
7	code de la sécurité sociale	L. 621-3
7	code de la sécurité sociale	L. 755-2-1
7	code rural et de la pêche maritime	L. 731-25
7	code rural et de la pêche maritime	L. 731-35
7	ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	11-1
7	loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social	7
7	loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur	5
7	loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	30

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
7	loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	8
7 bis	code de la sécurité sociale	L. 136-6
7 bis	code de la sécurité sociale	L. 136-7
7 bis	code de la sécurité sociale	L. 245-14
7 bis	code de la sécurité sociale	L. 245-15
7 bis	ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	15
7 bis	ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	16
8	code de la sécurité sociale	L. 241-2-1 [nouveau]
8	code de la sécurité sociale	L. 241-13
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-1
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-2
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-3
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-6 [devient L. 243-6-8]
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-6 [devient L. 243-6-8]
8	code de la sécurité sociale	L. 243-6-7 [nouveau]
8	code de la sécurité sociale	L. 243-7
8	code rural et de la pêche maritime	L. 725-26
8	code rural et de la pêche maritime	L. 741-1
8 bis A	code de la sécurité sociale	L. 241-10
8 bis B	code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
8 bis B	code rural et de la pêche maritime	L. 741-16-1
8 bis	code général des impôts	39
8 bis	code de la sécurité sociale	L. 241-3
8 bis	code de la sécurité sociale	section 4 du chapitre V du titre IV du livre II
8 bis	code de la sécurité sociale	L. 651-3
8 bis	code de la sécurité sociale	L. 651-5
8 bis	code de la sécurité sociale	L. 651-5-3
8 quater	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	8
9	code de la sécurité sociale	L. 161-1-1 [devient L. 131-6-4]
9	loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	28
9	code du travail	Intitulé de la section 1 du chapitre I <sup>er</sup> du titre IV du livre I <sup>er</sup> de la cinquième partie
9	code du travail	L. 5141-1
9	code du travail	L. 5142-2
9 bis	code de la sécurité sociale	L. 642-3
10	code de la sécurité sociale	L. 311-3

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
10	code de la sécurité sociale	L. 133-5-6
10	code de la sécurité sociale	L. 133-5-7
10	code de la sécurité sociale	L. 133-5-8
10	code de la sécurité sociale	L. 133-5-10
10	code du travail	L. 1271-1
10	code du travail	L. 1271-2
10	code de la sécurité sociale	L. 243-1-2
10	code rural et de la pêche maritime	L. 741-1-1
10	code de l'action sociale et des familles	L. 232-15
10	code de l'action sociale et des familles	L. 442-1
10 <i>bis</i>	code de la sécurité sociale	L. 133-5-1
11	code de la sécurité sociale	L. 200-1
11	code de la sécurité sociale	L. 200-2
11	code de la sécurité sociale	L. 200-3
11	code de la sécurité sociale	L. 211-1
11	code de la sécurité sociale	L. 213-1
11	code de la sécurité sociale	L. 215-1
11	code de la sécurité sociale	L. 221-1
11	code de la sécurité sociale	L. 221-3-1
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre II du livre II
11	code de la sécurité sociale	L. 222-1
11	code de la sécurité sociale	L. 223-1
11	code de la sécurité sociale	L. 225-1-1
11	code de la sécurité sociale	L. 227-1
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre III du titre III du livre II
11	code de la sécurité sociale	L. 233-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre I <sup>er</sup> du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sections 1 à 7 et de la sous-section 1 des sections 2 et 3 du chapitre I <sup>er</sup> du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 613-1 [devient L. 611-1]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sections 1 à 5 du chapitre II du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 612-1 à L. 612-6

