



N° 3587

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2020

## 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 2021**

PAR M. THOMAS MESNIER

Rapporteur général, Rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et la santé, Député

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour l'autonomie et le secteur médico-social, Députée

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Député

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>ère</sup> lecture : **3397, 3432, 3434** et T.A. **490**.  
Commission mixte paritaire : **3577**  
Nouvelle lecture : **3551**

*Sénat* : 1<sup>ère</sup> lecture : **101, 107, 106** et T.A. **22** (2020-2021).  
Commission mixte paritaire : **133** et **134** (2020-2021).



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	11
<b>COMMENTAIRES D'ARTICLES</b> .....	15
<b>DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020</b> .....	15
<i>Article 3</i> : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020 .....	15
<i>Article 3 bis (nouveau)</i> : Généralisation du remboursement de la prestation des opticiens-lunetiers pour les verres n'appartenant pas à la classe « à prise en charge renforcée » ...	17
<i>Article 4 bis</i> : Rapport relatif à l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	18
<i>Article 4 ter (nouveau)</i> : Limitation du plafonnement et de la dégressivité de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les seules structures à but lucratif ...	19
<i>Article 4 quater (nouveau)</i> : Sécurisation juridique de l'exonération de cotisations patronales des structures employant des aides à domicile.....	20
<i>Article 4 quinques (nouveau)</i> : Simplification des contrôles de l'URSSAF s'agissant de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les structures privées à but non lucratif .....	21
<i>Article 6</i> : Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19 .....	22
<i>Article 6 bis A (nouveau)</i> : Compensation par l'État à la branche maladie des dépenses exceptionnelles de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2020 .....	24
<i>Article 6 bis</i> : Dispositions relatives à l'activité partielle.....	26
<i>Article 6 ter</i> : Dispositifs d'allègement des cotisations et contributions sociales à destination des employeurs et des travailleurs indépendants dans le cadre de la crise sanitaire.....	30
<i>Article 6 quater (nouveau)</i> : Dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales à destination des clubs sportifs professionnels dans le cadre de la crise sanitaire.....	37
<i>Article 7</i> : Tableaux d'équilibre pour 2020 .....	39
<i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020 .....	42

<i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.....	45
<b>TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021</b> .....	46
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b> .....	46
Chapitre I <sup>er</sup> – Tenir compte de la crise de la covid-19.....	46
<i>Article 10 A (nouveau)</i> : Rétablissement de la compensation de certaines exonérations sociales .....	46
<i>Article 10</i> : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021 .....	47
<i>Article 13</i> : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE).....	48
<i>Article 13 bis A (nouveau)</i> : Augmentation de l'exonération totale de « TO-DE » à 1,25 SMIC .....	50
<i>Article 13 bis B (nouveau)</i> : Extension de l'exonération « TO-DE » aux entreprises de travaux forestiers.....	51
<i>Article 13 bis C (nouveau)</i> : Réduction du taux de CSG sur la location de foncier agricole non bâti .....	52
<i>Article 13 bis D (nouveau)</i> : Extension de la réduction de 6 points de cotisations sociales « maladie » aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .....	53
<i>Article 13 bis E (nouveau)</i> : Modification du délai de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales .....	54
<i>Article 13 bis F (nouveau)</i> : Diminution de charges sociales pour les médecins retraités exerçant en zone sous dense .....	55
<i>Article 13 bis G (nouveau)</i> : Autorisation du cumul d'exonérations pour les jeunes agriculteurs .....	56
<i>Article 13 ter A (nouveau)</i> : Exonérations de cotisations sociales pour les travailleurs indépendants du secteur viticole ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020.....	57
<i>Article 13 ter B (nouveau)</i> : Exonération de cotisations sociales pour les travailleurs du secteur de la culture de la canne à sucre ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020 .....	58
<i>Article 13 ter</i> : Rétablissement de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à l'adoption de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique .....	60
<i>Article 13 quater</i> : Intégration de l'audiovisuel dans le dispositif « LODEOM » renforcé ..	61
<i>Article 13 quinquiés A (nouveau)</i> : Suppression de la taxe additionnelle sur les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.....	63
<i>Article 13 quinquiés</i> : Suppression de la surcotisation patronale pour la prime de feu .....	64
<i>Article 13 septièmes (nouveau)</i> : Exonération de CSG et de CRDS pour les Français de l'étranger.....	65

<i>Article 13 octies (nouveau)</i> : Exonération pour le cumul d'indemnités des élus locaux .....	67
<i>Article 13 nonies (nouveau)</i> : Expérimentation d'un statut de « junior entrepreneur » .....	68
<b>Chapitre II – Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie</b> .....	69
<i>Article 14 bis A (nouveau)</i> : Exemption d'assiette pour les cartes de service des opérateurs de transport public urbain .....	69
<i>Article 14 bis B (nouveau)</i> : Expérimentation visant au renforcement des mesures relatives à la lutte contre la fraude sociale .....	70
<i>Article 14 bis</i> : Transfert du contentieux relatif à la contribution « obligation d'emploi des travailleurs handicapés » au contentieux de la sécurité sociale .....	72
<i>Article 15</i> : Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles .....	73
<i>Article 15 bis A (nouveau)</i> : Interdiction de modulation de la sanction pour des faits de travail dissimulé commis en bande organisée .....	75
<i>Article 15 bis</i> : Unification du recouvrement des cotisations des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité autour de la Mutualité sociale agricole .....	76
<i>Article 15 sexies (nouveau)</i> : Imputation de la récupération du paiement partiel de cotisations et contributions sociales .....	78
<i>Article 15 septies (nouveau)</i> : Examen automatique de l'éligibilité et de l'accès aux prestations de solidarité .....	79
<b>Chapitre III – Créer la nouvelle branche autonomie</b> .....	80
<i>Article 16</i> : Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie .....	80
<i>Article 16 bis (nouveau)</i> : Réunion d'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie .....	84
<i>Article 16 ter (nouveau)</i> : Mise en place d'une allocation de vie partagée pour accélérer le développement de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées .....	85
<b>Chapitre IV – Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments</b> .....	86
<i>Article 17</i> : Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé .....	86
<i>Article 17 bis A (nouveau)</i> : Diminution de la contribution sur le chiffre d'affaires des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques .....	88
<i>Article 17 bis B (nouveau)</i> : Mise en place d'un barème permettant une graduation du taux de la contribution due au titre du mécanisme de sauvegarde sur les dispositifs médicaux de la « liste en sus » .....	89
<i>Article 17 bis C (nouveau)</i> : Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des médicaments par le Comité économique des produits de santé .....	91
<i>Article 17 bis D (nouveau)</i> : Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des dispositifs médicaux par le Comité économique des produits de santé .....	92
<i>Article 17 bis E (nouveau)</i> : Abattement forfaitaire sur l'assiette de la contribution des entreprises de préparation de médicaments calculé sur la base du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments biologiques similaires .....	94

<i>Article 17 bis F (nouveau) : Exonération de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques pour l'ensemble des médicaments dérivés du sang</i> .....	95
<i>Article 17 bis G (nouveau) : Constitution des stocks en médicaments d'intérêt thérapeutique majeur</i> .....	96
<i>Article 17 bis : Communication par l'assurance maladie aux entreprises des montants remboursés au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » en cours d'année</i> .....	97
<i>Article 17 quater : Rapport sur l'avenir des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies</i> .....	100
<i>Article 17 quinqui (nouveau) : Extension aux tiers payeurs du droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine</i> .....	101
<b>TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	102
<i>Article 18 : Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes et branches de sécurité sociale</i> .....	102
<i>Article 24 et annexe B : Approbation de la trajectoire pluriannuelle</i> .....	104
<b>QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021</b> .....	106
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé</b> .....	106
<i>Article 25 AA (nouveau) : Concertation des professionnels de ville au sein du comité économique de l'hospitalisation publique et privée</i> .....	106
<i>Article 25 A : Soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements au titre de leur action en faveur des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile</i> .....	107
<i>Article 25 B (nouveau) : Financement complémentaire des activités hospitalières en outre-mer et en Corse</i> .....	109
<i>Article 25 bis (nouveau) : Ouverture des négociations relatives à l'avantage social vieillesse des professionnels de santé</i> .....	110
<i>Article 26 : Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé</i> .....	112
<i>Article 27 : Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier</i> .....	114
<i>Article 28 : Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé</i> .....	117
<i>Article 28 bis A (nouveau) : Bilan de la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds d'intervention régional</i> .....	123
<i>Article 28 bis B (nouveau) : Renforcement du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins</i> .....	125
<i>Article 28 bis C (nouveau) : Information de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé</i> .....	126
<i>Article 28 quater : Incitation au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile</i> ...	127
<i>Article 28 quinqui : Rapport sur la réforme de financement des hôpitaux de proximité</i> ...	128
<i>Article 29 : Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine</i> ....	129

<i>Article 29 bis (nouveau) : Inclusion d'un objectif d'externalisation des soins dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins</i> .....	132
<i>Article 30 : Pérennisation et développement des maisons de naissance</i> .....	133
<i>Article 30 bis (nouveau) : Dérogation au parcours de soins coordonné en cas d'orientation par une sage-femme</i> .....	136
<i>Article 31 : Soutien au développement des hôtels hospitaliers</i> .....	137
<i>Article 31 bis : Rapport sur les transports bariatriques</i> .....	138
<i>Article 32 : Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations</i> .....	140
<i>Article 32 bis (nouveau) : Expérimentation du développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence</i> .....	142
<i>Article 33 : Prolongation jusqu'au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux</i> .....	143
<i>Article 33 bis A (nouveau) : Suppression de la procédure spécifique de détermination des forfaits techniques de radiologie</i> .....	144
<i>Article 33 bis B (nouveau) : Possibilité, via la négociation conventionnelle, de verser une aide financière supplémentaire aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité</i> .....	145
<i>Article 33 ter : Conventionnement sélectif des centres de santé</i> .....	147
<i>Article 33 quater : Généralisation du tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé »</i> .....	148
<i>Article 34 : Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole</i> .....	150
<i>Article 34 quater : Création d'un dispositif d'indemnités journalières unique pour les professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnels libéraux</i> .....	151
<i>Article 34 quinqui : Expérimentation de l'ouverture de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse instrumentale aux sages-femmes</i> .....	153
<i>Article 34 sexies : Expérimentation d'un parcours de soins global pour les personnes atteintes de diabète de type 2</i> .....	154
<b>Chapitre II – Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire</b> .....	156
<i>Article 35 ter A (nouveau) : Transmission automatique des informations sur le débiteur de pensions alimentaires auprès d'un créancier</i> .....	156
<i>Article 35 ter B (nouveau) : Sanction du silence gardé par le parent débiteur d'une pension alimentaire</i> .....	157
<i>Article 35 ter : Versement de la prime de naissance au septième mois de grossesse</i> .....	158
<b>Chapitre III – Tirer les conséquences de la crise sanitaire</b> .....	160
<i>Article 36 : Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave</i> .....	160
<i>Article 37 : Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité</i> .....	162

<i>Article 37 bis (nouveau)</i> : Automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.....	163
<i>Article 37 ter (nouveau)</i> : Suppression du transfert du financement de l'Agence nationale de santé publique de l'État à l'assurance maladie.....	164
<b>Chapitre IV – Assouplir et simplifier</b> .....	165
<i>Article 38</i> : Prises en charge dérogatoires des médicaments .....	165
<i>Article 38 bis A (nouveau)</i> : Prise en compte des données de vie réelle lors de l'évaluation par la Haute Autorité de santé des produits de santé.....	172
<i>Article 38 bis B (nouveau)</i> : Actualisation annuelle de la « liste en sus » dispositifs médicaux.....	173
<i>Article 38 bis C (nouveau)</i> : Élargir l'accès à la « liste en sus » .....	174
<i>Article 39</i> : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile .....	175
<i>Article 40</i> : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire .....	176
<i>Article 40 bis</i> : Lutte contre le non recours aux droits et aux prestations .....	177
<i>Article 42</i> : Isolement et contention .....	178
<b>Chapitre V – Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires</b> .....	181
<i>Article 43 A</i> : Amélioration de la lutte contre la fraude aux prestations sociales en développant les contrôles portant sur la régularité du séjour des assurés étrangers en France .....	181
<i>Article 43 BA (nouveau)</i> : Fusion du répertoire national des bénéficiaires de la branche famille et du répertoire national commun de la protection sociale .....	183
<i>Article 43 BB (nouveau)</i> : Annulation automatique d'un numéro d'inscription au répertoire obtenu frauduleusement.....	184
<i>Article 43 BC (nouveau)</i> : Association des tribunaux de commerce à la lutte contre la fraude sociale .....	185
<i>Article 43 DA (nouveau)</i> : Précision dans le code de la sécurité sociale du délai de prescription de cinq ans pour les indus frauduleux .....	186
<i>Article 43 F</i> : Conditionnalité des remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé à leur inscription à l'ordre dont ils dépendent.....	187
<i>Article 43 G (nouveau)</i> : Facilitation des contrôles a priori par l'assurance maladie des professionnels de santé déjà sanctionnés ou condamnés pour fraude.....	188
<i>Article 43 H (nouveau)</i> : Déconventionnement d'office d'un professionnel de santé ayant été sanctionné ou condamné plusieurs fois pour fraude.....	189
<i>Article 43 I (nouveau)</i> : Garantie de l'entrée en vigueur de deux dispositions légales tendant à renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales.....	190
<i>Article 43 J (nouveau)</i> : Évaluation triennale des prestations sociales versées indûment ....	191
<i>Article 43 K (nouveau)</i> : Mise en place et expérimentation de cartes Vitale biométriques ..	192
<i>Article 43</i> : Dotations de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et	

privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et aux agences régionales de santé .....	193
<i>Article 45 bis</i> : Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021 .....	195
<i>Article 46</i> : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité .....	196
<i>Article 46 bis</i> : Simplification des modalités déclaratives des accidents du travail et des maladies professionnelles .....	198
<i>Article 46 ter (nouveau)</i> : Allongement des délais de dépôt des demandes d'indemnisation des victimes de pesticides .....	200
<i>Article 46 quater (nouveau)</i> : Report de la date de remise du rapport du Gouvernement sur les conséquences de la définition retenue pour les produits phytopharmaceutiques couverts par le fonds d'indemnisation .....	202
<i>Article 47 bis</i> : Interdiction du versement d'une pension de réversion à un conjoint condamné pour violences conjugales .....	203
<i>Article 47 ter</i> : Recours à la biométrie pour vérifier l'existence des retraités résidant à l'étranger .....	204
<i>Article 47 quater</i> : Simplification de l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer pour les bénéficiaires d'un congé de proche aidant .....	206
<i>Article 47 quinquies (nouveau)</i> : Réunion d'une conférence des financeurs en vue de redresser les comptes du système de retraite .....	207
<i>Article 49 ter (nouveau)</i> : Expérimentation visant à déléguer aux agences régionales de santé ou aux conseils départementaux la totalité des compétences en matière de tarification des établissements pour personnes âgées .....	208
<i>Article 50 bis (nouveau)</i> : Possibilité de partage de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé entre deux parents séparés .....	209
<i>Article 52</i> : Rapport sur les places en établissement pour personnes en situation de handicap .....	210

**COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION** ..... 213

**ANNEXE : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS  
OU MODIFIÉS À L'OCCASION DU PROJET DE LOI** ..... 287



## AVANT-PROPOS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 27 octobre 2020. Alors que le projet initial comptait 51 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 100, 49 articles additionnels ayant été adoptés.

Le Sénat a adopté 42 articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et a ajouté 67 articles additionnels. Il a par ailleurs supprimé 11 articles, et en a modifié 57 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</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019</b>	
<b>1<sup>er</sup></b>	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019
<b>2</b>	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial (annexe A)
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020</b>	
<b>4</b>	Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
<b>TROISIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER POUR L'EXERCICE 2021</b>	
<b>TITRE I<sup>er</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b>	
<b>11</b>	Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF
<b>12</b>	Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)
<b>13 bis</b>	Exonération de cotisations sociales pour les viticulteurs ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020
<b>13 sexies</b>	Maintien des taux historiques des « PERCO » lors du transfert vers des « PERECO »

Numéros articles	Intitulés articles
14	Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative
14 <i>ter</i>	Encadrement juridique des recours contre des tiers responsables engagés par la CNMSS
15 <i>ter</i>	Transfert de la compétence d'agrément à la CCMSA
15 <i>quater</i>	Création d'un titre simplifié et d'une obligation de déclaration dématérialisée pour les marins
15 <i>quinquies</i>	Déclaration et versement, par les employeurs adhérents au GUSO leurs cotisations, contributions et impôts par voie dématérialisée
17 <i>ter</i>	Relèvement de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques en faveur de la dotation à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)
<b>TITRE II</b> <b>CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
19	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V
20	Tableaux d'équilibre 2021 des régimes obligatoires
21	Tableaux d'équilibre du régime général
22	Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV
23	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes
<b>QUATRIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2021</b>	
<b>CHAPITRE IER</b> <b>METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉCUR DE LA SANTÉ</b>	
25	Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD
28 <i>bis</i>	MIG violences conjugales
28 <i>ter</i>	Rescrit tarifaire
33 <i>bis</i>	Tiers payant pour les frais relatifs à l'IVG
34 <i>bis</i>	Suppression du délai de carence applicable aux indemnités journalières versées aux non-salariés agricoles en cas de « travail aménagé
34 <i>ter</i>	Droit aux IJ pour les salariées agricoles en raison d'un accident de travail dû à leur activité non salariée agricole.
34 <i>septies</i>	Expérimentation d'une consultation longue sur la santé sexuelle pour tous les jeunes de 15 à 18 ans
<b>CHAPITRE II</b> <b>ALLONGER LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT</b> <b>ET LE RENDRE POUR PARTIE OBLIGATOIRE</b>	
35	Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire
35 <i>bis</i>	Transmission d'informations aux caisses d'allocations familiales assurant l'intermédiation des pensions alimentaires
<b>CHAPITRE IV</b> <b>ASSOULIR ET SIMPLIFIER</b>	
38 <i>bis</i>	Mise à disposition du CEPS des montants de recherche et développement reçus

Numéros articles	Intitulés articles
<b>CHAPITRE V DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b>	
<b>43 B</b>	Prestations indues à un NIA
<b>43 C</b>	Plafonds des fraudes aux prestations vieillesse ou familiales
<b>43 D</b>	Sanction de la fraude à la situation familiale et au lieu de résidence
<b>43 E</b>	Durée de validité des cartes Vitale
<b>44</b>	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
<b>45</b>	ONDAM et sous-ONDAM
<b>48</b>	Objectif de dépense de la branche vieillesse
<b>49</b>	Objectif de dépense de la branche famille
<b>49 bis</b>	Étendre et adapter à Mayotte plusieurs prestations de sécurité sociale par voie d'ordonnances
<b>50</b>	Objectif de dépense de la branche autonomie
<b>51</b>	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Source : commission des affaires sociales.

Après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 17 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, les 125 articles restant en discussion.



## COMMENTAIRES D'ARTICLES

### DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

#### *Article 3*

### **Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- Cet article prévoit la mise en place d'une contribution exceptionnelle due par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) encore en activité à la fin de cette année.

Ces organismes composés des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assurances, ont réalisé des économies sur l'exercice 2020, en raison de l'épidémie de covid-19 et du confinement. Les Français ont en effet massivement reporté leurs soins dans un certain nombre de secteurs couverts par ces organismes, comme le dentaire ou l'optique. Le remboursement intégral de la téléconsultation par l'assurance-maladie obligatoire explique aussi une part des économies effectuées par les OCAM, à hauteur de 100 millions d'euros.

L'écart entre les prévisions de dépenses des organismes complémentaires et la réalité du recours au soin pendant la période du confinement leur a permis de réaliser des économies d'environ 2,2 milliards d'euros.

La contribution exceptionnelle prévue par le présent article est justifiée par l'effort que doivent fournir les organismes complémentaires afin de garantir l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, au titre de leur participation à l'accès universel à la santé. Elle s'appuie sur une assiette proche de celle de la TSA, dont ils sont déjà redevables, qui comprend l'ensemble des sommes relatives aux primes ou cotisations, ainsi que leurs accessoires, versées par les assurés aux organismes complémentaires. La principale différence relève de l'exclusion des cotisations des particuliers couvrant les garanties d'indemnités au titre des indemnités journalières complémentaires. Cette exclusion se justifie notamment par

la nécessité d'une juste appréciation de l'effort que doivent fournir les organismes complémentaires.

Le taux retenu pour l'exercice 2020 est de 2,6 %, ce qui correspond à une contribution de 1 milliard d'euros. Les modalités de recouvrement de cette taxe sont les mêmes que celles de la TSA. Cette première contribution est complétée par une contribution au taux de 1,3 % pour l'exercice 2021, prévue à l'article 10 du présent projet de loi.

Le montant de la contribution retenu tient compte des risques de perte de recettes auxquels les organismes complémentaires pourraient faire face, en raison de l'accélération de la portabilité des droits, du report et du non-paiement des cotisations, ou encore d'un effet « rebond » de la consommation des soins. Tandis que le dernier effet pourrait être marginal en l'état des modélisations, les deux premiers sont soumis à une plus grande marge d'incertitude, compte tenu de la difficulté de prévoir les effets de la crise sanitaire et économique sur l'emploi comme sur la trésorerie des entreprises.

● Cet article n'a pas fait l'objet d'amendement en première lecture à l'Assemblée nationale.

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

● Contre l'avis de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a adopté en séance publique trois amendements identiques de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de Mme Annie Le Houérou et ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain et de Mme Raymonde Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, instaurant une différenciation dans la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires, avec un taux de 3 % pour les compagnies d'assurance privées à but lucratif et un taux de 2,2 % pour les mutuelles et instituts de prévoyance à but non lucratifs.

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

● En cohérence avec son avis exposé en séance publique, le rapporteur général estime que cet article diminuerait largement le montant de la contribution exceptionnelle demandée pour l'année 2020 aux OCAM, pour un montant de plusieurs centaines de millions d'euros. Cette perte de recettes serait particulièrement malvenue dans le contexte financier actuel qui affecte l'assurance-maladie.

Il n'a en outre pas été fait la démonstration qu'il y aurait un critère objectif pour altérer l'assiette retenue pour la contribution exceptionnelle, comparable à celle de la TSA, en favorisant les mutuelles et les instituts de prévoyance aux dépens des assurances.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

*Article 3 bis (nouveau)*

**Généralisation du remboursement de la prestation des opticiens-lunetiers pour les verres n'appartenant pas à la classe « à prise en charge renforcée »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 3 *bis* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement de Mme Chantal Deseyne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales, contre l'avis du Gouvernement.

● Cet article vise à étendre le bénéfice de la réduction de 7 points par rapport au taux commun de la taxe de solidarité additionnelle, qui est de 20,27 %, aux seuls organismes d'assurance maladie complémentaires (OCAM) qui proposent, dans le cadre de contrats individuels ou collectifs à adhésion obligatoire ou facultative une prise en charge intégrale de l'adaptation des verres correcteurs par les opticiens-lunetiers. Cette prise en charge intégrale serait étendue aux équipements n'appartenant pas à la classe dite « à prise en charge renforcée », telle que prévue par la réforme du « 100 % Santé ».

Cette réforme, adoptée en 2018, prévoit un remboursement intégral des prestations dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire pour des produits et prestations sont répartis par « classes », en fonction du caractère primordial du service rendu et du rapport entre le service et le tarif<sup>(1)</sup>.

Dans le cadre de cette réforme, une nouvelle prestation dite « prestation adaptation de la prescription médicale de verre correcteur » a été créée afin de permettre aux opticiens-lunetiers de renouveler les ordonnances en adaptant la correction des patients après un examen de la réfraction, et ainsi de limiter l'encombrement des consultations ophtalmologiques. Cette prestation est intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, pour les équipements appartenant à la classe dite « à prise en charge renforcée ».

Cet article propose d'étendre le remboursement de cette prestation par les organismes complémentaires pour tous les verres, y compris ceux appartenant à une autre classe que les classes « à prise en charge renforcée ».

---

(1) Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, alinéa 2.

## 2. La position de la commission

● Cet article, issu d'un amendement qui avait été repoussé par la commission, modifierait en profondeur l'équilibre trouvé par la réforme du « 100 % Santé », qui n'a été mise en œuvre qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Le rapporteur général est donc favorable à une appréciation précise du dispositif avant d'imposer aux organismes complémentaires une modification des critères de prise en charge.

Par ailleurs, cet article pourrait créer un effet d'aubaine majeur en étendant la prise en charge à l'ensemble des produits, indépendamment des facteurs pertinents mentionnés ci-dessus. Un tel effet pourrait entraîner *in fine* une augmentation des primes pour les assurés.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 4 bis*

## **Rapport relatif à l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 4 *bis* résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale, avec des avis favorables du rapporteur général et Gouvernement, d'un amendement de M. Thierry Michels et de l'ensemble de ses collègues du groupe La République en Marche. Il prévoit la remise d'un rapport au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, dressant un bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Dans la perspective de la loi « Grand âge et autonomie », ce rapport devra permettre de connaître précisément l'utilisation et l'impact des 50 millions d'euros prévus par l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 afin de préfigurer la réforme du financement des SAAD. Pour mémoire, dans le cadre du Printemps social de l'évaluation organisé cette année par la commission des affaires sociales, Mmes Annie Vidal et Agnès Firmin le Bodo n'avaient pas réussi à évaluer le dispositif précité en l'absence de données quantitatives consolidées.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales, avec un avis défavorable du Gouvernement, tendant à la suppression de l'article au motif que le Parlement aurait lui-même la possibilité de réaliser une évaluation de l'expérimentation de la réforme du financement des SAAD.

## 3. La position de la commission

- Cet article ayant été adopté à l'initiative de M. Thierry Michels et de l'ensemble de ses collègues du groupe La République en Marche, le rapporteur général laisse le soin à ses auteurs d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Thierry Michels et des membres du groupe La République en Marche.

\*

\* \*

### *Article 4 ter (nouveau)*

#### **Limitation du plafonnement et de la dégressivité de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les seules structures à but lucratif**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 4 *ter* est issu d'un amendement de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté en séance publique malgré un avis défavorable du Gouvernement et un avis identique de la commission.

Cet article, qui modifie l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, vise à restreindre aux structures privées à but lucratif le plafonnement et la dégressivité de l'exonération de cotisations patronales pour les aides à domicile qui, par conséquent, ne s'appliqueraient plus aux structures à but non lucratif.

## 2. La position de la commission

- Ainsi que l'a rappelé au Sénat la ministre déléguée chargée de l'autonomie, les organismes prestataires de droit public, notamment les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CCIS), bénéficient,

depuis 1989, d'un dispositif d'exonération spécifique de cotisations – hors AT-MP – à hauteur de 28,7 % applicable sans plafond de rémunération et sans dégressivité. Cet article est donc satisfait s'agissant des CCAS et des CIAS.

Par ailleurs, cet article est susceptible de créer une rupture d'égalité entre les structures privées à but lucratif et celles à but non lucratif. Dans ces conditions, le rapporteur général propose la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 4 quater (nouveau)*

### **Sécurisation juridique de l'exonération de cotisations patronales des structures employant des aides à domicile**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 4 *quater* est issu de deux amendements identiques de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains d'une part et de Mme Françoise Gatel et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste d'autre part, adoptés en séance avec un avis de favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Cet article vise à préciser le code de la sécurité sociale afin de s'assurer que l'URSSAF ne rejette pas à tort une demande d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour les rémunérations versées aux aides à domicile par des structures comme les foyers d'hébergement ou les foyers de vie par exemple.

Plus précisément, l'article modifie l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale pour que les termes « domicile à usage privatif », qui ne sont pas définis en droit de la sécurité sociale, soient remplacés par un renvoi à l'article L. 7231-1 du code du travail, qui regroupe la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées, personnes handicapées, personnes nécessitant une aide personnelle à leur domicile ou une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité ainsi que les services à domicile relatifs aux tâches ménagères et familiales.

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

● Cet article fait écho à un amendement identique déposé par Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Paul Christophe à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement s'est engagé aussi bien à l'Assemblée qu'au Sénat à examiner de plus près la

question en vue de clarifier le dispositif. Néanmoins, afin d'éviter des effets de bord liés à un changement prématuré de la législation, le rapporteur général propose de s'en tenir à la position défendue en première lecture et donc de supprimer cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 4 quinquies (nouveau)*

**Simplification des contrôles de l'URSSAF s'agissant de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les structures privées à but non lucratif**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 4 *quinquies* est issu de deux amendements identiques de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains d'une part et de Mme Françoise Gatel et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste d'autre part, adoptés en séance avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Cet article vise à simplifier la procédure de contrôle de l'URSSAF s'agissant des demandes d'exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale versées aux aides à domicile par les structures privées à but non lucratif. Très concrètement, ces structures n'auraient plus à fournir lors des contrôles des bordereaux de temps signés par des personnes fragiles, notamment des personnes ayant un handicap mental.

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

- Cet article est identique à un amendement déposé par Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Paul Christophe à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement s'est engagé en séance à examiner toutes les mesures de simplification qu'il est souhaitable d'apporter s'agissant des contrôles menés par les URSSAF.

La question soulevée relevant davantage du niveau réglementaire, le rapporteur général propose de s'en tenir à la position défendue en première lecture et donc de supprimer cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### Article 6

## Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture

• L'article 6 définit les modalités de compensation par l'État aux organismes du réseau « recouvrement » de la sécurité sociale de l'aide au paiement mise en place à l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 (« LFR 3 »).

Pour faire face aux conséquences économiques du confinement et plus généralement de la crise sanitaire sur certains secteurs d'activité, l'article 65 de la LFR 3 <sup>(1)</sup> a mis en place un dispositif d'aide aux entreprises *via* un mécanisme d'exonération totale de cotisations sociales <sup>(2)</sup>. La mise en œuvre de ce dispositif est particulière en cela que non seulement l'exonération peut « effacer » les cotisations patronales dues au titre de la période du confinement mais aussi, subsidiairement, l'ensemble des cotisations dues au titre de l'exercice 2020, y compris salariales, dans la limite de 20 % des salaires versés durant la période concernée. Cette « exonération par avance » sur des cotisations qui n'ont pas encore été versées a ainsi pu être assimilée à un « crédit de cotisations », dispositif inédit en matière de législation financière sociale.

Si les conséquences financières de telles mesures d'exonération de cotisations sociales sur les comptes de la sécurité sociale doivent être compensées par l'État en vertu du principe de compensation des exonérations ciblées, les mécanismes habituels de cette compensation se sont révélés être inadaptés aux originalités de ce nouveau dispositif d'aide aux entreprises. En effet, pour rappel, il existe deux types de compensation :

– la compensation budgétaire « à l'euro l'euro » (article L. 131-7 du code de la sécurité sociale) ;

– la compensation par transfert fiscal « pour solde de tout compte » *via* la TVA ;

---

(1) Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

(2) Les entreprises éligibles sont celles qui comprennent moins de 250 salariés et relèvent de secteurs les plus touchés par la crise, et celles qui comptent moins de 10 salariés lorsqu'elles ont été concernées par une mesure de fermeture obligatoire entre le 1<sup>er</sup> février et le 30 avril.

Une doctrine exposée par le Gouvernement dans un rapport remis au Parlement <sup>(1)</sup> distingue par ailleurs :

– les allègements généraux, qui devraient faire l’objet d’une compensation fiscale ;

– les allègements ciblés, qui devraient continuer à se voir appliquer le strict principe de compensation budgétaire « à l’euro l’euro ».

Or, le dispositif adopté ne s’adapte à aucun de ces deux « schémas de compensation » : s’il s’agit bien d’une mesure d’exonération ciblée sur certains secteurs, méritant de ce fait une compensation « à l’euro l’euro », il n’entre pas dans le champ de la « loi Veil » en raison de ses modalités de versement sous la forme d’une aide au paiement. Il convenait donc de préciser les modalités de compensation par l’État spécifiques à ce dispositif.

Aussi, l’article 6 met en place un mode de compensation *ad hoc* pour l’aide aux entreprises.

L’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Mutualité sociale agricole (MSA) seront ainsi les seules attributaires de la compensation intégrale par le budget de l’État. Elles auront pour mission de répartir ces recettes entre les organismes et les caisses affectataires. Ce mode de compensation a pour avantage d’être facilement lisible, les comptes de l’ACOSS et de la MSA retraçant à la fois :

– les cotisations et contributions acquittées au moyen de l’aide au paiement en charge ;

– et la compensation par l’État en produit.

● L’Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général, permettant de remédier à l’omission des tiers pour lesquels la MSA enregistre et verse des cotisations et contributions. La MSA réalise en effet une gestion pour le compte de partenaires (GPCD) auprès d’une vingtaine d’organismes nationaux de la sphère sociale et professionnelle agricole. Les activités qui lui sont déléguées par ces tiers (affiliation des entreprises et des salariés, recouvrement des cotisations, paiement des prestations...) couvrent différents domaines la retraite ou l’assurance chômage qui rentrent dans le champ de l’exonération.

Ces attributaires pourront ainsi être couverts par le mécanisme de paiement des cotisations par la MSA, comme ils le sont par l’ACOSS pour les salariés non agricoles.

---

(1) Rapport remis en application de l’article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement avec avis favorable de la commission en séance publique.

Le dispositif d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales créé à l'article 65 de la LFR 3 est prolongé *via* l'article 6 *ter* du présent projet de loi pour la nouvelle phase de couvre-feu et de confinement. L'amendement vise, par conséquent, à appliquer à ce nouveau dispositif institué à l'article 6 *ter* le mécanisme de compensation prévu à l'article 6.

## 3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification, les dispositions nouvelles visant principalement à tirer les conséquences de la mise en place d'un nouveau mécanisme de soutien qui doit en toute logique être compensé de la même façon.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 6 bis A (nouveau)*

### **Compensation par l'État à la branche maladie des dépenses exceptionnelles de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2020**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 6 *bis A* résulte de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales en séance publique, malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

Il prévoit la compensation à la branche maladie des dépenses exceptionnelles supportées par l'Agence nationale de santé publique (« Santé publique France ») au titre de l'année 2020.

Pour rappel, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020<sup>(1)</sup> a transféré le financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) – ainsi que celui de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) – de la mission *Santé* du budget de l'État vers la branche maladie de la sécurité sociale. La

---

(1) Article 45 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

compensation financière du transfert de l'ANSP à la branche maladie, votée en loi de finances pour 2020, a pris la forme du transfert d'une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à la sécurité sociale.

L'ANSP assure les missions, entre autres, d'observation épidémiologique, de veille sanitaire et de réponse aux crises sanitaires. À ce titre, elle a été chargée de procéder à l'achat massif d'équipements médicaux dans le cadre de la crise sanitaire liée à la covid-19, ayant conduit le ministre des solidarités et de la santé à accorder sur arrêté une dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros « *au titre de la prévention épidémique et la constitution de stocks stratégiques* »<sup>(1)</sup>.

Le Sénat considère ainsi qu'en 2020, première année du transfert de l'ANSP, cette hausse conjoncturelle du budget doit s'accompagner d'une compensation financière supplémentaire à hauteur de ce « surcoût », afin d'effacer le « coût réel » du transfert de l'agence à la sécurité sociale.

Cette demande s'inscrit plus généralement dans un désaccord d'une majorité de sénateurs avec le principe même du transfert de l'agence à la sécurité sociale.

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

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article.

En premier lieu, la proposition du Sénat s'inscrivant sur fond de désaccord avec le principe même du transfert de l'ANSP à l'assurance maladie, le rapporteur général tient à souligner qu'il lui paraît au contraire pertinent d'avoir intégré l'agence dans le champ de la sécurité sociale compte tenu de la nature de ses activités et des services qu'elle fournit. L'opposition entre des politiques « régaliennes » de prévention et de gestion d'épidémie relevant de l'État et des politiques de prestations relevant de la sécurité sociale semble en effet dépassée, avec ou sans la crise :

– durant la crise, hôpitaux, assurance maladie comme agences sanitaires étaient ensemble en première ligne pour faire face à l'urgence, sous la conduite de l'État ;

– hors crise, les politiques de prévention portées par Santé publique France comme celles de l'assurance maladie ont vocation à s'articuler, se compléter et se renforcer.

En outre, en tant que parlementaire, le rapporteur général se félicite de ce que le financement de Santé publique France par la sécurité sociale permette aux parlementaires d'examiner les principales dimensions des politiques de santé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

---

(1) Arrêté du 8 juin 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'Agence nationale de santé publique.

S'agissant du financement, le rapporteur général entend l'inquiétude qui anime le Sénat quant aux « nouvelles » dépenses à la charge de l'ANSP, très éloignées de ce qui était prévu initialement lors du transfert, *a fortiori* dans un contexte de forte détérioration des comptes sociaux.

S'il est un peu prématuré et en partie illusoire de vouloir départager les responsabilités respectives de l'État et de la sécurité sociale, tous deux fortement déficitaires, dans le financement de ces charges nouvelles et ponctuelles, le rapporteur général considère qu'il serait légitime, avec le recul nécessaire, de réévaluer le coût structurel des missions remplies par l'agence. Ainsi, si de nouvelles dépenses liées à « l'après-crise » venaient à figurer de manière pérenne dans son budget, il pourrait alors être pertinent d'ajuster la compensation financière assurée par l'État par exemple *via* la fraction de TVA.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 6 bis*

### **Dispositions relatives à l'activité partielle**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- L'article 6 *bis* résulte d'un amendement du Gouvernement adopté en séance avec avis favorable de la commission des affaires sociales. Il prolonge, pour partie, le dispositif mis en place par l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle.

- La crise sanitaire a en effet considérablement accru dès mars 2020 le recours à l'activité partielle, conçue comme l'une des réponses indispensables au volet économique de la crise.

Encadrée par les articles L. 5122-1 et suivants et R. 5122-1 et suivants du code du travail, l'activité partielle permet aux entreprises faisant face à des difficultés économiques de faire prendre en charge tout ou partie du coût de la rémunération de leurs salariés ; constituant depuis sa création un outil efficace de prévention des ruptures de contrats de travail en période de faible activité.

Le Gouvernement, *via* l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle, a entendu faciliter et renforcer le recours à ce dispositif de manière à limiter autant que possible les effets de la crise sanitaire sur l'activité économique. Ces nouvelles mesures ont notamment permis :

- d'adapter temporairement le régime social applicable aux indemnités versées dans le cadre de l'activité partielle ;
- d'étendre le dispositif à de nouvelles catégories de bénéficiaires ;
- de réduire, pour les salariés, le reste à charge pour l'employeur et, pour les indépendants, la perte de revenus ;
- de favoriser une meilleure articulation avec la formation professionnelle ;
- de mieux prendre en compte la situation des salariés à temps partiel.

Compte tenu du prolongement de la crise, il apparaît indispensable de pérenniser certaines mesures relatives à l'activité partielle alors que les dispositions prises par l'ordonnance susmentionnée devraient prendre fin au plus tard le 31 décembre 2020.

• Diverses mesures relatives au régime social des indemnités d'activité partielle et des revenus similaires sont instaurées ou pérennisées à l'article 6 *bis*.

En premier lieu, les 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> du I prolongent l'actuel régime social des indemnités légales d'activité partielle dans un souci de simplification du recours au dispositif. Ces indemnités seront uniquement assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) applicables aux revenus de remplacement, aux taux respectifs de 6,2 et 0,5 % après une réduction pour frais professionnels d'1,75 %.

#### **Les modifications apportées au régime social des indemnités partielles dans le cadre de la crise sanitaire**

Depuis le début de la crise sanitaire, peu de changements ont été opérés concernant l'assujettissement des indemnités d'activité partielle aux cotisations et contributions sociales. Des mesures de simplification ont toutefois été prises *via* l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle, et reprises dans le présent article :

- la possibilité d'un assujettissement des indemnités légales à la CSG au taux de 3,8 % ou d'une exonération de cette contribution en fonction du revenu fiscal de référence a été supprimée ;
- les indemnités complémentaires sont assujetties aux mêmes règles que les indemnités légales sous réserve que la somme des indemnités versées soit inférieure à 3,15 fois le montant du salaire minimum de croissance (SMIC), la part de l'indemnité complémentaire qui excède ce seuil étant assujettie au régime social applicable aux revenus d'activité.

Le **b** du **3°** du **I** pérennise également le dispositif d'écrêtement qui permet d'éviter que les contributions dues ne portent le montant total de l'indemnité reçue, cumulée le cas échéant avec le salaire d'activité, à un niveau inférieur au salaire minimum de croissance (SMIC) brut mensuel (1 539,42 euros en 2020).

Par ailleurs, le **IV** prévoit que les indemnités complémentaires, soit celles versées par l'employeur en complément des indemnités légales, seront toujours soumises à ce même régime social pour l'année 2021. Toutefois, conformément à la règle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020 <sup>(1)</sup>, si la somme de l'indemnité légale et de l'indemnité complémentaire est supérieure à 3,15 SMIC, la part de l'indemnité complémentaire qui excède ce seuil est soumise aux contributions et cotisations sociales applicables aux revenus d'activité.

Enfin, le présent article propose de clarifier le régime social applicable à des revenus similaires aux indemnités d'activité partielle. Il s'agit en l'espèce des revenus issus du congé mobilité <sup>(2)</sup> et du congé de reclassement <sup>(3)</sup>. En tant que dispositifs participant tous deux à favoriser le retour à l'emploi des salariés visés par un licenciement économique, il apparaît opportun dans le contexte actuel d'encourager les entreprises à y recourir.

Le **1°** et le **3°** du **III** prévoient que la durée du congé de mobilité et celle du congé de reclassement peut être portée à vingt-quatre mois (contre douze actuellement) en cas de formation de reconversion professionnelle. Il est dans le même temps proposé que le régime social applicable aux revenus de remplacement soit appliqué aux indemnités versées dans le cadre de ces congés pendant la totalité de leur durée.

• L'article 6 *bis* vise également à pérenniser la mesure de validation de trimestres de retraite de base au titre de l'activité partielle pour les régimes alignés et le régime des marins <sup>(4)</sup>.

Dans le cadre du recours massif à l'activité partielle, il est apparu indispensable de sécuriser les droits sociaux des assurés concernés. C'est pourquoi, compte tenu du prolongement de la crise, le **6°** du **I** et le **2°** du **II** pérennisent la mesure de validation de trimestres de retraite de base au titre de l'activité partielle <sup>(5)</sup> pour les régimes alignés (régime général et régime des salariés agricoles) et le régime des marins. L'exposé sommaire de l'amendement déposé par le Gouvernement précise que pour les régimes alignés, « *des trimestres comptant pour*

---

(1) Article 5 de l'ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures pour faire face à l'épidémie de covid-19.

(2) Le congé de mobilité est encadré par les articles L. 1237-18 à 1237-18-5 du code du travail.

(3) Le congé de reclassement est encadré par les articles L. 1233-71 à L. 1233-76 du code du travail.