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Intitulé section I du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sous-sections 1 à 5 de la section 1 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Intitulé de la section 2 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sous-sections 1 à 3 de la section 2 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 133-5-2 [devient L. 613-2]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-7 [devient L. 613-3]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-7-1 [devient L. 613-4]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-7-2 [devient L. 613-5]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-7-3 [devient L. 613-6]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé section 3 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sous-sections 1 et 2 [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 131-6-3 [devient L. 613-9]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé chapitre V du titre I <sup>er</sup> du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 652-7 [devient L. 615-1]
11	code de la sécurité sociale	L. 637-1 [devient L. 615-2]
11	code de la sécurité sociale	L. 637-2 [devient L. 615-3]
11	code de la sécurité sociale	L. 652-4 [devient L. 615-4]
11	code de la sécurité sociale	L. 615-5
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du titre II du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Chapitre I <sup>er</sup> du titre II du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L.621-1 et L.621-2
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre II du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 622-1 à L. 622-3
11	code de la sécurité sociale	L. 613-20 [devient L. 622-2]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-8 [devient L. 622-3]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre III du titre II du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Division et intitulé de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VI [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 623-1 à L. 623-5

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	L. 613-19 [devient L. 623-1]
11	code de la sécurité sociale	L. 623-19-1 [devient L. 623-2]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-19-2 [devient L. 623-3]
11	code de la sécurité sociale	L. 623-19-3 [devient L. 623-4]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-21 [devient L. 623-5]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Chapitre I <sup>er</sup> du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 631-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 632-1 à L. 632-3
11	code de la sécurité sociale	L. 635-5 [devient L. 632-1]
11	code de la sécurité sociale	L. 632-2 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 635-6 [devient L. 632-3]
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre III du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Division et intitulé de la section 2 du chapitre III du titre III du livre VI [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 633-10 [devient L. 633-1]
11	code de la sécurité sociale	L. 633-11
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre IV du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	L. 634-2
11	code de la sécurité sociale	L. 634-2-1
11	code de la sécurité sociale	L. 634-3-1
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre V du titre III du livre VI
11	code de la sécurité sociale	Divisions et intitulés des sections 1 et 2 [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 635-1
11	code de la sécurité sociale	L. 635-4
11	code de la sécurité sociale	L.635-4-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 640-1
11	code de la sécurité sociale	L. 641-1
11	code de la sécurité sociale	Section 3 du chapitre I <sup>er</sup> du titre IV du livre VI [nouvelle]
11	code de la sécurité sociale	L. 652-6 [devient L. 641-8]
11	code de la sécurité sociale	L. 642-6 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-10 [devient L. 643-1 A]
11	code de la sécurité sociale	L. 643-10 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	titre VI du livre VI [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 622-8 [devient 661-1]

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	titre VII du livre VI [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 671-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 160-17
11	code de la sécurité sociale	L. 611-20
11	code de la sécurité sociale	L. 161-8
11	code de la sécurité sociale	L. 161-18
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre I <sup>er</sup> du titre VII du livre I <sup>er</sup>
11	code de la sécurité sociale	Division et intitulé de la section 1 du chapitre I <sup>er</sup> du titre VII du livre I <sup>er</sup> [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 171-2-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 171-3
11	code de la sécurité sociale	L. 171-6-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 171-7
11	code de la sécurité sociale	L. 171-2-1 [nouveau]
11	code de la sécurité sociale	L. 111-11
11	code de la sécurité sociale	L. 114-16-3
11	code de la sécurité sociale	L. 114-23
11	code de la sécurité sociale	L.114-24
11	code de la sécurité sociale	L. 115-9
11	code de la sécurité sociale	L. 123-1
11	code de la sécurité sociale	L. 123-2-1
11	code de la sécurité sociale	L. 133-1-4 [devient L. 133-4-11]
11	code de la sécurité sociale	L. 134-1
11	code de la sécurité sociale	L. 134-3
11	code de la sécurité sociale	L. 134-4
11	code de la sécurité sociale	L. 135-2
11	code de la sécurité sociale	L. 135-6
11	code de la sécurité sociale	L. 136-3
11	code de la sécurité sociale	L. 161-15-4
11	code de la sécurité sociale	L. 168-7
11	code de la sécurité sociale	L 173-2
11	code de la sécurité sociale	L. 182-2-2
11	code de la sécurité sociale	L. 182-2-4
11	code de la sécurité sociale	L.182-2-6
11	code de la sécurité sociale	L. 241-2
11	code de la sécurité sociale	L. 243-6-3
11	code de la sécurité sociale	L. 311-3
11	code de la sécurité sociale	L. 351-15
11	code de la sécurité sociale	L. 381-1
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre II du livre VII