(4) Interrogée par le rapporteur général sur ce point, la direction de la sécurité sociale a précisé que pour les autres régimes spéciaux de salariés (SNCF, RATP, FSOPEIE, CRCEN, IEG), c'est une mesure réglementaire qui « transposera » ce régime de validation des trimestres.

(5) Cette mesure, issue de l'article 11 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne, devrait prendre fin au 31 décembre 2020.

*le taux plein et pour la durée d'assurance seront ainsi octroyés en fonction d'un seuil déterminé par décret et exprimé en heures de bénéfices de l'indemnité d'activité partielle ».*

Elle est par ailleurs rendue applicable à Mayotte au V de l'article.

- Le 2° du I attribue au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) le financement du dispositif de l'activité partielle pour les régimes alignés, conformément à sa vocation de financer les dispositifs de solidarité en matière de retraite.

En outre, il opère un changement rédactionnel à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale en supprimant la référence à l'article L. 5423-7 du code du travail, redondante avec la référence à l'article L. 5423-1.

Par ailleurs, le 1° du II supprime, pour les assurés relevant du régime des marins, la condition d'âge qui prévalait pour que les revenus perçus durant une période de non emploi (allocations, revenus de remplacement...) soient pris en compte dans le calcul de leur pension.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels et un amendement de coordination de la commission en séance publique, avec avis favorable du Gouvernement.

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

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.
- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 6 ter*

**Dispositifs d'allégement des cotisations et contributions sociales à destination des employeurs et des travailleurs indépendants dans le cadre de la crise sanitaire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● L'article 6 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement sous-amendé par le rapporteur général en séance publique. Il porte diverses mesures relatives à la réduction, à l'exonération et à l'aide au paiement des cotisations sociales pour les employeurs affectés par la crise et pérennise certains dispositifs relatifs à la dette contractée par les travailleurs indépendants et non-salariés agricoles.

Pour soutenir les secteurs de l'économie les plus durement impactés par la crise, la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 (« LFR 3 ») a déployé un plan de soutien d'urgence en direction des entreprises les plus durement touchées, notamment *via* l'instauration de dispositifs d'allégement des cotisations sociales. Compte tenu du prolongement de la crise, l'article 6 *ter*, dans sa rédaction initiale, reprend diverses mesures relatives au paiement des cotisations sociales en vue d'accompagner les entreprises des secteurs les plus fragilisés (dits « S1 ») à savoir ceux du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture et de l'événementiel (le secteur de l'aéronautique n'étant plus pris en compte). Le sous-amendement du rapporteur général a permis d'élargir ce dispositif aux secteurs dépendants de ces secteurs fragilisés (« S1 *bis* ») <sup>(1)</sup>, dans les conditions précisées *infra*.

● Dans un premier temps, le I met en place un dispositif d'exonération totale des cotisations et contributions sociales <sup>(2)</sup> à destination des employeurs de moins de 250 salariés, exerçant leur activité principale dans les secteurs dits « S1 ». L'article 65 de la LFR 3 prévoyait une mesure analogue pour les petites et moyennes entreprises (PME) des secteurs les plus impactés par la crise, pour la période d'emploi comprise entre le 1<sup>er</sup> février et le 31 mai 2020.

---

(1) La liste des secteurs concernés est définie et actualisée à l'annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

(2) Cette exonération concerne les cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, à l'exception des cotisations affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, dues au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II du même article.

Le 1<sup>o</sup> du I précise que les employeurs pouvant bénéficier de cette exonération totale sont ceux :

– dont l'activité a été totalement interrompue du fait de la propagation de l'épidémie de covid-19, à l'exclusion des fermetures volontaires ;

– qui ont constaté une baisse de leur chiffre d'affaires d'au moins 50 % par rapport à l'année précédente et dont le lieu d'activité est concerné par les mesures de restriction de la circulation des personnes prises à compter du 17 octobre 2020 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

**Mesures de restriction de la circulation des personnes prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire**

À compter du 17 octobre 2020, plusieurs décrets pris par le Gouvernement dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ont fortement restreint la circulation des personnes :

– en premier lieu, le décret n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire a instauré un couvre-feu en Île-de-France et dans huit métropoles à compter du 17 octobre 2020 ; étendu à trente-huit départements par décret à partir du 24 octobre 2020 ;

– le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire a par la suite mis en place un confinement généralisé sur l'ensemble du territoire hexagonal.

Pour rappel, le dispositif instauré en LFR 3 ne fixait pas de conditions au recours à l'exonération pour les entreprises relevant du secteur « S1 » ; les conséquences du premier confinement sur l'activité économique ayant été bien plus prononcées que celles qui résultent des nouvelles règles en vigueur.

Le 2<sup>o</sup> du I précise les périodes pouvant ouvrir droit au dispositif. Celui-ci s'applique au plus tôt à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2020, et s'enclenche au début du mois précédant celui au cours duquel les conditions susmentionnées sont satisfaites.

Ainsi, si une entreprise de moins de 250 salariés relevant d'un secteur dit « S1 » réunit les conditions fixées par le présent article (activité interrompue ou baisse du chiffre d'affaires) en novembre, l'exonération totale de cotisations et contributions sociales prendra effet à compter du début du mois d'octobre. L'exonération porte ensuite sur les cotisations dues au titre des mois qui suivent tant que les mêmes conditions sont satisfaites.

Le bénéfice du dispositif s'achève à la fin du mois qui précède celui au cours duquel ces mêmes conditions ne sont plus réunies. À titre d'exemple, si l'entreprise ne peut plus justifier d'une interruption d'activité ou d'une baisse du chiffre d'affaires suffisante pour bénéficier du dispositif en décembre, l'exonération portera sur les cotisations dues jusqu'à la fin du mois de novembre.

Le **c** du **2°** du **I** précise que l'exonération porte sur les cotisations dues jusqu'au 31 décembre 2020 au plus tard, mais qu'un simple décret peut prolonger cette date butoir jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'état d'urgence doit prendre fin.

Le **3°** du **I** dispose par ailleurs que l'exonération s'applique sur les cotisations et contributions dues après application de toute exonération totale ou partielle de cotisations sociales, de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations ; étant entendu qu'elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

- Le **II** prolonge le système d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs de moins de 250 salariés relevant des secteurs d'activité dits « S1 », mis en place dans la LFR 3 sous la forme d'un « crédit de cotisations ». L'aide au paiement est égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés dues au titre des périodes mentionnées au **I**.

Elle est imputable sur l'ensemble des sommes dues aux organismes de recouvrement, y compris les cotisations salariales, la CSG ou la CRDS, au titre des années 2020 et 2021 (et non plus la seule année 2020 dans le dispositif antérieur), après application de toute mesure d'exonération ou d'exemption y compris celle prévue au **I**.

- Le **III** prolonge la mesure de réduction forfaitaire des cotisations et contributions de sécurité sociale pour les travailleurs indépendants qui ne relèvent pas du régime micro-social et les travailleurs non-salariés agricoles mise en place par la LFR 3. Cette réduction portera sur les cotisations dues au titre de l'année 2021. Pour les travailleurs dont les cotisations sont assises sur le revenu estimé de l'année en cours, le dernier alinéa du **III** dispose qu'il sera possible d'appliquer à ce revenu estimé un abattement, permettant à ces travailleurs de déduire effectivement du montant des cotisations et contributions dues la réduction forfaitaire.

L'article précise en outre que les majorations de retard, qui interviennent lorsque le revenu finalement constaté est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé, ne seront pas applicables au titre des revenus de l'année 2021.

Le montant de la réduction forfaitaire dont pourront bénéficier les travailleurs indépendants, de même que celui de l'abattement prévu pour ceux ayant opté pour une base de calcul reposant sur le revenu estimé de l'année, seront fixés par décret.

### **Montant des abatements forfaitaires fixés dans le cadre du dispositif instauré en LFR 3**

Pour les travailleurs indépendants qui ne relèvent pas du régime micro-social et les travailleurs non-salariés agricoles, l'abattement forfaitaire, qui porte sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'année 2020, a été fixé :

– à 2 400 euros pour les travailleurs dont l'activité principale relève des secteurs dits « S1 » et « S1 bis » ;

– à 1 800 euros pour ceux dont l'activité relève d'autres secteurs, qui implique l'accueil du public et qui a été interrompue du fait de la propagation de l'épidémie de covid-19.

Pour les travailleurs ayant opté pour une base de calcul des cotisations et contributions reposant sur le revenu estimé de l'année, ont été appliqués des abattements :

– de 5 000 euros pour les travailleurs dont l'activité relève des secteurs « S1 » et « S1 bis » ;

– de 3 500 euros pour ceux dont l'activité relève d'autres secteurs, qui implique l'accueil du public et qui a été interrompue du fait de la propagation de l'épidémie de covid-19.

*Source : décret n° 2020-1103 du 1<sup>er</sup> septembre 2020 relatif aux cotisations et contributions sociales des entreprises, travailleurs indépendants et artistes-auteurs affectés par la crise sanitaire.*

● Le **IV** prévoit une mesure spécifique aux travailleurs indépendants relevant du régime micro-social, reposant très largement sur le dispositif déjà mis en place par la LFR 3. Il permet à ces micro-entrepreneurs de déduire des montants de chiffres d'affaires ou de recettes déclarés mensuellement ou trimestriellement en 2021 les montants correspondant au chiffre d'affaires ou aux recettes réalisés au titre des périodes définies de la manière suivante :

– à partir du mois qui précède l'interruption de l'activité ou baisse du chiffre d'affaires d'au moins 50 % et dont lieu d'activité est concerné par des mesures de restriction de la circulation des personnes sont satisfaites et au plus tôt à compter du 1<sup>er</sup> septembre ;

– durant les mois postérieurs au cours desquels ces mêmes conditions sont satisfaites ;

– jusqu'à la fin du mois précédant celui au cours duquel ces mêmes conditions ne sont plus remplies et au plus tard le 31 décembre 2020.

Cette mesure permettra, en déduisant du montant des chiffres d'affaires et recettes déclarés en 2021 ceux réalisés en période de faible activité, de réduire l'assiette des cotisations et contributions sociales dues et ainsi d'alléger le montant des prélèvements sociaux pour les travailleurs les plus impactés par la crise.

- Le 2° du VI permet d’allonger le recours aux plans d’apurement des dettes sociales à destination des employeurs et des travailleurs indépendants, mis en place à l’article 65 de la LFR 3 pour 2020, en ajustant les délais de conclusion de ces plans. Le mécanisme concernera les employeurs et travailleurs indépendants pour lesquels demeurent dues, à la date du 31 décembre 2020, des cotisations et contributions sociales. Pour les travailleurs indépendants, les plans d’apurement pourront inclure des dettes constatées au 30 septembre 2021.

Ces plans d’apurement, qui consistent en l’étalement du paiement des cotisations et contributions sociales dues, sont mis en œuvre par les organismes de recouvrement. Le c du 2° du VI prévoit que les directeurs de ces organismes pourront adresser des propositions de plans jusqu’à trois mois après les dates du 31 décembre 2020 et du 30 septembre 2021 susmentionnées.

- Le 1° du VI prévoit une mesure de coordination afin de tenir compte de l’élargissement de l’imputabilité de l’aide au paiement à l’année 2021.

- Le V prévoit que l’article 6 *ter* est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, sous réserve des adaptations liées aux modalités d’application du régime de sécurité sociale propres à ces collectivités.

- L’Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général, modifiant considérablement la portée du dispositif.

Il permet d’ouvrir le bénéfice du dispositif d’exonération totale de cotisations et contributions sociales aux employeurs qui exercent leur activité principale dans un secteur dépendant de ceux dits « S1 ».

Les employeurs concernés <sup>(1)</sup> pourront bénéficier du dispositif d’exonération de cotisations quel que soit leur lieu d’activité, dès lors qu’ils ont constaté une baisse de leur chiffre d’affaires mensuel d’au moins 80 % par rapport à l’année précédente à compter du 1<sup>er</sup> septembre. Ce seuil a été retenu dans le souci de cibler les entreprises dont l’activité est fortement dépendante du secteur S1 et sont particulièrement impactés par la crise sanitaire.

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

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement avec avis favorable de la commission des affaires sociales.

Cet amendement modifie le dispositif d’exonération de cotisations et contributions sociales afin d’élargir les critères d’éligibilité et d’ajuster les modalités d’application.

---

(1) *Annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l’épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.*

- S’agissant du champ des bénéficiaires :

- le dispositif concerne désormais l’ensemble des entreprises relevant des secteurs « S1 » et « S1 bis » dès lors qu’elles témoignent d’une baisse de chiffre d’affaires d’au moins 50 % par rapport à la même période de l’année précédente ou qu’elles ont fait l’objet de mesures d’interdiction d’accueil du public prises dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire ; cette harmonisation du seuil vise à soutenir le plus grand nombre d’entreprises en difficulté et à s’aligner sur les seuils retenus pour le bénéfice du fonds de solidarité <sup>(1)</sup> ;

- sont également éligibles les employeurs de moins de cinquante salariés qui n’exercent pas leur activité dans les secteurs dits « S1 » et « S1 bis », mais qui ont fait l’objet d’une interdiction d’accueil du public affectant « *de manière prépondérante* » la poursuite de leur activité ; les textes d’application pourront préciser les conditions d’éligibilité au dispositif pour ces employeurs relevant des secteurs non prioritaires ;

- pour les activités présentant une forte saisonnalité, les modalités d’application de la baisse de chiffre d’affaires seront définies par décret.

- S’agissant des cotisations et contributions sociales concernées :

- l’exonération s’applique sur les cotisations et contributions dues au titre des périodes d’emploi courant à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2020, à condition, pour les entreprises relevant des secteurs « S1 », qu’elles exercent leur activité dans un lieu ayant été concerné par les mesures de restriction de la circulation des personnes ou d’accueil du public avant le 30 octobre 2020 (couvre-feu) ;

- elle s’applique en revanche aux périodes d’emploi courant à compter du 1<sup>er</sup> octobre pour les employeurs exerçant dans un lieu concerné par les mesures de restriction de la circulation des personnes ou d’accueil du public à partir du 30 octobre 2020 (confinement) ainsi que pour les entreprises établies dans les départements d’outre-mer ;

- l’exonération n’est applicable que pour une période maximale de trois mois et ne peut porter que sur les cotisations et contributions dues au titre des périodes d’emploi courant jusqu’au 30 novembre 2020 (et non plus jusqu’au 31 décembre 2020, comme prévu initialement, les mesures de restriction de la circulation des personnes étant comptées jusqu’au mois de décembre et le dispositif portant sur les mois précédant ceux au cours desquels les conditions d’éligibilité sont réunies).

L’amendement précise que l’aide au paiement n’est pas applicable au titre des périodes d’emploi pendant lesquelles s’applique l’aide au paiement prévue au

---

(1) Décret n° 2020-1328 du 2 novembre 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l’épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

II de l'article 65 de la LFR 3, afin d'éviter tout cumul de ces deux dispositifs analogues sur cette période.

Il prévoit que la réduction forfaitaire de cotisations et contributions sociales prévue pour les travailleurs indépendants et les salariés non agricoles peut porter, dans des conditions prévues par décret, sur les cotisations dues au titre de l'année 2020 ou de l'année 2021.

● L'amendement élargit par ailleurs la réduction forfaitaire aux mandataires sociaux des entreprises de moins de 250 salariés suivants et justifiant d'une baisse d'activité de 50 % :

– les gérants des sociétés à responsabilité limitée et des sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée, si lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de 50 % du capital social ;

– les présidents du conseil d'administration, directeurs généraux et directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ; les directeurs généraux et directeurs généraux délégués des institutions de prévoyance, des unions d'institutions de prévoyance et des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale ;

– les membres des sociétés coopératives de production ; les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans cette même société ;

– les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues à l'article 261 du code général des impôts <sup>(1)</sup> ;

– les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées ;

– les présidents du conseil d'administration, présidents-directeurs généraux, directeurs généraux et directeurs généraux des sociétés anonymes, les gérants de sociétés à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de 50 % du capital social, et que les sociétés dont ils sont les dirigeants relèvent des dispositions des 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime <sup>(2)</sup> ;

---

(1) Ces conditions comprennent notamment le caractère désintéressé de la gestion de l'association garantie par la transparence financière, l'élection régulière et périodique des dirigeants, le contrôle effectif de la gestion de l'association par ses membres et l'adéquation de la rémunération aux sujétions imposées aux dirigeants concernés.

(2) Ces dispositions visent les exploitations de culture et d'élevage, les entreprises de travaux agricoles, les travaux forestiers, les établissements de conchyliculture et de pisciculture et établissements assimilés, ainsi que l'activité exercée en qualité de non-salariés par les mandataires de sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles.

– les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées lorsque ces sociétés relèvent des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Le montant et les modalités d'imputation sur les sommes dues sont fixés par décret.

### 3. La position de la commission

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

Les dispositions adoptées au Sénat facilitent considérablement l'accès au dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales pour les employeurs relevant des secteurs dits « S1 bis », ce qui semble en cohérence avec la persistance des difficultés économiques auxquelles ces employeurs sont confrontés depuis le début de la crise.

Par ailleurs, le rapporteur général salue la prise en compte des employeurs de moins de cinquante salariés ne relevant ni du secteur « S1 » ni du secteur « S1 bis » mais souffrant des interdictions d'accueil du public, désormais éligibles au dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales. Une disposition analogue avait été prise en LFR 3 pour les entreprises de moins de dix salariés mais n'avait pas été reconduite dans le texte initial du présent article. La décision du Gouvernement de réintégrer cette disposition va dans le sens de la protection des petites entreprises pouvant « échapper » au dispositif, bien qu'elles pâtissent elles aussi des décisions prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 6 quater (nouveau)*

### **Dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales à destination des clubs sportifs professionnels dans le cadre de la crise sanitaire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 6 *quater* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Michel Savin et de ses collègues du groupe Les Républicains, malgré les avis défavorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il crée un dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales pour les clubs sportifs professionnels. Ceux-ci pourront en bénéficier s'ils participent à une compétition organisée par une fédération sportive délégataire ou une ligue professionnelle, dans un établissement recevant du public et dont la capacité d'accueil est limitée à 1 000 personnes ou moins.

Les compétitions visées sont celles qui se déroulent au cours de la période de l'état d'urgence sanitaire ou du régime transitoire institué à la sortie de l'état d'urgence sanitaire, et le bénéfice de l'exonération est prévu « *pour la période allant de la date de mise en place effective de ces limitations [d'accès du public] au 30 juin 2021* », ou à compter de la date de fin de ces restrictions.

L'objet de cet amendement, tel que présenté par ses signataires, est d'apporter une aide aux clubs sportifs qui ne pourront justifier d'une baisse de 50 % de leur chiffre d'affaires, laquelle ouvre l'accès à l'exonération des charges sociales prévue à l'article 6 *ter*.

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

- Le rapporteur général propose la suppression de l'article 6 *quater*.

L'article 6 *ter* prévoyant un dispositif d'exonération de cotisations et de contributions sociales en faveur notamment du secteur du sport, considéré comme faisant partie des plus fragilisés par la crise sanitaire, le rapporteur général considère que la création d'un dispositif spécifique pour les clubs sportifs professionnels n'est pas opportune. Ce dédoublement serait incompréhensible pour les structures concernées, qui se verraient ainsi proposer un dispositif complet alliant exonérations et aide au paiement à raison de leur baisse de chiffre d'affaires (celui de l'article 6 *ter*) et un dispositif moins complet car limité aux exonérations (celui du présent article), lié à la diminution de la jauge d'accueil du public.

Le dispositif proposé est par ailleurs plus fragile juridiquement que celui de l'article 6 *ter* dans la mesure où le critère de la capacité d'accueil est beaucoup moins adapté pour prendre en compte la situation économique d'un club sportif que son chiffre d'affaires.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 7*

**Tableaux d'équilibre pour 2020**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

• Le projet de loi initial soumettait initialement les tableaux d'équilibre suivants <sup>(1)</sup>, fortement marqués par les volets économique et sanitaire de la crise qui a considérablement dégradé les prévisions par rapport à ce que prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 :

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PROJET DE LOI INITIAL)**

*(en milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie	206,2	236,1	- 29,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,6	13,9	- 0,2
Vieillesse	237,4	247,0	- 9,6
Famille	47,1	50,4	- 3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	490,8	533,7	- 42,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	488,1	534,2	- 46,1

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DU RÉGIME GÉNÉRAL (PROJET DE LOI INITIAL)**

*(en milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie	204,8	234,6	- 29,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,4	- 0,3
Vieillesse	132,7	140,6	- 7,8
Famille	47,1	50,4	- 3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	383,7	424,9	- 41,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	382,3	426,6	- 44,4

Source : article 7 dans sa rédaction initiale.

(1) Tableaux d'équilibre qui intègrent les comptes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont l'article rectifie également les prévisions de recettes et de dépenses.

• L'Assemblée nationale a adopté en séance publique à l'initiative du Gouvernement un amendement rectifiant ces tableaux d'équilibre :

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (TEXTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE)**

(en milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie	206,3	238,5	- 32,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,6	13,9	- 0,2
Vieillesse	237,4	247,0	- 9,5
Famille	47,2	50,4	- 3,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	491,0	536,1	- 45,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	488,2	536,6	- 48,4

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DU RÉGIME GÉNÉRAL (TEXTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE)**

(en milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie	204,8	237,0	- 32,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,4	- 0,3
Vieillesse	132,8	140,6	- 7,8
Famille	47,2	50,4	- 3,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	383,9	427,3	- 43,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	382,4	429,0	- 46,6

Source : article 7 dans sa rédaction issue de son examen en première lecture à l'Assemblée nationale.

La dégradation globale de 2,1 milliards d'euros par rapport à la prévision du projet de loi est imputable à :

– une dégradation de 2,4 milliards d'euros pour la branche maladie, qui correspond notamment à l'anticipation des mesures d'augmentation de rémunération issues du « Ségur » en fin d'année 2020 ;

– une amélioration de 300 millions d'euros pour les trois autres branches, qui correspond à un effet « retour » en cotisations des hausses de rémunération anticipées en 2020 par rapport à ce qui était prévu initialement.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

À l'initiative du Gouvernement, l'article a nouveau été modifié dans le sens suivant :

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (TEXTE DU SÉNAT)**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	205,6	239,3	- 33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,9	- 0,4
Vieillesse	236,6	247,0	- 10,3
Famille	46,9	50,4	- 3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	489,1	536,9	- 47,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	486,7	537,4	- 50,7

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE DU RÉGIME GÉNÉRAL (TEXTE DU SÉNAT)**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,1	237,8	- 33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	12,4	- 0,4
Vieillesse	132,0	140,6	- 8,6
Famille	46,9	50,4	- 3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	382,0	428,1	- 46,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	380,8	429,8	- 49,0

Source : article 7 dans sa rédaction issue de l'examen en première lecture au Sénat.

Cette nouvelle dégradation de 2,4 milliards d'euros s'expliquerait :

- par une majoration de l'ONDAM en raison des coûts supplémentaires des tests (- 400 millions d'euros) et du financement des surcoûts liés à la reprise de la crise sanitaire dans les établissements et services pour personnes âgées (- 400 millions d'euros) ;

- par une amélioration des recettes fiscales du FSV liées aux revenus du capital, traditionnellement très volatiles (+ 300 millions d'euros) ;

- par une dégradation des hypothèses macro-économiques qui tiennent désormais compte d'un second confinement, dont le rapporteur général peut déduire de l'exposé sommaire de l'amendement qu'elle représenterait une diminution de 1,9 milliard d'euros pour une évolution de la masse salariale de 7,9 % contre 8,9 % initialement prévu.

## 3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification, celui-ci ayant été adapté au gré des mesures votées dans le cadre du présent projet

de loi et de l'actualisation des prévisions économiques dans ce contexte mouvant et évolutif. Il souligne que si de telles évolutions des tableaux d'équilibre au cours de la discussion ne peuvent être qu'exceptionnelles, elles procèdent en l'espèce d'un attachement bienvenu du Gouvernement à présenter au Parlement une prévision sincère rapidement après qu'il en dispose.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

### *Article 8*

## **Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- L'article 8 du projet de loi initial porte l'ONDAM pour 2020 de 205,6 à 215,7 milliards d'euros et ajuste sa répartition en sous-objectifs, notamment en majorant les financements pour les établissements sanitaires, médico-sociaux et le Fonds d'intervention régional. Cette sur-exécution de 10,1 milliards d'euros s'explique essentiellement par les dispositions prises pour lutter contre la covid-19 et par les mesures prises dans le cadre du Ségur de la santé.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général, relevant l'ONDAM 2020 de 2,4 milliards d'euros par rapport au texte initial, ce qui le porte à 218,1 milliards d'euros. Cette augmentation de l'ONDAM entend :

- anticiper des mesures du « Ségur », avec la seconde tranche de revalorisation versée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020 et non le 1<sup>er</sup> mars 2021 comme prévu initialement, d'une part, et la mise en place de 4 000 lits « à la demande », d'autre part ;

- permettre une gratification exceptionnelle pour les agents qui seraient amenés à augmenter leur temps de travail ;

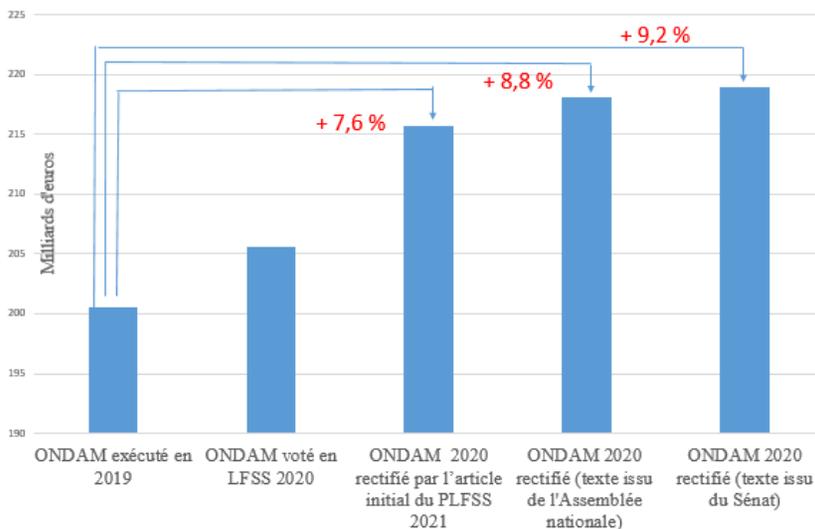
- prévoir la compensation des surcoûts liés à la reprise épidémique pour les établissements ;

- déléguer 100 millions d'euros aux agences régionales de santé pour renforcer la gestion en temps de crise.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement proposant une nouvelle révision de l'ONDAM 2020 qui le porte à 218,9 milliards d'euros, ce qui représente une hausse de 800 millions d'euros par rapport au texte adopté par l'Assemblée nationale.

### MODIFICATIONS DE L'ONDAM 2020 AU COURS DU DÉBAT PARLEMENTAIRE



Source : commission des affaires sociales.

Cette hausse tire les conséquences des dernières informations disponibles quant aux surcoûts liés à l'épidémie de covid-19. Les 800 millions d'euros supplémentaires visent à :

- couvrir les dépenses liées à l'augmentation du nombre de tests PCR et au déploiement des tests antigéniques, réalisés en ville (+ 300 millions d'euros) et dans les établissements de santé (+ 100 millions d'euros) ;

- augmenter les moyens des établissements et services pour personnes âgées de façon à compenser les surcoûts et pertes de recettes liés à la reprise épidémique (+ 400 millions d'euros).

RECTIFICATION DE L'ONDAM 2020

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	ONDAM 2019 exécuté et mis au même périmètre que celui utilisé pour construire l'ONDAM 2020 (1)	ONDAM 2020 voté (LFSS 2020)	ONDAM 2020 rectifié par l'article initial du PLFSS 2021	ONDAM 2020 rectifié par l'amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale	<u>ONDAM 2020 rectifié par l'amendement adopté en séance publique au Sénat</u>	Taux d'évolution (4)/(1)
Dépenses de soins de ville	91,3	93,6	93,5	93,5	<b>93,8</b>	+2,7 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,4	84,4	87,7	89,9	<b>90</b>	+9,2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	10,0	11,5	11,6	<b>12</b>	+25 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7	12,0	12	<b>12</b>	+5,2 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	3,8	3,9	<b>3,9</b>	+11,4 %
Autres prises en charge	2,3	2,4	7,2	7,2	<b>7,2</b>	+213 %
<b>Total</b>	<b>200,5</b>	<b>205,6</b>	<b>215,7</b>	<b>218,1</b>	<b><u>218,9</u></b>	<b><u>9,2 %</u></b>

Source : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

### 3. La position de la commission

- La troisième révision de l'ONDAM 2020, adoptée au Sénat, améliore la sincérité de l'ONDAM en tirant les conséquences, pour l'assurance maladie de l'aggravation récente de la crise sanitaire.

Le rapporteur général est donc favorable à conserver la rédaction de l'article 8 issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 9*

**Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : suppression conforme.

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

Cet article rectifie à la baisse le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour l'année 2020, pour la fixer à 449 millions d'euros.

Dans la loi de financement pour 2020 <sup>(1)</sup>, le montant de la dotation avait été fixé à 649 millions d'euros. Les 200 millions d'euros dont le fonds n'a pas eu besoin ont abondé les ressources des établissements de santé.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a supprimé cet article.

**3. La position de la commission**

● L'amendement adopté au Sénat reviendrait à remettre en cause le redéploiement, qui a bénéficié à l'hôpital, des fonds non utilisés par le FMESPP. Le rapporteur général n'y est pas favorable et préconise donc un retour à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

Pour rappel, les fonds consacrés à l'investissement dans notre système de santé connaîtront une hausse très importante à partir de 2021, laquelle fera bien plus que compenser la sous-utilisation des fonds du FMESPP en 2020.

Le rapporteur général déposera donc en séance publique un amendement de rétablissement de cet article.

● Dans cette attente, la commission a maintenu conforme la suppression de l'article.

\*  
\* \*

---

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

**TROISIÈME PARTIE :**  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA**  
**SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021**

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

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**  
**Tenir compte de la crise de la covid-19**

*Article 10 A (nouveau)*  
**Rétablissement de la compensation de certaines exonérations sociales**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Adopté à l'initiative de la commission, cet article propose de modifier l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, siège du principe de compensation des exonérations, réductions et abattements de prélèvements sociaux à la sécurité sociale par l'État, résultant de la « loi Veil », ainsi que de certaines des exceptions à ce principe.

Il supprime la non-compensation :

- de l'exonération de contribution sociale généralisée (CSG) des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public ;
- du taux intermédiaire de 6,6 % de CSG sur les pensions de retraite ;
- de l'exonération de forfait social les sommes versées au titre de la participation et de l'intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés.

**2. La position de la commission**

• Le rapporteur général propose de supprimer cet article. En effet, en revenant sur les non-compensations votées en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2020, le Sénat entend rétablir les comptes de la sécurité sociale en grevant d'autant ceux de l'État, sans l'inscrire dans une stratégie globale de rétablissement des finances publiques.

Si une forme de « remise à plat » des relations financières entre l'État et la sécurité sociale peut constituer l'un des moyens, et en aucun cas le seul, du retour à l'équilibre de cette dernière, c'est à la condition que cela se fasse sur la base d'une doctrine claire, partagée et utilement mise en œuvre dans son volet « loi de finances ». Or, force est de constater que ces conditions ne sont pas encore réunies, la nécessité de faire face à l'urgence de la crise ayant bien légitimement eu la priorité sur ces questions de périmètre.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 10*

### **Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- L'article 10 prévoit la mise en place d'une contribution exceptionnelle, due par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), encore en activité au 31 décembre 2021.

Cette contribution aura la même assiette, les mêmes assujettis et les mêmes modalités de recouvrement et de liquidation que la contribution prévue à l'article 3.

Le taux de la contribution a été fixé à 1,3 %, ce qui correspond à un produit de 500 millions d'euros. Cette contribution a été calculée en tenant compte des conséquences économiques de la crise sanitaire sur les complémentaires santé. La réduction de moitié du montant de la contribution par rapport à l'exercice 2020, s'explique par le fait que les soins qui avaient été reportés pendant le confinement et leur prise en charge par les OCAM devraient reprendre normalement en 2021.

De plus, les éventuels effets « rebond » de la consommation de soin et la possible augmentation de la portabilité des droits lié aux faillites des entreprises pourront conduire à une éventuelle révision en 2021 des estimations inscrites dans le présent projet de loi.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

- Avec avis favorable de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, visant à faire contribuer les organismes complémentaires d'assurance maladie à la même hauteur au titre de l'exercice 2021 qu'au titre de l'exercice 2020, avec un taux de 2,6 % au lieu de 1,3 %, correspondant à une contribution espérée de 1 milliard d'euros en 2021.

## 3. La position de la commission

- En cohérence avec son avis exposé en séance publique, le rapporteur général estime que cet amendement impose de façon précipitée une charge importante sur les OCAM, alors même que les impacts économiques de la crise sanitaire actuelle sont encore incertains pour 2021.

Même si la situation sanitaire a évolué depuis le dépôt du projet de loi, il n'est pas assuré que les dépenses des OCAM vont diminuer en 2021 de la même façon qu'en 2020 : les consultations qui ont été reportées durant le premier confinement ne le sont pas forcément aujourd'hui.

En outre, ce taux de contribution a été fixé en fonction des éventuels effets « rebond » de la consommation des soins et de la portabilité des droits, dans l'éventualité d'une hausse des faillites d'entreprises, dont l'augmentation en 2021 est encore possible. Le rapporteur général estime donc qu'il est préférable d'attendre les prochaines échéances législatives pour une éventuelle révision du montant de la contribution des OCAM au titre de l'année 2021, en fonction de l'évolution de la situation sanitaire.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 13*

#### **Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée Nationale

- Cet article prévoit la prolongation de l'exonération spécifique de cotisations sociales à destination des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), qui devait être abrogée le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et sera finalement poursuivie jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Ce dispositif d'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi vise à soutenir les filières agricoles, qui ont massivement recours à ce type d'employés, et à limiter le travail non déclaré de ces travailleurs. Dans sa version actuelle, issue de la LFSS 2019 <sup>(1)</sup>, l'exonération porte avant tout sur les salaires modestes : elle est maximale pour les salaires inférieurs à 1,2 SMIC, point d'inflexion où elle décroît linéairement pour s'annuler à 1,6 SMIC.

Cette exonération s'applique aux travailleurs demandeurs d'emploi depuis de plus de quatre mois, ou d'un mois en cas de licenciement, qui ne travaillent pas plus de 119 jours au total dans l'année, et qui occupent des emplois saisonniers et temporaires.

Le choix de repousser la date d'abrogation de l'exonération s'explique par la volonté de prendre en compte les effets de la crise sanitaire. Certains secteurs les plus exposés aux conséquences de la crise sont souvent aussi les plus « gourmands » en travailleurs saisonniers. C'est le cas de la viticulture ou de l'horticulture, qui ont partie liée avec les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, très touchés par les mesures prises pour lutter contre l'épidémie de covid-19. L'abrogation entraînerait donc un coût supplémentaire estimé à 127 millions d'euros en 2021 et de 130 millions en 2022.

La prolongation de cette exonération est par ailleurs compensée en deux temps : d'une part par une fraction de TVA et d'autre part, par le biais de crédits budgétaires du ministère de l'agriculture et de l'alimentation. Le coût total pour l'année 2021 serait donc de 516 millions d'euros.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Avec avis favorable de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté, en commission et en séance publique, un amendement du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, et trois amendements identiques de Mme Valérie Boyer et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. François Bonhomme et de M. Jean-Luc Fichet et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, visant à pérenniser cette exonération.

---

(1) Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur général, conscient des difficultés que rencontrent certains secteurs agricoles en raison notamment de la crise sanitaire, est favorable au report de la suppression de cette exonération spécifique.

Néanmoins, un tel dispositif représente un effort important pour la puissance publique, alors même que les allègements généraux ont été largement étendus, que les exploitants agricoles bénéficient déjà d'exonérations spécifiques, notamment pour les jeunes agriculteurs, et que d'autres dispositifs comme la facilitation de l'épargne ou le rééquilibrage des relations commerciales entre les distributeurs et les producteurs sont en train de se développer.

L'objectif étant, à terme, d'intégrer le secteur des travailleurs saisonniers dans le droit commun des allègements généraux, le rapporteur général estime que la prolongation du dispositif jusqu'en 2023 est une mesure adaptée à l'objectif recherché et à la situation actuelle.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 bis A (nouveau)*

#### **Augmentation de l'exonération totale de « TO-DE » à 1,25 SMIC**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Françoise Férat et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Il vise à porter l'exonération totale de cotisations sociales patronales pour les TO-DE à 1,25 SMIC au cours d'une période courant de 2021 au 31 décembre 2022, au lieu de 1,2 SMIC aujourd'hui, sans préciser le régime qui s'appliquerait à compter de 2023.

### 2. La position de la commission

- Cet article, en lui-même contradictoire avec la modification apportée par le Sénat à l'article 13 immédiatement précédent, entraînerait une perte de recettes supplémentaire pour la sécurité sociale, compte tenu de la distribution des

rémunérations des TO-DE. L'incertitude quant au régime qui serait applicable après 2023 justifie également la demande de suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 13 bis B (nouveau)*

**Extension de l'exonération « TO-DE » aux entreprises de travaux forestiers**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Céline Boulay-Espéronnier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de M. Pierre-Jean Verzelen et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il vise à inclure dans l'exonération « TO-DE » les entreprises de travaux forestiers ainsi que l'ensemble des salariés accomplissant des travaux agricoles inclus dans le cycle de la production animale et végétale ou dans l'amélioration foncière agricole, pour un coût supplémentaire estimé par les auteurs de l'amendement à 15 millions d'euros par an.

**2. La position de la commission**

● Cet article conduirait à revenir sur le choix qui avait été celui du législateur financier social en 2015, qui avait expressément exclus les entreprises de travaux agricoles et de travaux forestiers du bénéfice de l'exonération « TO-DE ».

Le maintien de cette restriction se justifie toujours aujourd'hui, compte tenu de ce que :

– ces entreprises ne sont pas soumises au même rythme de saisonnalité que les exploitations agricoles, dont cette condition justifie précisément l'attention spécifique qui est accordée aux TO-DE ;

– les mêmes entreprises bénéficient de l'ensemble des allègements généraux à raison des salariés qu'elles emploient. Pour rappel, ces allègements ont été largement élargis par le législateur en 2018 et 2019, réduisant d'autant le décalage avec l'exonération propre aux TO-DE.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 13 bis C (nouveau)*

**Réduction du taux de CSG sur la location de foncier agricole non bâti**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l’adoption d’un amendement de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il vise à créer un nouveau taux de CSG, à 3,8 %, les revenus fonciers issus de la location à un agriculteur de moins de quarante ans respectant un certain nombre de critères :

- d’immeubles à usage agricole ;
- de baux ruraux, qu’ils soient conclus pour la première fois ou renouvelés ;
- de baux cessibles hors du cadre familial.

Une dernière condition est prévue, le bénéfice de l’exonération étant plafonné à une surface totale d’exploitation qui corresponde à 1,5 fois le seuil de surface agricole utile pondérée (SAUP), variable en fonction des régions <sup>(1)</sup>.

**2. La position de la commission**

● Outre les questions de forme et notamment le renvoi à la partie réglementaire du code, l’adoption de cet article aurait pour conséquences de diviser par trois la fiscalité applicable à la location de biens agricoles à des agriculteurs de moins de 40 ans, indépendamment de toute condition de revenus. Contrairement à la différenciation habituelle entre les taux de CSG, celle-ci n’aurait aucun lien avec les ressources réelles des bénéficiaires, entraînant une rupture d’égalité devant l’impôt injustifiée.

---

(1) Celui-ci a été ainsi fixé à 84 hectares pour la région Poitou-Charentes selon le schéma directeur régional des exploitations agricoles de février 2016.

Par ailleurs, ce dispositif entraînerait naturellement de nombreux effets d'aubaine, exonérant l'ensemble des locations du foncier agricole, y compris le seul renouvellement des situations existantes.

Cet article, enfin, dont il n'est pas précisé le coût, entraînerait une diminution du produit de la CSG « patrimoine » d'une part non négligeable, alors que les recettes de la CSG affectées au régime agricole représentent un peu moins de 1 milliard d'euros.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 bis D (nouveau)*

### **Extension de la réduction de 6 points de cotisations sociales « maladie » aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste, M. Martin Lévrier et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ainsi que Mme Monique Lubin et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il vise à appliquer la réduction de six points de cotisations « maladie » à l'ensemble des établissements et services qui :

- accueillent des personnes âgées ;
- apportent à ces dernières une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations ou les accompagnent dans l'insertion sociale.

Il s'agit donc principalement de permettre aux EHPAD publics de bénéficier de cette réduction alors qu'elle s'applique actuellement aux employeurs de droit privé.

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

- Ainsi que le Gouvernement l'a expliqué au cours des débats, cette exonération supplémentaire, à propos de laquelle la commission des affaires

sociales a régulièrement rendu un avis défavorable lors de l'examen des dernières lois de financement de la sécurité sociale, aurait un coût de 300 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Or, l'assurance-maladie assure une partie du financement de ces mêmes EHPAD publics. Cette exonération aboutirait donc à réduire *in fine* les ressources des établissements qu'elle vise à soutenir, soit un résultat contraire aux intentions des auteurs de ces amendements.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 bis E (nouveau)*

### **Modification du délai de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Jean-Pierre Decool et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il est actuellement prévu à l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale que les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans, mais uniquement à compter de la fin de l'année civile à laquelle elles sont dues. *A contrario*, la prescription des cotisations indûment versées s'applique à compter d'une période de trois ans, qui débute au moment où les cotisations ont été acquittées.

L'article vise à aligner les deux durées de prescription sur celle de la récupération des cotisations non-versées par les URSSAF.

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

- La distinction entre les deux points de départ à partir desquels peuvent se prescrire la récupération des indus s'explique par la différence de nature entre les deux opérations.

En effet, le cotisant peut s'assurer de ce que le montant des cotisations versées n'excède pas le montant des cotisations dues dès le moment du versement.

À l'inverse, s'agissant du contrôle du bon versement des cotisations dues, celui-ci doit nécessairement s'exercer sur une période plus longue, comprenant la possibilité pour l'URSSAF d'exercer un contrôle relatif au bon acquittement des cotisations dues. Par ailleurs, à l'occasion de ce contrôle, l'URSSAF est tenue de rembourser le cotisant d'un éventuel trop-perçu dans un délai de quatre mois à compter de la demande.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 bis F (nouveau)*

### **Diminution de charges sociales pour les médecins retraités exerçant en zone sous dense**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Roger Karoutchi et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il vise à établir une baisse des « charges sociales » pour les médecins exerçant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante pour les médecins exerçant au-delà de l'âge légal de retraite.