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	Intitulé section 2 du chapitre II du titre II du livre VII
11	code de la sécurité sociale	L. 722-1
11	code de la sécurité sociale	L. 722-1-1
11	code de la sécurité sociale	L. 612-3 [devient 722-4]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-5
11	code de la sécurité sociale	L. 722-6
11	code de la sécurité sociale	L. 722-9
11	code de la sécurité sociale	L. 723-6-2
11	code de la sécurité sociale	L. 742-6
11	code de la sécurité sociale	L. 742-7
11	code de la sécurité sociale	L. 752-4
11	code de la sécurité sociale	L. 756-5
11	code de la sécurité sociale	L. 766-2
11	code de la sécurité sociale	L. 111-11
11	code de la sécurité sociale	L. 114-16-3
11	code de la sécurité sociale	L. 114-23
11	code de la sécurité sociale	L. 114-24
11	code de la sécurité sociale	L. 115-9
11	code de la sécurité sociale	L. 123-1
11	code de la sécurité sociale	L. 123-2-1
11	code de la sécurité sociale	L. 133-1-4 [devient L. 133-4-11]
11	code de la sécurité sociale	L. 134-1
11	code de la sécurité sociale	L. 134-3
11	code de la sécurité sociale	L. 134-4
11	code de la sécurité sociale	L. 135-2
11	code de la sécurité sociale	L. 135-6
11	code de la sécurité sociale	L. 136-3
11	code de la sécurité sociale	L. 161-15-4
11	code de la sécurité sociale	L. 168-7
11	code de la sécurité sociale	L. 173-2
11	code de la sécurité sociale	L. 182-2-2
11	code de la sécurité sociale	L. 182-2-4
11	code de la sécurité sociale	L. 182-2-6
11	code de la sécurité sociale	L. 241-2
11	code de la sécurité sociale	L. 243-6-3
11	code de la sécurité sociale	L. 311-3
11	code de la sécurité sociale	L. 351-15
11	code de la sécurité sociale	L. 381-1

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre II du livre VII
11	code de la sécurité sociale	Intitulé de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VII
11	code de la sécurité sociale	L. 722-1
11	code de la sécurité sociale	L. 722-1-1
11	code de la sécurité sociale	L. 612-3 [devient 722-4]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-5
11	code de la sécurité sociale	L. 722-6
11	code de la sécurité sociale	L. 722-9
11	code de la sécurité sociale	L. 723-6-2
11	code de la sécurité sociale	L. 742-6
11	code de la sécurité sociale	L. 742-7
11	code de la sécurité sociale	L. 752-4
11	code de la sécurité sociale	L. 752-6
11	code de la sécurité sociale	L. 752-9
11	code de la sécurité sociale	L. 756-5
11	code de la sécurité sociale	L. 766-2
11	code des assurances	L. 144-1
11	code rural et de la pêche maritime	L. 732-22
11	code du travail	L. 8221-3
11	code des transports	L. 5553-5
11	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	50
11	code de la sécurité sociale	division et intitulé de la section 2 du chapitre III du titre III du livre I <sup>cf</sup> [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-1-1 à L. 133-1-3 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-1-5 et L. 133-1-6 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	division et intitulé des sections 2 <i>bis</i> et 2 <i>quater</i> du chapitre III <i>bis</i> du titre III du livre I <sup>cf</sup> [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-9 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 133-6-11 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 173-3 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	division et intitulé de la section 5 du chapitre II du titre IV du livre II [supprimé]
11	code de la sécurité sociale	L. 611-1 à L. 611-19 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	L. 612-7 à L. 612-13 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-2 [abrogé]



<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
11	code de la sécurité sociale	L. 613-4 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-9 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-12 à L. 613-14 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-22 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 613-23 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	division et intitulé de la section 4 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre VI [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 614-1 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 614-4 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 622-2 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 622-6 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L.623-1 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 623-2 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 633-9 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 633-11-1 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 634-1 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 634-2-2 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 634-3-2 à L. 634-5 [abrogés]
11	code de la sécurité sociale	division et intitulé du chapitre VII du titre III du livre VI [supprimés]
11	code de la sécurité sociale	L. 651-12 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 651-13 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-2 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-3 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-4 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L.722-5-1 [abrogé]
11	code de la sécurité sociale	L. 722-7 [abrogé]
11	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	50
12	code général des impôts	575 A
12	code général des impôts	575 E bis
13	code général des impôts	1010
13 bis	code général des impôts	1613 ter
13 bis	code général des impôts	1613 quater
13 bis	code général des impôts	520 A
13 bis	code général des impôts	1582
13 bis	code général des impôts	1698 A
13 bis	code rural et de la pêche maritime	L. 731-35
14 bis	code de la sécurité sociale	L. 138-1

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
16	code de la sécurité sociale	L. 382-1
16	code de la sécurité sociale	L. 382-2
16	code de la sécurité sociale	L. 382-3-1 [nouveau]
16	code de la sécurité sociale	L. 382-4
16	code de la sécurité sociale	L. 382-5
16	code de la sécurité sociale	L. 382-6
16	code de la sécurité sociale	L. 382-9
16	code de la sécurité sociale	L. 382-14
16	code du travail	L. 6331-67
16	code du travail	L. 6331-68
16 bis	code de la sécurité sociale	L. 160-17
16 bis	code de la sécurité sociale	L. 160-18
16 bis	code de la sécurité sociale	L. 172-1
16 bis	code rural et de la pêche maritime	L. 722-20
16 bis	code rural et de la pêche maritime	L. 751-1
17 bis	code de la sécurité sociale	L. 243-13
18	code de la sécurité sociale	L. 131-8
18	code de la sécurité sociale	L. 134-6
18	code de la sécurité sociale	L. 135-2
18	code de la sécurité sociale	L. 135-3
18	code de la sécurité sociale	L. 225-1-1
18	code de la sécurité sociale	L. 241-2
18	code de la sécurité sociale	L. 241-6
18	code de la sécurité sociale	L. 862-2
18	code de la sécurité sociale	L. 862-4
18	code de l'action sociale et des familles	L. 541-4
18	code rural et de la pêche maritime	L. 731-35
18	code rural et de la pêche maritime	L. 732-58
18	code général des impôts	1600-0 S
18	code général des impôts	1618 septies [abrogé]
18	code général des impôts	1647
18	loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique	20
25	code de la sécurité sociale	L. 531-5
25	code de la sécurité sociale	L. 531-6
25	code de la sécurité sociale	L. 531-8

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
25	ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	11
25	loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	42
28	code de la sécurité sociale	L. 861-2
32 bis	code de la sécurité sociale	L. 376-1
32 bis	code de la sécurité sociale	L. 454-1
32 bis	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	28-10
32 ter	loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999	41
34	code de la santé publique	L. 3111-1
34	code de la santé publique	L. 3111-2
34	code de la santé publique	L. 3111-3 [abrogé]
34	code de la santé publique	L. 3111-4-1 [devient L. 3111-3]
34	code de la santé publique	L. 3111-9
34	code de la santé publique	L. 3116-1
34	code de la santé publique	L. 3116-2 [abrogé]
34	code de la santé publique	L. 3116-4 [abrogé]
34	code de la santé publique	L. 3821-1
34	code de la santé publique	L. 3821-2 [abrogé]
34	code de la santé publique	L. 3821-3 [abrogé]
34	code de la santé publique	L. 3826-1
35	code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
35	code de la sécurité sociale	L. 221-1
35	code de la santé publique	L. 1433-1
35	loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	43
35	loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013	48
35 bis A	code de la santé publique	L. 1111-23
35 bis B	code de la santé publique	L. 5121-12
35 bis C	code de la sécurité sociale	L. 162-9
35 bis C	code de la sécurité sociale	L. 162-12-2