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

- Cet article, qui vise à répondre à la problématique des « déserts médicaux », est issu d'amendements déjà repoussés par l'Assemblée nationale. Les médecins retraités exerçant dans ces zones bénéficient déjà d'une exonération de cotisations au régime légalement obligatoire de retraite complémentaire. Cette exonération a été portée de 12 000 à 80 000 euros depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Cet article, qui prévoit simplement une « baisse de charges sociales », est donc potentiellement satisfait. À défaut, si cette baisse vise d'autres cotisations sociales que celles qui sont exposées ci-dessus, l'article ne définit en rien l'exonération qu'il semble vouloir mettre en place.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*Article 13 bis G (nouveau)*

**Autorisation du cumul d'exonérations pour les jeunes agriculteurs**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

• Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il vise à permettre aux jeunes agriculteurs de cumuler trois types de réduction de cotisations sociales.

La première relève de l'exonération propre aux jeunes agriculteurs. Ces derniers bénéficient en effet d'une exonération de cotisations créée en 1985 et établie aujourd'hui selon les modalités suivantes.

**ÉVOLUTION DE L'EXONÉRATION POUR LES JEUNES EXPLOITANTS AGRICOLES**

1 <sup>e</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année
65 %	55 %	35 %	25 %	15 %

Source : commission des affaires sociales.

Cette exonération, destinée aux jeunes exploitants agricoles âgés de moins de 40 ans, porte sur les cotisations de sécurité sociale de base. Elle a été estimée à un coût de 40 millions d'euros en 2019.

La deuxième exonération, mise en place en 2015, consiste en la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants dont le revenu est inférieur à 140 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Cette réduction est de 3,1 % pour les rémunérations inférieures à 110 % du PASS, soit une annulation des cotisations, puis croît linéairement jusqu'à 140 % du PASS.

La troisième, enfin, consiste dans la réduction dégressive, dans la limite de 5 points, du taux de la cotisation d'assurance maladie et maternité due par les travailleurs indépendants lorsque leur revenu annuel est inférieur à 110 % du PASS.

**2. La position de la commission**

Alors que les jeunes agriculteurs peuvent déjà cumuler l'exonération de leurs cotisations au titre de leur statut avec le dispositif dit « ACRE » (aide à la création et à la reprise d'entreprise) ainsi qu'avec de nombreux dispositifs fiscaux favorisant leur installation, il n'apparaît pas que ce seul levier permette le renouvellement efficace des générations agricoles.

En cohérence avec la nécessité de préserver l'équilibre des comptes sociaux tout comme la garantie de l'usage des exonérations ciblées à bon escient, la commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*  
\* \*

*Article 13 ter A (nouveau)*

**Exonérations de cotisations sociales pour les travailleurs indépendants du secteur viticole ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 13 *ter* A résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement de Mme Nathalie Delattre et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement Démocratique et Social Européen, Les Républicains, Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, Union Centriste et Socialiste, Écologiste et Républicain, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement.

● Le présent article prévoit des exonérations de cotisations et contributions sociales dues par les exploitants agricoles indépendants, calculées en fonction des pertes subies entre l'année 2019 et 2020, à partir d'une perte de 40 % de chiffre d'affaires minimum.

Les travailleurs indépendants du secteur viticole dont l'activité a été réduite d'au moins 40 % par rapport à l'année précédente seraient donc exonérés totalement ou partiellement de cotisations sociales au titre de l'année 2020. Le montant de cette exonération serait calculé selon un coefficient déterminé proportionnellement à la perte subie, par une formule fixée par décret.

Cette exonération s'appliquerait aux travailleurs non-salariés agricoles qui exercent leur activité principale dans le secteur de la culture de la vigne, secteur inclus dans le décret du 30 mars 2020 relatif au fond de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation <sup>(1)</sup>.

---

(1) Décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

Les travailleurs indépendants du secteur viticole qui ne bénéficieraient pas du dispositif pourraient toutefois obtenir une remise partielle des dettes de cotisations et contributions constituées au titre de l'année 2020, ou d'un échéancier de règlement sur trente-six-mois.

## 2. La position de la commission

- Cet article induit une incertitude quant aux modalités de calcul des exonérations, dont l'absence de chiffrage ne permet pas d'évaluer clairement l'ampleur, qui serait potentiellement considérable. De plus, l'article 13 *bis*, adopté conforme par le Sénat, prévoit déjà des dispositifs d'exonérations spécifiques concernant le secteur vitivinicole.

Il convient aussi de noter que la multiplication des dispositifs d'exonérations spécifiques risque, à terme, de conduire à une rupture d'égalité devant les charges publiques, garantie par la Constitution. En particulier, toute exonération de ce type doit être justifiée par la situation particulière d'un secteur au regard d'un événement potentiellement exceptionnel. Aussi structurelles que soient les difficultés qui affectent le secteur de la viticulture, celles-ci ne sont pas manifestement différentes de celles que rencontrent d'autres secteurs agricoles tout aussi dépendants du secteur dit « S1 », qui comprend notamment l'hôtellerie et la restauration.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 13 ter B (nouveau)*

#### **Exonération de cotisations sociales pour les travailleurs du secteur de la culture de la canne à sucre ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 13 *ter* B résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement de Mme Victoire Jasmin et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement.

- Cet article vise à exonérer partiellement ou entièrement les entreprises du secteur de la culture de la plante de canne à sucre de cotisations sociales patronales

pour l'année 2021, en fonction des pertes subies en 2020, justifiant ce dispositif par la fragilité de la situation économique de la filière, qui serait due aux conséquences de la crise sanitaire.

Pour ces raisons, le présent article prévoit un allègement des cotisations dues en 2021 par les entreprises de cette filière. L'assiette retenue pour cet allègement est particulièrement large, puisqu'elle comprend l'ensemble des cotisations à la charge de l'employeur, sauf celles qui financent les régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires. Ces cotisations feraient l'objet d'une réduction en fonction de l'ampleur de la baisse constatée de leur chiffre d'affaires (CA) entre l'année 2019 et l'année 2020 :

– les entreprises ayant constaté une baisse de CA d'au moins 60 % seraient exonérées de l'intégralité des cotisations retenues dans le champ du présent article ;

– les entreprises ayant constaté une baisse de CA d'au moins 40 % seraient exonérées à hauteur de 40 % ;

– les entreprises ayant constaté une baisse de CA d'au moins 20 % seraient exonérées à hauteur de 25 %.

Les entreprises dont la baisse du CA est comprise entre 20 % et 40 %, mais qui ne sont pas éligibles au dispositif d'exonération, pourraient toutefois bénéficier d'une remise sous présentation de dossier, qui ne pourrait excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020 (soit l'équivalent de deux mois de cotisations). Cette remise serait accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont relèvent les travailleurs.

Le dispositif est donc identique à celui qui a été adopté à l'article 13 *bis* du présent projet de loi.

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

● Cet article crée une exonération de 100 % des cotisations pour une baisse de seulement 60 % du chiffre d'affaires. Or une telle exonération est prévue pour des secteurs ayant connu une perte de chiffre d'affaires à hauteur de 100 %, notamment pour cause de fermeture administrative totale. Par ailleurs, ce taux risquerait de créer un effet d'aubaine pour les entreprises ayant connu des pertes qui ne seraient pas liées à la crise sanitaire.

Ainsi que cela a été rappelé dans le commentaire relatif à l'article 13 *ter A*, la multiplication des dispositifs d'exonération de cotisations n'est pas souhaitable, au risque de créer une rupture d'égalité devant les charges publiques. Les politiques publiques actuelles ont vocation à alléger les charges des secteurs impactés par la crise du covid-19. Ainsi, l'article 6 *ter*, adopté en séance publique, prévoit déjà une exonération pour les entreprises des secteurs dépendants, dont le chiffre d'affaires a baissé de 50 % pour l'année 2020, parmi lesquels sont naturellement compris les

secteurs agricoles éligibles en raison de l'impact de la crise sanitaire sur leur activité.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 ter*

### **Rétablissement de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à l'adoption de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : adoption dans sa rédaction issue du Sénat.

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

L'article 13 *ter* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission des affaires sociales.

- Le présent article vise à revenir sur les dispositions de l'article 37 *bis* du projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique (dite « ASAP ») en cours d'examen, qui exclut de l'assiette des prélèvements sociaux tout avantage fourni par l'employeur au nom de la pratique sportive en entreprise et du sport-santé.

Il propose de maintenir la rédaction actuelle du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les exceptions à l'assiette des cotisations sociales.

- L'exemption créée par la loi « ASAP » avait en effet été jugée trop large et mal maîtrisée. Alors que les critères d'encadrement étaient trop imprécis, l'exonération n'aurait été limitée ni dans sa portée ni dans sa durée, entraînant un coût difficilement estimable mais important pour les finances sociales

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

Le Sénat a adopté un amendement présenté par M. Michel Savin et ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Cette rédaction globale vise à préciser l'assiette de l'exonération en faveur du développement du sport en entreprise. Celle-ci :

– consiste désormais à supprimer les avantages perçus dans ce cadre de l’assiette de la contribution sociale généralisée (CSG). Ce faisant, le régime applicable à ces avantages est identique à celui qui est actuellement applicable à l’acquisition de titres-restaurant ou encore à celui de la prise en charge partielle des frais de transport public pour les salariés ;

– s’applique uniquement à la mise à disposition d’équipements sportifs à usage collectif ou de prestations sportives à destination de l’ensemble des salariés. Ces dispositions s’entendent donc à l’exclusion d’avantages individuels destinés à une partie des salariés, voire individuellement ;

– est encadrée par un décret, qui doit en préciser les limites lors de son adoption prévue au cours de l’année 2021.

### 3. La position de la commission

● Le texte tel qu’adopté au Sénat permet de lever les incertitudes qui avaient conduit à la suppression *a posteriori* de la disposition adoptée. Alors qu’elle permet d’en limiter le coût pour les finances sociales tout en encourageant la pratique du sport en entreprise par le biais d’un dispositif juridique sécurisé, cette exemption d’assiette est justifiée.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*  
\* \*

#### *Article 13 quater*

### **Intégration de l’audiovisuel dans le dispositif « LODEOM » renforcé**

Origine de l’article : amendements adoptés en première lecture à l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée à l’Assemblée nationale.

### 1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale

L’article 13 *quater* résulte de l’adoption en commission d’un amendement de M. Stéphane Claireaux et de plusieurs de ses collègues des groupes La République en Marche, Agir ensemble, UDI et Indépendants, Les Républicains, Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, Socialistes et apparentés, Gauche démocrate et républicaine, et d’un amendement identique de Mme Justine Benin, du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ; et de l’adoption, en séance publique, de plusieurs amendements identiques de M. David Lorion et plusieurs de ses collègues du groupe Les

Républicains, et de Mme Justine Benin et Mme Michèle de Vaucouleurs du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, tels que sous-amendés par le Gouvernement, avec avis favorable de la commission des affaires sociales.

• Le présent article vise à intégrer le secteur de la production audiovisuelle dans le dispositif dit de compétitivité renforcée, au sein de l'exonération générale en faveur des activités économique en outre-mer, dite « LODEOM »<sup>(1)</sup>.

La loi pour le développement économique des outre-mer (« LODEOM »), promulguée en 2009, comprend un dispositif d'exonération de cotisations sociales bénéficiant aux employeurs situés dans les départements et régions d'outre-mer. Il comprend aujourd'hui deux principaux types d'exonérations :

– un dispositif de compétitivité, auquel sont éligibles une majeure partie des activités économiques en outre-mer et qui leur permet de bénéficier d'une exonération totale jusqu'à 1,3 SMIC, puis dégressive jusqu'à 2,2 SMIC ;

– un dispositif de « compétitivité renforcée », pour les employeurs des secteurs jugés prioritaires, à la condition qu'ils emploient moins de 250 salariés et qu'ils réalisent un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros. L'exonération est totale jusqu'à 2 SMIC puis dégressive jusqu'à 2,7 SMIC.

Le présent article vise à permettre au secteur de la production audiovisuelle de bénéficier du dispositif de compétitivité renforcée. Ce secteur est composé, à l'exception de France Télévision, d'opérateurs privés assez fragiles du fait de leur petite taille et de l'étroitesse du marché de la publicité, dont les recettes ont été drastiquement réduites avec la crise sanitaire.

Cette mesure tient compte de la situation spécifique de l'audiovisuel en outre-mer cette année, mais n'a pas vocation à se généraliser à d'autres secteurs.

Le sous-amendement d'initiative gouvernementale permet de préciser que cette intégration s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

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

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, un amendement de Mme Viviane Malet et de plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires.

Cet amendement vise à appliquer le dispositif de « compétitivité renforcée » au secteur des bâtiments et travaux publics (BTP) pour les cotisations et contributions dues au titre des années 2021 et 2022.

---

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

### 3. La position de la commission

● La modification apportée par le Sénat correspond à des amendements repoussés par l'Assemblée nationale en première lecture. L'intégration du secteur du BTP, indépendamment des difficultés structurelles qui peuvent affecter le secteur, n'a en effet pas vocation à intégrer le dispositif de compétitivité renforcée, même de manière temporaire, dès lors que ce dispositif est prévu pour les entreprises qui doivent faire face à une concurrence régionale accrue, en raison de leur exposition au commerce international.

Le secteur du BTP fait en outre l'objet d'un important soutien dans le cadre du plan de relance gouvernemental pour les années 2021 et 2022. À ce titre, la rénovation des bâtiments publics à hauteur de 4 milliards d'euros bénéficiera à l'ensemble des entreprises du BTP, bien plus qu'une exonération supplémentaire de cotisations sociales. Les territoires d'outre-mer bénéficieront en particulier des opérations visant à protéger les bâtiments des vagues de chaleur.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 13 quinquies A (nouveau)*

### **Suppression de la taxe additionnelle sur les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'amendements de M. Arnaud Bazin, M. Alain Milon, de Mme Florence Lassarade et de plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains et de M. Didier Marie et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il vise à supprimer la taxe additionnelle de 3,25 % que doivent acquitter, depuis la LFSS 2016<sup>(1)</sup> les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), uniquement sur les revenus issus des dépassements d'honoraires pratiqués ainsi que des activités qui ne relèvent pas du champ des conventions elles-mêmes.

---

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

## 2. La position de la commission

- Cet article, issu d'un amendement qui revient régulièrement au cours des débats sur les LFSS, entraînerait la suppression d'un moyen de réguler la pratique des dépassements d'honoraires. Il pourrait entraîner mécaniquement un moindre recours aux soins des patients sur l'ensemble du territoire.

La nécessité d'éviter l'augmentation des inégalités dans l'accès aux soins justifie donc la proposition de suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 13 quinquies*

#### **Suppression de la surcotisation patronale pour la prime de feu**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

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

L'article 13 *quinquies* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement du Gouvernement, avec avis favorable du rapporteur général.

- Le présent article vise à supprimer la surcotisation patronale sur la « prime de feu » perçue par les sapeurs-pompiers professionnels.

Les sapeurs-pompiers bénéficient depuis 1991, d'une « prime de feu » prise en compte dans le calcul de leurs pensions, qui permet d'en majorer le montant. Cette prime est frappée d'une surcotisation salariale, à hauteur de 1,8 %, et par une surcotisation patronale à hauteur de 3,6 %, prélevée sur le traitement indiciaire et sur la « prime de feu ».

Le Gouvernement et la majorité se sont engagés dans le sens d'une revalorisation de la prime de feu de 19 % à 25 % de leur salaire, qui entraînera un gain de pouvoir d'achat moyen d'environ 100 euros net par mois pour les sapeurs-pompiers <sup>(1)</sup>.

Le présent article témoigne en outre d'une attention particulière portée à la soutenabilité des finances départementales, qui sont les collectivités employeurs des

---

(1) Décret n° 2020-903 du 24 juillet 2020 portant revalorisation de l'indemnité de feu allouée aux sapeurs-pompiers professionnels.

sapeurs-pompiers : la suppression de la part patronale de la surcotisation leur permettra en effet de bénéficier d'une aide de plusieurs dizaines de millions d'euros.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat

● En séance publique, le Sénat a adopté un amendement de M. Hervé Maurey et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et contre l'avis du Gouvernement, visant à supprimer la part salariale de la surcotisation sur la « prime de feu ».

Il a en outre adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

## 3. La position de la commission.

● Même s'il entend les intentions des auteurs de cet amendement, le rapporteur général estime en l'état que cet article entraînerait une perte trop importante pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), dont l'effort réalisé par la suppression de la part patronale de la surcotisation est déjà conséquent.

De plus, la revalorisation de la « prime de feu » de 19 % à 25 % du salaire représente déjà un gain de pouvoir d'achat significatif pour les sapeurs-pompiers, sans pour autant les priver de leur capacité à ouvrir des droits issus des cotisations.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général, moyennant un ajustement rédactionnel.

\*

\* \*

### *Article 13 septies (nouveau)*

#### **Exonération de CSG et de CRDS pour les Français de l'étranger**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Évelyne Renaud-Garabedian et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, malgré l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il vise plusieurs objectifs :

– la restriction du paiement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) aux seules personnes affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie. Ce faisant, l'amendement vise à exonérer de ce paiement l'ensemble des Français qui, en raison de leur établissement à l'étranger, sont affiliés à un autre régime de la sécurité sociale ;

– la suppression de la part de contributions portant sur les plus-values de cession effectuées par les personnes physiques ou morales, résidant ou établies hors de France.

## 2. La position de la commission

● Cet article vise à répondre à la problématique issue des conclusions de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) s'agissant de l'imposition sur le capital des Français résidant au sein de l'Union européenne <sup>(1)</sup>. Par cet arrêt, la Cour a estimé que la CSG et la CRDS ayant un lien direct et pertinent avec le financement de la sécurité sociale, le cumul de ces prélèvements avec ceux qui pesaient sur des Français établis au sein de l'Union européenne et affiliés, à ce titre, à un autre régime de sécurité sociale contrevenait au principe d'interdiction du cumul des législations applicables en matière de sécurité sociale <sup>(2)</sup>.

En toute hypothèse, ces Français font donc l'objet d'une exonération de ces prélèvements sur le capital, tout en étant assujetti au prélèvement de solidarité institué à l'article 235 *ter* du code général des impôts.

Conformément à une opinion constante, le rapporteur général estime que la décision de la CJUE ne doit pas entraîner une attrition supplémentaire des ressources de la sécurité sociale de l'ordre de 300 millions d'euros, quand l'article du Sénat viendrait en outre exonérer des opérations de plus-value immobilières qui témoignent des ressources d'une partie des assujettis. Conscient du problème et de l'inégalité qui peut être ressentie par certains Français expatriés, il estime que l'exonération pure et simple du paiement de la CSG et de la CRDS de l'ensemble des personnes qui sont uniquement assujetties à l'impôt sur le revenu, sans être affiliées à la sécurité sociale – catégorie qui ne comprend pas uniquement les Français non-résidents en France – ne constitue pas la solution adéquate.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

---

(1) CJUE, De Ruyter, 201.

(2) Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

*Article 13 octies (nouveau)*

**Exonération pour le cumul d'indemnités des élus locaux**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à modifier le régime de cotisations applicable aux indemnités de fonction des titulaires d'un mandat local. Celui-ci prévoit que cette indemnité est assujettie à cotisations au-dessus d'un seuil correspondant à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

En particulier, les élus locaux qui cumuleraient plusieurs indemnités, dont la « principale » serait inférieure à ce seuil, l'assujettissement ne porterait pas sur l'indemnité dont le montant est le plus faible. Les auteurs souhaitent faire en sorte que les élus locaux qui cumulent leurs fonctions de maires avec celle de président d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) puissent ne pas cotiser, le cas échéant, sur l'ensemble de leurs indemnités.

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur général partage les préoccupations générales sur les indemnités versées aux élus locaux, mais il n'estime pas que la réponse doit passer par une réduction supplémentaire des cotisations. Cela priverait notamment ces élus de bénéficier des droits ouverts par ces cotisations à raison de l'exercice de l'un de leurs mandats.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 13 nonies (nouveau)*  
**Expérimentation d'un statut de « junior entrepreneur »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Catherine Procaccia et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis de favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il reprend les termes d'une proposition de loi présentée par Mme Procaccia, visant à expérimenter un nouveau statut pour les jeunes à partir de l'âge de 16 ans. Aux termes de cet article, ces jeunes :

– se verraient attribuer un numéro d'identification valant immatriculation en tant que travailleur indépendant, jusqu'à leur vingt-cinquième anniversaire ;

– pourraient à ce titre exercer une activité encadrée par le régime de micro-entrepreneuriat, dans la limite d'un chiffre d'affaires inférieur à 12 000 euros ;

– par dérogation au régime micro-social défini à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, ne pourraient être soumis à un taux global de cotisations et contributions de sécurité sociale supérieur à 5 % ;

– seraient enfin informés de l'existence de ce dispositif au moins deux mois avant leur seizième anniversaire, ainsi que de son expiration au plus tard six mois avant leur vingt-cinquième anniversaire, s'ils ont décidé d'en bénéficier.

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

● Bien qu'il reconnaisse l'intention des auteurs de l'amendement de contribuer à apporter des réponses au risque d'augmentation importante du nombre de demandeurs d'emploi parmi les jeunes actifs, le rapporteur général estime que la création d'un nouveau régime micro-social ne constitue pas la bonne réponse, dès lors que :

– le taux global de cotisations qui est proposé est particulièrement bas, entraînant le risque d'une ouverture de droits trop faible pour ces jeunes actifs. Ce phénomène aurait des répercussions sur le montant de leurs pensions, alors même que de nombreuses pistes sont actuellement étudiées pour faciliter l'ouverture de droits des indépendants ;

– la proposition d'une expérimentation dans ce cadre semble particulièrement lourde, puisqu'elle suppose l'attribution d'un numéro d'identification à l'ensemble des mineurs dès leurs 16 ans révolus sur le territoire

national pendant trois ans. Compte tenu du risque qu'elle soit finalement abandonnée, une telle expérimentation représente un trop grand risque.