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
35 bis C	code de la sécurité sociale	L. 162-12-9
35 bis C	code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
35 bis C	code de la sécurité sociale	L. 162-16-1
36	code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
36	code de la sécurité sociale	L. 162-16-1
36	code de la santé publique	L. 6316-1
36	loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	36 [abrogé à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2018]
36 bis	code de la santé publique	L. 6316-1
37	code de la sécurité sociale	L. 161-37
37	code de la sécurité sociale	L. 162-1-7
37	code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-4 [nouveau]
37	code de la sécurité sociale	L. 162-1-8
37	code de la sécurité sociale	L. 4011-2
37	code de la sécurité sociale	L. 4011-2-1
37	code de la sécurité sociale	L. 4011-2-3
38	code de la sécurité sociale	L. 162-16-5
38	code de la sécurité sociale	L. 162-16-6
38	code de la sécurité sociale	L. 162-17-2-1
38	code de la sécurité sociale	L. 162-22-7-2 [abrogé]
38	loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
39	code de la sécurité sociale	L. 162-30-2
39	code de la sécurité sociale	L. 162-30-4
40	code de la sécurité sociale	L. 161-37
40	code de la sécurité sociale	L. 161-37
40	code de la sécurité sociale	L. 161-38
40	code de la sécurité sociale	L. 162-17-9 [nouveau]
40	code de la sécurité sociale	L. 162-17-10 [nouveau]
40	code de la santé publique	L. 5122-15-1 [nouveau]
40	code de la santé publique	L. 5213-1
40	code de la santé publique	L. 5213-2
40	code de la santé publique	L. 5213-3
40	code de la santé publique	L. 5223-1
40	code de la santé publique	L. 5223-2 à L. 5223-5 [abrogés]
40	code de la santé publique	L.6143-7
40	code général des impôts	1635 bis AE
41	code de la sécurité sociale	L. 162-17-3-1 [nouveau]
41	code de la sécurité sociale	L. 165-2-1 [nouveau]

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
41	code de la sécurité sociale	L. 165-3-3
41	code de la sécurité sociale	L. 165-4
41	code de la sécurité sociale	L. 165-7
42	code de la sécurité sociale	L. 162-4
42	code de la sécurité sociale	L. 315-2
42	code de la sécurité sociale	L. 315-3
43	code de la sécurité sociale	L. 162-1-15
43	code de la sécurité sociale	L. 162-1-17
43 bis	code de la sécurité sociale	L. 162-1-9 [abrogé]
43 bis	code de la sécurité sociale	L. 162-1-9-1 [abrogé]
44 bis	code de la sécurité sociale	L. 162-1-21 [nouveau]
44 bis	loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	83
48	code de la sécurité sociale	L. 162-23-15 [devient L. 162-23-16]
48	loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78
50	code de l'action sociale et des familles	L. 313-1
50	code de l'action sociale et des familles	L. 313-12
50	code de l'action sociale et des familles	L. 313-12-2
50	code de l'action sociale et des familles	L. 314-6
50 bis	code de l'action sociale et des familles	L. 233-2
50 bis	code de l'action sociale et des familles	L. 140-10-6
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-1
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-2
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-3
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-5
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-8
50 ter	code de l'action sociale et des familles	L. 245-12
51	code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
51	code de l'action sociale et des familles	L. 312-8
51	code de l'action sociale et des familles	L. 313-12-2
51	code de l'action sociale et des familles	L. 543-1
51	code de la sécurité sociale	L. 161-37
51	code de la sécurité sociale	L. 161-41
51	loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	166
57	code de la sécurité sociale	L. 114-17
57	code de la sécurité sociale	L. 114-17-1
57	code de la sécurité sociale	L. 114-19

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
57	code de la sécurité sociale	L. 133-1
57	code de la sécurité sociale	L. 145-2
57	code de la sécurité sociale	L. 162-1-14-1
57	code de la sécurité sociale	L. 256-4
57	code de la sécurité sociale	L. 376-4

## **LIEN VIDÉO RELATIF À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

– Mardi 27 novembre à 14 heures 30 : Examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 387) (M. Olivier Véran, rapporteur général)

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.5242251\\_5a1c09dc5681b.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2018-27-novembre-2017](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.5242251_5a1c09dc5681b.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2018-27-novembre-2017)