Ainsi qu'il l'a rappelé au cours des débats, le rapporteur général souligne l'ensemble des dispositifs exceptionnels d'accompagnement des jeunes déployés par le Gouvernement dans le cadre du plan de relance, à commencer par la prime à l'embauche d'un jeune en contrat à durée indéterminée, qui peut aller jusqu'à un montant de 4 000 euros.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

## CHAPITRE II

### **Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie**

#### *Article 14 bis A (nouveau)*

#### **Exemption d'assiette pour les cartes de service des opérateurs de transport public urbain**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, avec un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement.

Il permet d'exempter de l'assiette des prélèvements sociaux les cartes de service des salariés des opérateurs de transport public urbain, en leur attribuant un régime comparable à celui utilisé pour l'acquisition des titres-restaurant ou à la prise en charge obligatoire des frais de transports publics.

Cette exemption s'appuie sur la qualification de cette carte de service d'outil professionnel, ce qui justifierait un régime dérogatoire total appuyé, selon les auteurs de l'amendement, sur la pratique d'usage effectuée par les URSSAF.

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

- Cet article est issu d'amendements qui avaient déjà fait l'objet de discussions au cours de l'examen du PLFSS 2020 et ne semble pas relever tant du domaine législatif que de l'unification des pratiques des URSSAF à ce sujet.

L'exemption proposée par le présent article reviendrait en effet à estimer que la carte de service relève d'un avantage extraprofessionnel dont il conviendrait de l'exempter de contribution sociale généralisée (CSG) en raison de son intérêt

pour les salariés, sur le modèle de la prise en charge obligatoire des frais de déplacements par le biais des transports publics.

Pour autant, s'il est estimé qu'il s'agit d'un outil purement professionnel, celui-ci est naturellement extérieur au champ des cotisations sociales.

Le rapporteur général partage la nécessité d'avancer sur ce sujet pour permettre aux 55 000 salariés de ces entreprises de bénéficier d'une pratique unifiée et d'une jurisprudence consolidée, mais celui-ci ne saurait être réglé préférentiellement par une exonération dans la loi.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 14 bis B (nouveau)*

### **Expérimentation visant au renforcement des mesures relatives à la lutte contre la fraude sociale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 14 bis B résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et des membres du groupe Union Centriste, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et avis défavorable du Gouvernement.

La Sénat entend, *via* cet amendement, dupliquer l'expérimentation de lutte contre la fraude fiscale mise en place par l'article 154 de la loi de finances pour 2020 <sup>(1)</sup> en matière de fraude sociale. Ce dispositif a ouvert la possibilité pour les administrations fiscale et douanière de collecter et d'exploiter dès l'année 2020 les données rendues publiques sur les sites internet des réseaux sociaux et des opérateurs de plateforme.

L'amendement prévoit plus précisément, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, que les agents de l'État ou des organismes de sécurité sociale peuvent collecter et exploiter au moyen de traitements informatisés et automatisés les contenus librement accessibles sur les sites internet des opérateurs de plateforme en ligne. Les opérateurs visés sont plus précisément les personnes physiques ou morales proposant à titre professionnel, de manière rémunérée ou non, un service de communication au public en ligne reposant sur « *la mise en relation de plusieurs parties en vue de la vente d'un bien, de la fourniture d'un service ou de l'échange*

(1) Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

*ou du partage d'un contenu, d'un bien ou d'un service* » (article L. 111-7 du code de la consommation).

Les traitements sont mis en œuvre par des agents spécialement habilités par la direction de leur organisme ou administration respectif et ayant le grade de contrôleur ou équivalent, dans le but de constater d'éventuels manquements ou infractions <sup>(1)</sup>. En cas d'indices indiquant qu'une personne peut être en situation de fraude, les données collectées sont transmises au service compétent de l'administration ou de l'organisme « *pour corroboration et enrichissement* ».

Il est par ailleurs prévu que cette expérimentation fasse l'objet d'une première évaluation, dont les résultats seront transmis au Parlement ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) au plus tard dix-huit mois avant son terme ; l'expérimentation doit par ailleurs faire l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données à caractère personnel.

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

- Le rapporteur général propose la suppression de cet article.

Le développement d'une telle expérimentation, qui viendrait s'ajouter à l'arsenal déjà existant en matière de lutte contre la fraude sociale et dupliquer de manière probablement prématurée un dispositif qui n'a pas encore fait ses preuves en matière fiscale, n'apparaît pas opportun pour le moment. Le dispositif voté par le Sénat est certes novateur, mais il implique une mise en œuvre particulièrement lourde, les logiciels de traitement informatisés de ces données disponibles sur les plateformes n'étant pas immédiatement disponibles, qui pourrait finalement affaiblir les actions de lutte contre la fraude déjà réalisées par les URSSAF à moyens constants. Le rapporteur général ne peut que souligner par ailleurs qu'il pose, comme tout dispositif appelant un traitement de données personnelles, des questions de droit et plus fondamentalement de protection de la vie personnelle, que l'expérimentation fiscale n'a pas encore permis de totalement élucider <sup>(2)</sup>.

Le rapporteur général n'est toutefois pas réticent à réétudier la possibilité de la mise en place d'une expérimentation analogue si le dispositif adopté l'année dernière en matière fiscale a été positivement évalué, et si la faisabilité opérationnelle de cette expérimentation en matière de fraude sociale apparaît plus réaliste qu'elle ne l'est actuellement.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général ainsi que de M. Joël Aviragnet et de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés.

---

(1) Les types de fraudes visés sont énumérés à l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale.

(2) La CNIL avait ainsi estimé dans un avis du 12 septembre 2019 que le dispositif envisagé constituait « un changement d'échelle significatif » et émis quatre réserves à l'égard du dispositif. Une partie de ce dernier avait d'ailleurs été censuré par le Conseil constitutionnel et le reste assorti d'une clause de revoyure (décision n° 2019-796 DC du 27 décembre 2019).

*Article 14 bis*

**Transfert du contentieux relatif à la contribution « obligation d'emploi des travailleurs handicapés » au contentieux de la sécurité sociale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● L'article 14 *bis* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement déposé par M. Thierry Michels et les membres du groupe La République en Marche avec avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Instituée à l'article L. 5212-2 du code du travail, l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) exige de tout employeur d'au moins vingt salariés, public comme privé, d'employer des personnes en situation de handicap dans une proportion minimale de 6 % de l'effectif total. En cas de non-respect de cette obligation, l'employeur doit verser une contribution annuelle à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) dans le secteur privé et au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) dans le secteur public. Cette contribution est calculée en fonction du nombre de personnes en situation de handicap que l'employeur aurait dû embaucher et de la taille de l'entreprise <sup>(1)</sup>.

L'ordonnance n° 2019-861 du 21 août 2019 visant à assurer la cohérence de diverses dispositions législatives avec la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a acté le transfert de compétence en matière de recouvrement de la contribution de l'Agefiph vers les URSSAF et les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA) <sup>(2)</sup>. Elle a confié aux URSSAF et aux CMSA le rescrit, le contentieux et les sanctions relatives au versement de cette contribution jusqu'alors gérés par l'Agefiph.

Toutefois, cette mesure a été abrogée par erreur par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. En modifiant la rédaction de l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale relatif au contentieux de la sécurité sociale, le législateur a en effet omis d'y inscrire la référence à la contribution annuelle obligatoire en cas de non-respect de l'OETH.

● Afin de concrétiser la volonté du législateur d'unifier l'ensemble du contentieux relatif au recouvrement des cotisations et contributions par les

---

(1) Article L. 5212-9 du code du travail.

(2) Article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

URSSAF, l'article 14 *bis* dispose que le contentieux général de la sécurité sociale, dont le périmètre est prévu à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, comprend également les litiges relatifs au recouvrement de la contribution annuelle obligatoire en cas de non-respect de l'OETH.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

À la suite de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales en séance publique, le Sénat a supprimé l'article 14 *bis* avec avis défavorable du Gouvernement.

La commission des affaires sociales a jugé que l'objet de cet article n'entrait pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

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

- Cet amendement n'ayant pas été jugé irrecevable à l'Assemblée nationale, le rapporteur général laissera ses auteurs le rétablir dans sa rédaction issue de ses travaux.

- La commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Thierry Michels et de ses collègues du groupe La République en Marche.

\*

\* \*

### *Article 15*

## **Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- L'article 15 prévoit la mise en place d'un système déclaratif simplifié pour les travailleurs indépendants agricoles.

Les travailleurs indépendants agricoles, qu'ils soient chefs d'entreprise ou d'exploitation ou cotisants de solidarité se soumettent aujourd'hui à une triple déclaration dans les sphères sociale et fiscale. Ils pourront désormais bénéficier d'un système simplifié avec une seule déclaration dématérialisée, applicable dès 2022.

Les trois déclarations auxquelles doivent procéder les exploitants agricoles sont les suivantes :

- les « liasses fiscales », destinées à mesurer le résultat de l'activité indépendante dans l'année ;
- la déclaration de revenus proprement dite, qui permet de déterminer le montant de l'impôt sur le revenu ;
- dans la sphère sociale, la déclaration des revenus professionnels.

Le présent article réduit l'obligation de déclaration par voie dématérialisée à la seule déclaration de l'impôt sur le revenu.

L'obligation de procéder à la déclaration par voie dématérialisée est toujours assortie d'une sanction, comparable à ce qui a été mis en place depuis la LFSS 2015 <sup>(1)</sup>. Le rapporteur général a pu rappeler au cours des débats qu'il ne fallait pas négliger l'existence de « zones blanches » dans lesquelles les assurés ne disposent pas de l'équipement nécessaire. Il a, en conséquence, attiré l'attention des caisses du régime agricole sur la nécessité de poursuivre leur « tolérance » à l'égard des assurés situés dans ces zones.

L'article prévoit également une adaptation du droit existant pour le territoire de Saint-Barthélemy, où la fusion des déclarations sociale et fiscale sera reportée d'un an pour les travailleurs indépendants non-agricoles.

Cette mesure s'inscrit dans une logique de simplification et de dématérialisation déjà entamée. L'unification des démarches déclaratives dans les sphères fiscale et sociale a déjà été mise en œuvre pour les travailleurs indépendants de la sphère non agricole, notamment *via* des déclarations uniques, comme dans le cas de la déclaration sociale nominative (DSN), venue remplacer six formalités antérieures.

• En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général.

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

Le Sénat a adopté un amendement du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, qui vise à prévoir une possibilité de déclaration par voie papier en cas d'impossibilité de réaliser la déclaration par voie dématérialisée, tel que le prévoit l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts.

---

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

### 3. La position de la commission

- Cet amendement apporte une précision bienvenue et permet de réaffirmer la démarche de la majorité et du Gouvernement, qui n'est évidemment pas de sanctionner les cotisants qui seraient dans l'impossibilité de réaliser leur déclaration par voie dématérialisée en raison d'un manque de connexion.

Comme le rapporteur général a pu le préciser, les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) demeureront sensibles à la situation des déclarants et prendront notamment en compte les personnes situées dans des zones blanches.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 15 bis A (nouveau)*

### **Interdiction de modulation de la sanction pour des faits de travail dissimulé commis en bande organisée**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Cet article vise modifier les conditions d'application des sanctions en cas de faits de travail dissimulés dès lors qu'ils sont commis en bande organisée.

L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale commande les dispositions relatives à la suppression du bénéfice des mesures d'exonération ou de réduction des cotisations de sécurité sociale à raison d'infractions en matière de droit du travail.

Le même article organise des dérogations au principe exposé ci-dessus, permettant de moduler ces sanctions par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Cette modulation est notamment applicable quand le nombre de salariés concernés représente une part limitée de l'ensemble des salariés employés par le cotisant – qui doivent néanmoins représenter un taux d'activité inférieur à 10 % de l'activité totale – ou que le contrat de travail est simplement déduit d'une relation de donneurs d'ordre qui place une personne dans une situation de subordination juridique à son égard.

Il existe au contraire des cas dans lesquels toute modulation est interdite, s'agissant notamment du travail dissimulé de mineurs ainsi soustraits à l'obligation scolaire ou encore lorsque les faits concernent des personnes vulnérables ou dépendantes. L'objet du présent article est d'ajouter dans la liste des faits qui ne peuvent donner lieu à aucune modulation l'organisation du travail dissimulé en bande organisée.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général ne peut qu'être favorable à un article qui empêchera les employeurs qui commettent délibérément une infraction aux règles de base du droit du travail en bande organisée de bénéficier en outre de réductions ou d'exonérations de cotisations sociales qui participent de l'effort de la nation en faveur de l'embauche régulière de salariés et, en priorité, des salariés peu formés et peu qualifiés.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

### *Article 15 bis*

#### **Unification du recouvrement des cotisations des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité autour de la Mutualité sociale agricole**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée Nationale

L'article 15 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement en séance publique de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe (groupe La République en Marche), avec avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

- Cet article vise à unifier le recouvrement des cotisations des salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité (SICAE), en permettant aux caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) d'assurer le recouvrement de leurs cotisations, notamment pour les risques vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, recouvrées jusqu'à maintenant par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).

Les salariés des SICAE ont un statut particulier, à mi-chemin entre l'économie agricole et l'économie électrique et gazière. C'est pourquoi ils relevaient du régime agricole pour l'assurance maladie de base, d'une part, et de la CNIEG pour le régime complémentaire obligatoire maladie, et les risques cités plus haut, d'autre part.

L'article 18 de la LFSS 2020 avait déjà engagé un mouvement d'unification en prévoyant qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, les caisses de la MSA assureraient le recouvrement des cotisations du régime complémentaire obligatoire maladie-maternité des SICAE à la place de la caisse d'assurance maladie des IEG.

Ce même article prévoyait aussi que toutes les cotisations non agricoles autrefois recouvrées par la CNIEG soient progressivement recouvrées par les URSSAF. Les salariés du régime agricole étaient naturellement exclus de cette unification du recouvrement autour de l'URSSAF, en raison de leur affiliation à la MSA.

Puisque la CNIEG n'est plus dotée de la compétence de recouvrement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'unification du recouvrement au sein des compétences de la MSA se justifie d'elle-même.

Ce transfert interviendra à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, et se fera à moyens constants pour les caisses de MSA.

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

Le Sénat a adopté un amendement du rapporteur général, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, qui vise à préciser que la compétence dont la MSA dispose en matière de recouvrement des cotisations vieillesse ne concerne que les salariés des SICAE, et non l'ensemble des salariés des IEG.

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

- L'amendement de coordination adopté par le Sénat est le bienvenu et permet de préciser la catégorie des salariés visée par cet article, dont la rédaction d'origine permettait seulement la compréhension implicite.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 15 sexies (nouveau)*

**Imputation de la récupération du paiement partiel de cotisations et contributions sociales**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Il vise à harmoniser l'ordre du recouvrement des créances de cotisations avec l'ordre utilisé en matière fiscale. Ce faisant, il participe au rapprochement des structures de recouvrement entre les sphères fiscales et les sphères sociales.

En particulier, il prévoit, comme en loi de finances, que le paiement partiel des cotisations ou des contributions sociales respecte le principe le plus favorable au redevable.

Alors qu'aujourd'hui, cette imputation débute avec les contributions (CSG et CRDS) et les cotisations salariales, se poursuit avec les cotisations dues par l'employeur puis s'achève avec les majorations de retard et les pénalités de paiement, l'article propose un nouvel ordre de priorité. L'imputation portera d'abord sur :

– la créance due au principal ;

– puis sur l'accessoire, en l'occurrence les majorations de retard et les pénalités restant dues, ainsi que les frais de justice.

S'agissant du principal, la priorité reste au recouvrement des cotisations salariales, puis patronales et enfin aux autres contributions patronales.

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur général est favorable à cette précision qui, tout en garantissant l'effet utile de la priorité donnée au recouvrement des cotisations salariales, synonymes d'ouverture de droits, permet de privilégier le règlement des frais de justice et autres frais susceptibles de donner lieu à l'application d'intérêts et de pénalités de retard.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 15 septies (nouveau)*

**Examen automatique de l'éligibilité et de l'accès aux prestations de solidarité**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Rachid Temal et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il vise à instaurer un examen automatique de l'éligibilité à un vaste ensemble de prestations sociales au moment où une personne demande à bénéficier de l'un d'entre eux.

Cet examen automatique et exhaustif concernerait :

– des prestations destinées à accompagner les personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), y compris dans sa déclinaison mahoraise, de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou encore de la carte mobilité inclusion ;

– des prestations destinées à lutter contre la pauvreté, qu'il s'agisse du revenu de solidarité active (RSA), de la prime d'activité ou encore des aides personnelles au logement (APL).

**2. La position de la commission**

Cet article, qui vise à lutter contre le fléau du non-recours aux droits, y répond toutefois d'une manière difficilement applicable. En effet, l'éligibilité et le versement de ces prestations ne relèvent pas de la compétence de la même structure, entre la PCH, versée par les conseils départementaux, sur décision des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et le RSA, financé par l'État et versé par les caisses d'allocation familiales (CAF). Cette diversité prive d'effectivité l'automatisme de l'examen que prévoit le présent article, et pourrait entraîner *a contrario* un allongement des procédures pour une personne éligible à l'une des prestations énumérées ci-dessus.

Cette position ne doit pas pour autant clore les réflexions sur la lutte contre le non-recours aux droits pour les prestations liées à l'accompagnement des personnes les plus fragiles, mais, pour des raisons d'ordre pratique, la commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### CHAPITRE III Créer la nouvelle branche autonomie

#### *Article 16*

#### **Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

● Dans le sillon de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, qui a créé une cinquième branche de sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie et qui a transformé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en caisse de sécurité sociale, le présent article 16 pose les premiers jalons de cette nouvelle branche.

Il redéfinit les missions et l'architecture budgétaire de la CNSA au niveau législatif afin de les rapprocher du cadre juridique des autres caisses de sécurité sociale. Il dote la branche autonomie de ressources propres et prévoit le transfert de l'allocation d'éducation à l'enfant handicapé (AEEH) en vue d'améliorer son articulation avec la prestation de compensation du handicap (PCH) enfant. Enfin, il permet au Gouvernement de prendre par ordonnance toute mesure du domaine de la loi afin de codifier, à droit constant, les dispositions relatives à la CNSA dans le code de la sécurité sociale et de procéder à l'ensemble des coordinations nécessaires avec le code de l'action sociale et des familles ainsi que toutes autres dispositions législatives.

● Plusieurs amendements à l'article 16 ont été adoptés en commission et en séance publique.

Premièrement, les missions de la CNSA ont été précisées par quatre amendements :

– un amendement de Mme Monique Iborra et l'ensemble de ses collègues du groupe La République en Marche, adopté en commission puis en séance publique avec avis favorable du Gouvernement, qui précise que la CNSA assure l'animation et la coordination des politiques de l'autonomie en vue de garantir l'équité « *notamment territoriale* » ;

– un amendement de M. Pierre Dharréville et plusieurs de ses collègues du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, adopté avec un avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, qui précise que la CNSA

garantit la « *qualité* » de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ;

– un autre amendement de M. Pierre Dharréville et plusieurs de ses collègues du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, adopté en commission et sous-amendé par le Gouvernement en séance publique, qui précise que la CNSA contribue à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, non seulement par des services numériques comme le prévoyait le texte initial, mais aussi par la « *mise en place de guichets uniques au niveau départemental* » en complément afin d'éviter une communication totalement numérique ;

– un amendement de Mme Justine Benin (groupe Mouvement Démocrate et Démocrates apparentés), adopté en commission puis en séance publique avec deux sous-amendements identiques du Gouvernement et de Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Paul Christophe (groupe Agir ensemble) : il complète les missions de la CNSA mentionnées par l'article 16 en précisant que celle-ci contribue « *à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels* ».

Deuxièmement, un amendement de Mme Audrey Dufeu et de l'ensemble de ses collègues du groupe La République en Marche, adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, prévoit que les dépenses d'aides à l'investissement immobilier en faveur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont conditionnées à « *l'adaptation des bâtiments à la transition démographique* ». L'exposé sommaire de l'amendement donne quelques explications sur l'objectif poursuivi : il s'agit en particulier d'adapter l'architecture et l'agencement des EHPAD aux besoins des personnes connaissant des troubles cognitifs, de type maladies d'Alzheimer ou apparentées, qui constituent une part croissante des résidents des EHPAD.

Troisièmement, a été adopté en séance, avec un avis favorable de la commission, un amendement du Gouvernement majorant les recettes affectées au financement des concours versés par la CNSA afin de couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Selon l'exposé sommaire de l'amendement, cette majoration des concours APA et PCH, qui représente une dépense supplémentaire de 120 millions d'euros pour la CNSA, s'inscrit en cohérence avec le dernier budget rectificatif de l'année 2020 adopté par le conseil de la CNSA. Elle tient compte en outre des données de régularisation du coût de la seconde part de l'APA pour l'année 2019.

Quatrièmement, un amendement du rapporteur général et de la rapporteure pour la branche autonomie, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, vise à corriger les effets de seuils relatifs aux prélèvements sociaux en prenant en compte

les deux derniers revenus fiscaux de référence (RFR) dans le calcul d'assujettissement à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) au lieu des revenus de la dernière année uniquement. Cette disposition, qui rejoint le modèle défini par la LFSS 2019 pour la contribution sociale généralisée (CSG), permet de ne pas pénaliser les ménages qui auraient perçu des revenus exceptionnellement plus élevés que les années précédentes.

- Enfin, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels de la rapporteure pour la branche autonomie.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

- Plusieurs amendements à l'article 16 ont été adoptés en commission et en séance publique :

- un amendement, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, complète les missions de financement de la CNSA en lui ouvrant la possibilité de contribuer à l'accompagnement des initiatives des conseils départementaux et des métropoles en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale, ainsi que d'autres formes d'habitat pour les personnes vulnérables ;

- un amendement, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, supprime l'habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance pour mettre le code de l'action sociale et des familles en cohérence avec le code de la sécurité sociale ;

- un amendement, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, mentionne dans le code rural et de la pêche maritime la nouvelle branche autonomie, transposant ainsi la création de la cinquième branche dans le régime agricole ;

- deux amendements rédactionnels, le premier ayant été adopté avec un avis défavorable du Gouvernement, et un amendement de coordination de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement.

- Cinq autres amendements ont également été adoptés en séance :

- un amendement de Mme Laurence Cohen et de l'ensemble de ses collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, adopté avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, vise à préciser que la CNSA assure un « rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie [...] ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées » ;

- un amendement de Mme Céline Boulay-Espéronnier et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis défavorable de la commission et un avis favorable du Gouvernement, tendant à préciser que la CNSA contribue au « pilotage » d'une politique de prévention de la perte d'autonomie « et

*de lutte contre l'isolement* », suivant une recommandation du rapport remis en juillet dernier par M. Jérôme Guedj au Gouvernement sur ce sujet ;

– un amendement de Mme Victoire Jasmin et l'ensemble des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté avec un avis de sagesse de la commission et du Gouvernement, précisant que la CNSA contribue à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et leurs « *leurs possibles adaptations territoriales* » ;

– un amendement de Mme Laurence Rossignol et l'ensemble du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté avec un avis défavorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, précisant que la CNSA propose toute mesure visant à améliorer la couverture du risque lié à la perte d'autonomie, « *en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives* ». Les auteurs de l'amendement rappellent que le secteur de l'autonomie est très largement féminin, qu'il s'agisse des professionnels ou des aidants ;

– un amendement de Mme Jocelyne Guidez et l'ensemble des membres du groupe Union Centriste, adopté avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, tendant à compléter les missions de la CNSA. Celle-ci serait chargée de « *favoriser l'essor de la démocratie médico-sociale en assurant l'association des représentants d'usagers dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au niveau local* ».

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

• Les amendements adoptés par le Sénat ont permis de compléter la rédaction initiale de l'article 16. La rapporteure est favorable au maintien de la rédaction du Sénat sous réserve de la suppression de plusieurs dispositions issues notamment de :

– l'amendement adopté en commission puis en séance au Sénat qui supprime le renvoi à une ordonnance : celle-ci est nécessaire pour codifier, à droit constant, les dispositions relatives à la CNSA dans le code de la sécurité sociale et procéder à l'ensemble des coordinations nécessaires avec le code de l'action sociale et des familles ainsi que toutes autres dispositions législatives ;

– l'amendement de Mme Laurence Cohen et de l'ensemble de ses collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, qui mentionne notamment le rôle de soutien de la CNSA aux maisons départementales de l'autonomie. Bien qu'elle rejoigne l'intention des auteurs de l'amendement, la rapporteure estime préférable, en cohérence avec la position défendue en première lecture à l'Assemblée nationale, de ne pas préempter les discussions qui auront lieu dans le cadre du « Baroque de l'autonomie » avec les conseils départementaux sur l'organisation territoriale de la cinquième branche ;

– l’amendement de Mme Jocelyne Guidez et l’ensemble des membres du groupe Union Centriste, qui fait lui aussi écho à des amendements examinés en première lecture à l’Assemblée nationale : la rapporteure considère que cet amendement est satisfait dans la mesure où les associations sont déjà associées aux politiques de soutien à l’autonomie au niveau local.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat moyennant la suppression, à l’initiative de la rapporteure, des trois amendements du Sénat susmentionnés.

\*  
\* \*

#### *Article 16 bis (nouveau)*

### **Réunion d’une conférence des financeurs de la perte d’autonomie**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L’article 16 *bis* résulte d’un amendement adopté au Sénat en commission puis en séance publique, avec un avis de sagesse du Gouvernement. Il prévoit que « *la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie réunit une conférence des financeurs de la politique de soutien à l’autonomie qui remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> avril 2021, des propositions relatives aux financements nouveaux que requiert l’organisation, par la branche autonomie et les collectivités territoriales, d’une prise en charge des personnes en perte d’autonomie privilégiant le maintien à domicile* ».

Cet article vise ainsi à accélérer les réflexions sur la question du financement de la cinquième branche, en y associant toutes les parties prenantes et en donnant la priorité au maintien à domicile.

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

● La rapporteure partage la volonté des sénateurs d’avancer sur la question du financement de la cinquième branche et en particulier des solutions permettant le maintien à domicile. Si le Parlement a déjà acté l’affectation d’une fraction supplémentaire de 0,15 point de CSG à partir de 2024 à cette branche, soit 2,3 milliards d’euros, il sera nécessaire de trouver de nouveaux financements pour faire face à l’augmentation des besoins décrite notamment dans le rapport Libault. En conséquence, la rapporteure propose le maintien de l’article tel qu’adopté par le Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 16 ter (nouveau)*

**Mise en place d'une allocation de vie partagée pour accélérer le développement de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 16 *ter* résulte d'un amendement du Gouvernement adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales. Il vise à mettre en place une allocation de vie partagée afin de développer l'habitat inclusif pour les personnes handicapées.

● Cet article traduit la volonté du Gouvernement d'accélérer le développement de projets d'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap. Cette solution, qui est de plus en plus plébiscitée, permet d'offrir une alternative aux personnes dont le degré d'autonomie ne permet pas de rester chez soi sans pour autant impliquer nécessairement de vivre dans un établissement médico-social. Concrètement, il s'agit de logements ordinaires comportant de grandes pièces à vivre communes et des pièces individuelles. À la différence d'une simple colocation, cette solution inclut des services (aide-ménagère, aide au repas, etc.) pour accompagner les personnes handicapées dans leur vie quotidienne.

Le présent article s'inscrit dans la continuité de travaux récents. Le rapport de MM. Piveteau et Wolfrom intitulé « Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous », remis au Premier ministre en juin 2020, a démontré que la montée en puissance de l'habitat inclusif nécessite d'améliorer le financement des frais d'animation de ces lieux de vie. Alors que la loi « ELAN » du 23 novembre 2018, qui a défini la notion d'habitat inclusif à l'article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles, a créé un « forfait pour l'habitat inclusif » destiné à couvrir ces frais d'animation, le rapport précité propose d'instaurer une « aide à la vie partagée » (AVP), octroyée à tout habitant d'un habitat inclusif dont la personne morale animatrice a passé, pour cet habitat, une convention avec le département.

Cet article, qui crée un nouvel article L. 281-2-1 dans le code de l'action sociale et des familles, doit permettre la mise en œuvre de l'AVP dans le règlement départemental d'aide sociale, en assurant une couverture partagée de son coût entre le département signataire de la convention et la CNSA. Afin de donner une impulsion forte à ce type de projets, la CNSA garantira la couverture de tout ou

partie des conventions signées avant le 31 décembre 2022 à un taux d'au moins 80 %. Selon l'exposé sommaire de l'amendement gouvernemental, une enveloppe de 20 millions d'euros sera consacrée au dispositif dès 2022, ce qui correspond au financement d'environ 500 projets de cinq à dix logements sur l'ensemble du territoire.

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

- La rapporteure se réjouit de la volonté du Gouvernement d'accélérer le développement des habitats inclusifs à destination des personnes en situation de handicap. Le dispositif proposé permettra de créer une dynamique autour des projets éligibles à l'AVP. Il constitue une nouvelle déclinaison concrète de la création de la cinquième branche qui a vocation à soutenir l'essor de projets favorisant l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. La rapporteure propose en conséquence le maintien de l'article tel qu'adopté au Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

## CHAPITRE IV

### **Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments**

#### *Article 17*

### **Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé**

Origine de l'article : projet de loi, adopté avec modification de l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- L'article 17 porte diverses mesures relatives au mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé.

En premier lieu, comme chaque année, l'article fixe les montants M pour le médicament (23,99 millions d'euros) et Z pour les dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus » (2,09 milliards d'euros) au-delà desquels les entreprises sont assujetties à une contribution au titre du mécanisme de sauvegarde, ici pour l'année 2021.

Ces seuils ont été fixés par le Gouvernement de sorte à tenir compte des conséquences de la crise économique sur l'activité du secteur de l'industrie

pharmaceutique. Exceptionnellement, l'année 2019 a été choisie comme année de référence afin de ne pas pénaliser le retour à l'activité qui devrait logiquement se traduire par un certain dynamisme du secteur en 2021 par rapport à l'année 2020.

Par ailleurs, l'article modifie les modalités de la décote de la contribution accordée aux entreprises « fortement » conventionnées avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) lorsqu'elles versent leur contribution sous forme de remise. Cette décote sera moins avantageuse qu'auparavant, passant de 20 à 5 %. En contrepartie, une dérogation est mise en place pour les entreprises qui consentent une baisse de leur prix net sur une ou plusieurs spécialités remboursables qu'elles exploitent. La valeur de la décote attribuée (5 à 20 % de la contribution due par l'entreprise) sera calculée en fonction de « l'effort » fourni par l'entreprise *via* la baisse de prix consentie et des économies que cela représente pour l'assurance maladie.

Enfin, l'article 17 procède à des mesures de coordination en lien avec la réforme des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

● L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de Mme Annie Delmont-Koropoulis et de plusieurs autres membres du groupe Les Républicains malgré les avis défavorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Cet amendement propose de relever la décote de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde sur les médicaments, attribuée aux entreprises fortement conventionnées avec le CEPS qui acceptent de verser leur contribution sous forme de remise, de 5 à 10 %.

Le Sénat a également adopté un amendement de M. René-Paul Savary et de plusieurs membres du groupe Les Républicains avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Cet amendement prévoit que le rapport d'activité du CEPS, remis chaque année au Parlement, présente un état des lieux de l'industrie du médicament et des produits de santé en France, indiquant notamment le nombre d'emplois créés et supprimés dans l'année ainsi que les éventuelles ouvertures et fermetures de sites industrie.

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

● Le rapporteur général propose le rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

En premier lieu, l'amendement relatif à la décote de la contribution due au titre du mécanisme de sauvegarde contrevient aux motivations qui ont conduit à la modification des modalités d'attribution de cette décote à l'article 17. L'objectif de l'article est bien de créer un écart entre la décote attribuée aux entreprises déjà fortement conventionnées avec le CEPS, et celle qui est attribuée aux entreprises qui acceptent de négocier une baisse de prix net sur leurs produits. Si l'écart entre les deux décotes est réduit, l'effet incitatif recherché risque d'être mis à mal.

La figuration d'un état des lieux de l'industrie du médicament et des produits de santé en France dans le rapport d'activité du CEPS apparaît quant à elle inopportune. Un tel état des lieux apparaît en décalage avec l'objet du rapport, qui doit se cantonner aux activités précisément assurées par le comité. Il ne revient pas au CEPS d'établir un état des lieux de la politique d'activité de l'industrie pharmaceutique, qui appartient au Gouvernement sous le contrôle du Parlement.

● La commission a supprimé les dispositions du Sénat relatives au rapport d'activité du CEPS.

\*  
\* \*

#### *Article 17 bis A (nouveau)*

### **Diminution de la contribution sur le chiffre d'affaires des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 17 bis A résulte de plusieurs amendements identiques de sénateurs appartenant aux groupes Les Républicains, Union Centriste et Rassemblement Démocratique et Social Européen, adoptés avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il diminue le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques <sup>(1)</sup>, initialement fixé à 1,75 % et porté à 1,4 %.

Cette diminution du taux est motivée, pour les auteurs, par la situation économique du secteur de la répartition pharmaceutique, confronté à d'importants déficits et fortement fragilisé par la crise sanitaire.

---

(1) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article, rappelant que la même disposition a été rejetée en séance publique à l'Assemblée nationale.

Si les difficultés à la fois structurelles et conjoncturelles rencontrées par le secteur de la répartition pharmaceutique sont bien réelles, la modulation du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des grossistes-répartiteurs ne constitue pas une réponse adaptée aux défis posés.

Une aide d'urgence de 30 millions d'euros a notamment été accordée aux grossistes-répartiteurs afin de compenser la baisse d'activité subie, sous la forme d'une revalorisation des marges <sup>(1)</sup>. Cette revalorisation, appliquée dès le dernier trimestre de l'année 2020, a vocation à être pérennisée.

Elle constitue par conséquent une première réponse aux difficultés rencontrées par le secteur et devrait être suivie d'autres mesures, le Gouvernement étudiant différentes pistes notamment pour rendre la marge des grossistes-répartiteurs moins sensible à l'évolution des prix des médicaments.

D'autres mécanismes sont ainsi préférables à la modulation du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires pour accompagner ce secteur *via* des mesures structurelles. La recherche de solutions alternatives permettra par ailleurs de protéger les ressources de l'assurance maladie, celle-ci étant destinataire du produit de la taxe concernée.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 17 bis B (nouveau)*

#### **Mise en place d'un barème permettant une graduation du taux de la contribution due au titre du mécanisme de sauvegarde sur les dispositifs médicaux de la « liste en sus »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 17 *bis* B résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs membres du groupe Les

---

(1) Arrêté du 14 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes spécialement pour un individu.

Républicains, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Le mécanisme de sauvegarde sur les dispositifs médicaux de la « liste en sus » se déclenche lorsque le chiffre d'affaires des entreprises réalisé au titre de ces produits et prestations dépasse un taux  $Z$ , fixé pour l'année 2021 à 2,09 milliards d'euros <sup>(1)</sup>. Si ce seuil est dépassé, les entreprises versent sous la forme d'une contribution l'intégralité de la dépense remboursée par l'assurance maladie.

Cet amendement instaure un barème permettant une graduation du taux de la contribution en fonction de l'ampleur du dépassement du taux  $Z$ . La contribution due serait ainsi égale :

– à 40 % si le montant remboursé par l'assurance maladie est supérieur à  $Z$  et inférieur ou égal à  $Z$  multiplié par 1,01,

– à 50 % si le montant remboursé par l'assurance maladie est supérieur à  $Z$  et inférieur ou égal à  $Z$  multiplié par 1,02 ;

– à 60 % si le montant remboursé par l'assurance maladie est supérieur à  $Z$  multiplié par 1,02.

La dépense remboursée par l'assurance maladie une fois le montant de chiffre d'affaires  $Z$  dépassé ne serait donc plus versée en intégralité sous forme de contribution : seule une fraction, de 40 à 60 %, serait désormais prélevée en fonction du dépassement du seuil.

Ce barème fait écho à celui qui prévaut pour la clause de sauvegarde sur les médicaments remboursables ; le taux de la contribution due par les entreprises une fois un montant de chiffre d'affaires  $M$  dépassé est en effet modulé en fonction de l'ampleur du dépassement.

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

- Le rapporteur général propose la suppression de cet article.

La mise en place d'un barème, permettant de moduler la contribution due par les entreprises exploitant les dispositifs médicaux de la « liste en sus » en fonction du dépassement du taux  $Z$ , n'est pas opportune.

Pour rappel, le mécanisme de sauvegarde visé n'a pas vocation à se déclencher, mais bien à inciter les entreprises du secteur à réguler leur activité pour ainsi préserver le niveau des dépenses d'assurance maladie liées au remboursement des produits et prestations concernés.

Contrairement à la clause de sauvegarde sur les médicaments remboursables, ce n'est pas le chiffre d'affaires qui dépasse le seuil fixé mais bien

---

(1) Article 17 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

la dépense remboursée par l'assurance maladie qui fait l'objet d'une contribution. L'esprit du mécanisme est donc sensiblement différent, et la mise en place d'un tel barème affaiblirait l'efficacité du dispositif et la « sécurisation » recherchée des comptes de l'assurance maladie.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 17 bis C (nouveau)*

**Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des médicaments par le Comité économique des produits de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 17 bis C résulte de l'adoption d'un amendement de M. René-Paul Savary et du groupe Les Républicains en séance publique, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il inscrit, à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, que le prix de vente au public des médicaments <sup>(1)</sup> est fixé en tenant compte de considérations de politique industrielle, telles que :

– les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse ;

– les étapes de fabrication des médicaments ou des dispositifs médicaux, dans des sites de production situés dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse pour les médicaments ou produits de dispositifs médicaux libérés en France et les exportations.

À l'occasion des débats en séance publique, les sénateurs ont défendu un objectif « *d'adaptation de la politique de fixation du prix des médicaments* » en demandant au Comité économique des produits de santé (CEPS), chargé de la fixation des prix des médicaments en concertation avec les entreprises, de prendre en considération les différentes politiques industrielles « *tout en s'inscrivant dans un cadre budgétaire inchangé et protégé par la clause de sauvegarde* ».

---

(1) Les médicaments concernés sont mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article.

Il considère qu'il ne revient pas au CEPS d'apprécier l'influence globale que doivent exercer les objectifs de la politique industrielle sur la fixation des prix des médicaments, à supposer même que la formulation retenue par le Sénat ait une portée réellement contraignante au regard des autres objectifs qui sont assignés au comité.

Si la question de la stratégie française et européenne pour renforcer l'indépendance sanitaire est aujourd'hui centrale, il revient aux pouvoirs publics, et non au CEPS, de définir une politique industrielle renouvelée et d'en tirer les éventuelles conséquences sur les modalités de fixation des prix des produits de santé. Les dernières déclarations du Gouvernement à ce sujet montrent d'ailleurs une détermination certaine à ce sujet.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 17 bis D (nouveau)*

#### **Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des dispositifs médicaux par le Comité économique des produits de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 17 *bis* D résulte d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs membres du groupe Les Républicains, sous-amendé par Mme Corinne Imbert en séance publique, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il inscrit, à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>, que le tarif de responsabilité <sup>(2)</sup> des dispositifs médicaux est fixé en tenant compte de considérations de politique industrielle, telles que :

---

(1) Cet article prévoit les modalités de fixation des tarifs des dispositifs médicaux.

(2) Le tarif de responsabilité constitue le tarif unique sur la base duquel intervient le remboursement pour des produits ou services équivalents en termes d'efficacité.

– les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l’outil de production dans l’Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse ;

– les étapes de fabrication de ces produits dans des sites de production situés dans l’Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse ;

– le ratio d’emplois liés à la fabrication de ces produits en France et dans l’Union européenne.

À l’occasion des débats en séance publique, les sénateurs ont plus précisément appelé le CEPS, chargé de la fixation des tarifs de responsabilité des dispositifs médicaux, à « [conditionner] *la fixation des prix des dispositifs médicaux à des exigences de localisation de la production et des emplois en France et en Europe, en vue de restaurer notre autonomie industrielle et sanitaire* ».

Cet amendement est quasiment identique à l’article 17 bis C, également adopté par le Sénat en séance publique, qui fixe le même principe de prise en compte de considérations de politique industrielle pour la fixation des prix des médicaments.

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

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article.

De même que pour la disposition adoptée à l’article 17 bis C, il considère improductif, sinon contre-productif, d’ajouter de nouveaux critères de fixation du prix du médicament, qui compte tenu du caractère nécessairement multifactoriel d’une telle décision reviendrait en pratique à donner des « armes contentieuses » pour contester les décisions du CEPS devant la juridiction administrative.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 17 bis E (nouveau)*

**Abattement forfaitaire sur l'assiette de la contribution des entreprises de préparation de médicaments calculé sur la base du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments biologiques similaires**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

L'article 17 *bis* E résulte d'un amendement déposé par plusieurs membres du groupe Les Républicains, avec avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale encadre la contribution versée par les entreprises de préparation de médicaments versée au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Cet amendement modifie cet article afin de procéder, sur l'assiette de cette contribution, à un abattement forfaitaire égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments biologiques similaires <sup>(1)</sup> bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.

Le Sénat a notamment mis en avant l'importance du développement de la présence des « biosimilaires » sur le territoire français et les effets positifs qui en découleraient en termes d'économies pour l'assurance maladie.

Pour rappel, un abattement forfaitaire du même ordre existe sur les chiffres d'affaires réalisés au titre des spécialités génériques ainsi qu'au titre des médicaments orphelins.

**2. La position de la commission**

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article.

Il considère que la contribution des entreprises versée à l'assurance maladie n'est pas un véhicule adapté pour encourager le développement des médicaments biologiques similaires, et qu'un tel abattement forfaitaire fragiliserait les ressources de l'assurance maladie dans une période déjà très marquée par la dégradation des comptes de la sécurité sociale, sans effet certain sur le développement des médicaments génériques <sup>(2)</sup>.

---

(1) Tels que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-7 du code de la sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

(2) L'annexe V du présent projet de loi ne recense aucune évaluation de ce dispositif pour les médicaments génériques et rappelle que cette exonération n'est pas compensée financièrement à la sécurité sociale.

Le rapporteur général entend toutefois l'intérêt d'un accompagnement renforcé des industriels qui produisent ces spécialités, et partage le souci du Sénat d'un plus grand déploiement des médicaments biologiques similaires en France, qui devrait passer par des mesures mieux ciblées.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 17 bis F (nouveau)*

### **Exonération de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques pour l'ensemble des médicaments dérivés du sang**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 17 bis F résulte de l'adoption d'un amendement de M. Olivier Henno et de plusieurs membres du groupe Union Centriste en séance publique, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et avis défavorable du Gouvernement.

L'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale encadre la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, versée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Seuls certains médicaments dérivés du sang <sup>(1)</sup> étant exclus de l'assiette de la contribution, cet amendement vise à exonérer l'intégralité des médicaments dérivés du sang de cette contribution.

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

● Le rapporteur général propose de supprimer cet article, en cohérence avec la position qu'il avait tenue sur des amendements similaires en première lecture à l'Assemblée nationale.

Le champ restreint de l'exonération d'assiette correspond en effet à une exigence éthique supplémentaire, portant notamment sur la gratuité du don, sur les produits dérivés du sang, sans remettre en cause la qualité sanitaire des autres produits qui ne respecteraient pas cette exigence supplémentaire par rapport à la

---

(1) Il s'agit des médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code.

règlementation européenne. Il semble plus sage de s'en tenir à cet équilibre quant au champ du dispositif.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 17 bis G (nouveau)*

### **Constitution des stocks en médicaments d'intérêt thérapeutique majeur**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 17 bis G résulte de l'adoption d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain malgré les avis défavorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il vise à porter le stock légal de sécurité en médicaments, prévu à l'article L. 5121-29 du code de la santé publique <sup>(1)</sup> :

– pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur <sup>(2)</sup>, à quatre mois de couverture des besoins, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois ;

– pour les autres médicaments, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins, calculés sur la même base.

Qu'il s'agisse des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur comme des autres spécialités, l'article L. 5121 du code de la santé publique n'oblige pas les entreprises à constituer des stocks pour une durée donnée ; le Sénat entend donc insérer cette précision dans le cadre de la lutte contre l'augmentation des pénuries de médicaments.

Afin de limiter les coûts provoqués par la constitution de tels stocks pour les entreprises, l'amendement prévoit une forme de compensation financière, le stock légal de sécurité donnant lieu à une diminution de l'assiette de la contribution due en application de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Le montant de cet abattement est fixé

---

(1) Cet article prévoit que les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments constituent un stock de sécurité destiné au marché national.

(2) Ces médicaments sont mentionnées à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique.

à 20 % de la valeur totale des médicaments stockés, dans la limite des quatre mois obligatoires de couverture des besoins, calculée en fonction des prix de vente hors taxes aux officines.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de supprimer cet article.

D'une part, cet article pose question en termes de faisabilité : il apparaît peu réaliste d'imposer à chaque entreprise, quelle que soit sa taille, la constitution de stocks couvrant quatre mois de consommation, au risque d'ailleurs que ces stocks soient constitués au détriment du circuit de distribution et qu'ils créent donc ce qu'ils sont censés éviter, à savoir une pénurie de médicaments.

D'autre part, le Gouvernement a expliqué, à l'occasion des débats en séance publique au Sénat, qu'un projet de décret sur la constitution des stocks de sécurité était actuellement à l'étude et que le caractère proportionné de ces mesures avait été soumis par la Commission européenne, qui doit également examiner que de telles dispositions ne lèsent pas d'autres États membres, au risque qu'une surenchère s'installe sur ces questions au sein de l'Union. La ministre, Mme Brigitte Bourguignon, a fait part aux sénateurs de la volonté du Gouvernement de retenir une durée de stock de deux mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur et d'un mois pour les autres, semblant établir un cadre plus réaliste que celui posé par cet article 17 *bis* G.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 17 bis*

#### **Communication par l'assurance maladie aux entreprises des montants remboursés au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » en cours d'année**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction de l'Assemblée nationale.

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture

- L'article 17 *bis* résulte de l'adoption en séance d'un amendement de M. Paul Christophe et Mme Agnès Firmin Le Bodo, sous-amendé par le

Gouvernement, avec avis défavorable de la commission des affaires sociales et favorable du Gouvernement.

Il complète l'article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale en prévoyant que les montants remboursés par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » sur les six premiers mois de l'année civile sont communiqués aux entreprises par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année. Le sous-amendement du Gouvernement a porté la date initialement proposée, à savoir le 30 juillet, au 30 septembre pour des raisons techniques : en séance publique, M. Adrien Taquet, secrétaire d'État, a expliqué qu'« *en raison du temps de collecte et de remontée des éléments dans les différents systèmes d'information de l'assurance maladie, les données d'un mois donné ne sont disponibles que deux ou trois mois plus tard* ».

L'intérêt de cette mesure, tel que présenté par M. Paul Christophe et Mme Agnès Firmin Le Bodo, est de renforcer le principe de prévisibilité à destination des acteurs économiques du secteur du dispositif médical. Le fait de communiquer, en cours d'année, le niveau de la dépense remboursée au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » permettrait aux entreprises d'anticiper un éventuel déclenchement de la clause de sauvegarde. Celle-ci se déclenche lorsque le niveau de la dépense remboursée dépasse un montant Z fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, et entraîne le versement d'une contribution par les entreprises. Jusqu'ici, aucune information n'était relayée par l'assurance maladie concernant l'évolution de la dépense remboursée <sup>(1)</sup>.

Une meilleure information des entreprises aurait ainsi pour effet d'encourager au conventionnement avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), et de permettre aux entreprises d'adapter l'activité du secteur en fonction du « stade » de la dépense remboursée par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » à mi-année. En effet, si la dépense remboursée atteint un niveau important au bout de six mois, il serait logique que les entreprises s'adaptent et régulent leur niveau de production afin d'éviter le déclenchement de la clause de sauvegarde. À l'inverse, si la dépense est maîtrisée, les entreprises pourraient éventuellement réviser leur trajectoire tout en ayant davantage de visibilité.

● La commission des affaires sociales s'était toutefois prononcée contre cet amendement, sur proposition du rapporteur général.

Le rapporteur général avait notamment considéré que l'incitation au conventionnement serait fragilisée si les entreprises avaient une parfaite visibilité sur l'évolution de la dépense remboursée. Elles seraient certes en mesure d'ajuster leur activité, sans engager nécessairement de négociations avec le CEPS. Il avait également souligné la possibilité d'effets pervers : si la dépense remboursée atteint

---

(1) Pour davantage de précisions sur le mécanisme de la clause de sauvegarde, on pourra utilement se reporter au commentaire de première lecture de l'article 17, disponible ici : [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b3432-t2\\_rapport-fond](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b3432-t2_rapport-fond)

un niveau relativement faible à mi-année, les entreprises pourraient être tentées d'accélérer leur activité en fin d'année (comportement du passager clandestin), ce qui serait *in fine* propice au déclenchement de la clause de sauvegarde.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de M. Olivier Henno et plusieurs membres du groupe Union centriste, avec avis de sagesse de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Il retire du champ du mécanisme de sauvegarde sur les dispositifs médicaux, pour une période de trois ans suivant leur inscription en vue d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, les produits et prestations innovants présentant un niveau d'amélioration du service attendu majeur, important ou modéré.

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

- Le rapporteur général propose de revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale, rappelant qu'un amendement similaire avait été rejeté en commission des affaires sociales et en séance publique au sein de cette assemblée.

L'intérêt de la clause de sauvegarde est de réguler les dépenses de remboursement de l'assurance maladie liées aux dispositifs médicaux car il s'agit d'un secteur dynamique, qui exploite des produits et prestations coûteux d'autant plus lorsqu'ils sont innovants. C'est un mécanisme qui vise à s'appliquer de manière « collective », c'est-à-dire qu'il s'applique à l'ensemble des entreprises qui commercialisent les dispositifs médicaux de la « liste en sus » remboursés.

Par conséquent, le rapporteur général considère qu'il serait contradictoire avec le principe même de la clause de sauvegarde de créer des dérogations pour les produits et prestations innovants ayant un service attendu élevé. Cela risquerait de dénaturer le mécanisme, et induirait une inégalité de traitement entre les entreprises en déportant la régulation de la dépense sur les dispositifs médicaux plus anciens.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission est revenue à la rédaction de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

*Article 17 quater*

**Rapport sur l'avenir des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● L'article 17 *quater* résulte de l'adoption en séance d'un amendement déposé par Mme Audrey Dufeu et les membres du groupe La République en Marche, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il dispose qu'avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021, le Gouvernement remet au Parlement un rapport « *sur l'avenir de la clause de sauvegarde et des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies* ». Plus précisément, ce rapport doit étudier l'opportunité et les modalités de développement d'une bioproduction académique et ses effets sur les dépenses de l'assurance maladie au titre des médicaments.

Les auteurs de cet amendement portant article additionnel attirent précisément l'attention sur l'enjeu de la production de biothérapies, innovations médicamenteuses très onéreuses, pour la soutenabilité des dépenses publiques du médicament. Ils proposent de s'intéresser à de nouveaux outils de régulation de la dépense allant au-delà des mécanismes de sauvegarde existants, telle la mise en place d'une « production académique » de certains médicaments innovants en France. L'impact d'une telle production serait positive pour les finances publiques, le coût unitaire de production étant estimé bien plus faible qu'en laboratoire privé pour certains produits.

Parmi les biothérapies, les débats en commission et en séance ont permis de souligner le vif intérêt que portent les auteurs de l'amendement pour une production académique de « Car-T cells », traitement anti-cancéreux.

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

À l'initiative de la commission ainsi que de Mme Annie Delmont-Koropoulos et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, le Sénat a supprimé cet article dans le sillage de plusieurs suppressions de rapport.

### 3. La position de la commission

● Compte tenu de l'intérêt de la question posée, le rapporteur général réservera un accueil favorable au rétablissement de cet article par ses auteurs.

● À l'initiative de Mme Audrey Dufeu et des membres du groupe La République en Marche, la commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

#### *Article 17 quinquies (nouveau)*

### **Extension aux tiers payeurs du droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 17 *quinquies* résulte d'un amendement de M. Dominique Théophile et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, adopté avec avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il étend aux tiers payeurs le droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine (CTS).

Le contentieux lié à l'indemnisation des préjudices liés à la contamination aux virus de l'hépatite C, de l'hépatite B et au virus T-lymphotropique *via* transfusion sanguine est géré par le dispositif amiable de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Dans ce cadre, l'ONIAM a la possibilité d'exercer des recours directement à l'encontre des assureurs des CTS sur la base d'un régime de responsabilité sans faute. La Cour de cassation lui a par ailleurs fait bénéficier d'un régime de présomption d'imputabilité faisant reposer sur les assureurs la charge de démontrer l'innocuité des produits sanguins à l'origine des contaminations ; l'ONIAM pouvant ainsi bénéficier des garanties prévues par les contrats d'assurance souscrits par les CTS concernés.

En revanche, les organismes d'assurance maladie ne peuvent exercer d'action directe contre les assureurs des anciens CTS afin d'obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont pris en charge auprès de leurs assurés et doivent passer par un organisme intermédiaire, l'Établissement français du sang.

Constatant que cette situation entrave les recours des organismes d'assurance maladie, les auteurs de l'amendement proposent d'étendre aux tiers payeurs le droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens CTS.

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

- Le rapporteur général propose le maintien de la rédaction du Sénat.

L'ouverture aux tiers payeurs du droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens CTS est source de simplification des démarches et d'effectivité des recours engagés par les organismes d'assurance maladie.

- La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

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

### *Article 18*

#### **Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes et branches de sécurité sociale**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

- L'article 18, dans sa rédaction initiale, proposait :

– d'affecter 1,9 point de toutes « les » contributions sociales généralisées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour tenir compte de la création de la cinquième branche, laquelle appelait l'identification de ressources qui lui soient propres, soit 29 milliards d'euros, dont 25,7 milliards issus des régimes d'assurance maladie et 2,5 milliards du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;

– d'affecter 0,94 point de la CSG « retraite et invalidité » au FSV pour compenser sa perte ;

– de transférer 8,48 points de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche « maladie » (1,2 milliard d’euros) pour assurer une compensation indirecte du transfert de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche autonomie ; cette fraction intègre le transfert en sens inverse des points d’accueil écoute jeunes de la branche maladie à la branche famille ;

– des mesures diverses de transferts et de coordination de moindre impact financier (affectation de la taxe de solidarité additionnelle au fonds de financement de l’allocation supplémentaire d’invalidité, rétablissement du fondement législatif de la cotisation des salariés, correction de mesures issues de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants).

● Au stade de l’examen en séance publique, l’Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement qui assurait une coordination oubliée avec l’affectation de 0,15 point de CSG issu de la Caisse d’amortissement de la dette sociale vers la CNSA au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ainsi qu’une affectation diminuée de CSG des régimes d’assurance maladie vers la CNSA pour tenir compte de l’anticipation du « Ségur » sur les personnels des établissements et services médico-sociaux au 1<sup>er</sup> décembre 2020.

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

À l’initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté deux amendements :

– le premier supprime les modifications liées au transfert de l’allocation supplémentaire d’invalidité, auquel la Chambre haute s’est opposée par principe ;

– le second rectifie une erreur de référence.

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

● Le rapporteur général soutenant depuis la première lecture le transfert de l’allocation supplémentaire d’invalidité vers l’assurance maladie, transfert dont il rappelle qu’il est compensé à la sécurité sociale par un surcroît de taxe sur la valeur ajoutée en loi de finances, il propose le rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale sur ce point.

● La commission a rétabli les dispositions précitées à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 24 et annexe B*

**Approbation de la trajectoire pluriannuelle**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● Article obligatoire de la loi de financement de la sécurité sociale, l'article 24 permet d'approuver l'annexe B, qui comprend la trajectoire pluriannuelle de la sécurité sociale pour les quatre années à venir.

Sur la base de certaines hypothèses, et parmi plusieurs trajectoires (régime général seul ou avec Fonds de solidarité vieillesse, régimes obligatoires de sécurité sociale seuls), l'annexe présentait la trajectoire de solde suivante pour les régimes obligatoires incluant le Fonds de solidarité vieillesse (périmètre le plus complet) :

**ANNEXE B (PROJET DE LOI INITIAL)**

Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>ROBSS +FSV</b>	Recettes	498,6	508,0	488,1	525,0	535,5	549,6	566,0
	Dépenses	500,0	509,7	534,2	551,3	560,2	573,0	587,2
	<b>Solde</b>	<b>- 1,4</b>	<b>- 1,7</b>	<b>- 46,1</b>	<b>- 26,4</b>	<b>- 24,7</b>	<b>- 23,4</b>	<b>- 21,2</b>

● À l'initiative du Gouvernement, cette trajectoire a été modifiée pour tenir compte de mesures nouvelles intervenues au cours de la discussion :

**ANNEXE B (TEXTE ISSU DE L'EXAMEN À L'ASSEMBLÉE NATIONALE)**

Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>ROBSS +FSV</b>	Recettes	498,6	508,0	488,2	525,4	535,6	549,7	566,1
	Dépenses	500,0	509,7	536,6	552,4	560,7	573,5	587,6
	<b>Solde</b>	<b>- 1,4</b>	<b>- 1,7</b>	<b>- 48,4</b>	<b>- 27,0</b>	<b>- 25,1</b>	<b>- 23,8</b>	<b>- 21,6</b>

La rectification porte sur la période 2020-2024 dans les proportions suivantes :

– 2,3 milliards d'euros en 2020 qui correspond au relèvement de l'ONDAM pour anticiper les revalorisations issues du « Ségur » ;

– 600 millions d’euros en 2021, dont 150 millions d’euros supplémentaires au titre de la revalorisation des rémunérations pour la prise en charge de l’autonomie au domicile et 120 millions d’euros de revalorisation (350 millions d’euros) ;

– 400 millions d’euros supplémentaires à partir de 2022, qui correspondent aux 350 millions d’euros évoqués en faveur de l’autonomie précédemment avec un effet d’arrondi.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Au stade de l’examen en séance publique, le Sénat a adopté deux amendements portant sur l’annexe B :

– un amendement de sa commission des affaires sociales portant sur la partie « littéraire » de l’annexe B affirmant notamment le caractère indispensable « *d’amorcer un retour à l’équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra* » ; cet objectif passerait par « *des réformes structurelles, notamment en matière de retraites* » ;

– un amendement du Gouvernement rectifiant à nouveau la trajectoire annuelle pour tenir compte notamment du relèvement de l’ONDAM et des nouvelles perspectives de recettes en 2020 dues au nouveau confinement, comme cela a été fait à l’article 7 sur les tableaux d’équilibre propres à cet exercice :

### ANNEXE B (TEXTE ISSU DE L’EXAMEN AU SÉNAT)

Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ROBSS +FSV	Recettes	498,6	508,0	486,7	525,4	535,6	549,7	566,1
	Dépenses	500,0	509,7	537,4	552,4	560,7	573,5	587,6
	Solde	- 1,4	- 1,7	- 50,7	- 27,0	- 25,1	- 23,8	- 21,6

## 3. La position de la commission

- Si le rapporteur général souhaite conserver la rédaction issue des travaux au Sénat, à jour sur le plan financier des dernières hypothèses, il ne peut maintenir la formulation introduite préemptant le débat à venir sur l’avenir du système de retraites, alors même que les partenaires sociaux et le Conseil d’orientation des retraites (COR) ont été à nouveau saisis sur cette question.

- La commission a maintenu cet article dans la rédaction du Sénat, en attendant une probable réécriture de l’annexe B par le Gouvernement pour tenir compte des dernières prévisions macroéconomiques.

\*

\* \*

**QUATRIÈME PARTIE :  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé**

*Article 25 AA (nouveau)*

**Concertation des professionnels de ville au sein du comité économique de  
l'hospitalisation publique et privée**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Il complète l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, relatif au comité économique de l'hospitalisation publique et privée.

Pour mémoire, ce comité a été créé par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, en remplacement de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Il est principalement le lieu de négociation du protocole désormais signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés : ce protocole établit les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents.

L'article adopté par le Sénat dispose que ce comité économique de l'hospitalisation publique et privée est également chargé de concerter les représentants des professionnels de santé exerçant en ville sur les objectifs stratégiques assignés à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en fonction des prévisions épidémiologiques et démographiques disponibles.

À cette fin, il prévoit que le comité se réunisse une fois par an dans sa composition habituelle élargie aux représentants des professionnels de santé exerçant en ville.

## 2. La position de la commission

● Par cohérence avec sa position en première lecture à l'Assemblée nationale, le rapporteur général propose la suppression de cet article.

Tout d'abord, il n'est pas certain que le comité économique de l'hospitalisation publique et privée récemment mis en place constitue la structure la plus pertinente pour associer les professionnels de santé exerçant en ville à la construction de l'ONDAM, car sa mission est bien, aux termes de la loi, « *le suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés* ». Les auteurs de l'amendement adopté semblent eux-mêmes en douter, puisque l'exposé des motifs indique que le cadre de cette concertation pourrait être le comité « *ou le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)* », sans pour autant expliquer pourquoi le choix a finalement été fait en faveur du comité.

Par ailleurs, l'article adopté n'est pas clair sur la temporalité de la concertation qu'il propose, et par conséquent sur son objectif : si l'on considère que cette concertation doit se faire en amont de l'examen de l'ONDAM par le Parlement, le risque est en effet qu'il n'y ait pas suffisamment de temps pour organiser une telle consultation. Si la concertation doit se faire en aval, une fois l'ONDAM voté, alors quel pourrait être alors le rôle du comité économique de l'hospitalisation publique et privée ?

Enfin, comme le souligne l'exposé des motifs de l'amendement adopté, le Gouvernement a saisi le HCAAM d'une réflexion sur la régulation des dépenses de santé, avec pour objectif de faire de l'ONDAM l'expression non seulement d'une trajectoire de finances publiques, mais aussi et surtout d'une politique de santé. Les conclusions du HCAAM doivent être rendues au premier semestre 2021 : cela pourra servir de base à une réflexion plus en profondeur autour de ces enjeux.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 25 A*

#### **Soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements au titre de leur action en faveur des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

## 1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée

L'article 25 A résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, sous-amendé par M. François Ruffin (groupe La France insoumise).

Cet article vise à favoriser l'attractivité des métiers de l'aide à domicile, au moyen du versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'une aide aux départements finançant un dispositif de soutien à ces professionnels.

Cet article vient répondre au constat répété du manque d'attractivité des métiers des personnels intervenant à domicile, malgré leur rôle central dans l'accomplissement du souhait d'une majorité des Français de continuer à vivre chez eux, y compris en situation de perte d'autonomie. Ce constat a été formulé à de nombreuses reprises, en particulier dans le rapport remis par Mme Myriam El Khomri à la ministre des solidarités et de la santé en octobre 2019, qui montrait notamment que :

- le nombre de postes d'aides à domicile non pourvus est élevé. Il concerne un poste sur cinq en 2018 et près de la moitié des structures ;

- les salaires de ces métiers sont peu élevés avec un démarrage au SMIC, voire en dessous, et des progressions salariales très faibles (17,5 % de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5 % en moyenne pour l'ensemble des salariés).

- Le **I** de l'article 25 A prévoit que l'aide sera versée aux départements pour contribuer à l'attractivité des métiers des professionnels des services apportant aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, à domicile, une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale. Le sous-amendement présenté par M. François Ruffin a étendu l'objectif de ce dispositif, au-delà de la seule attractivité de ces métiers, à leur dignité.

Il permet le versement d'une aide par la CNSA aux départements, dans la limite de 200 millions d'euros par an.

Cette aide sera répartie entre les départements en fonction du volume d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et de l'aide à domicile.

Les paramètres du dispositif ainsi que les modalités de versement de cette aide seront fixés par décret.

- Le **II** prévoit une entrée en vigueur de l'article au 1<sup>er</sup> avril 2021.

Par dérogation, la limite de l'aide versée est donc ramenée à 150 millions pour l'année 2021.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et l'avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté en séance un amendement de Mme Raymonde Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires.

Cet amendement revient sur le principe de co-financement des revalorisations dans le secteur de l'aide à domicile par la CNSA et les départements. Il fait de cette aide aux départements permettant ces revalorisations un simple financement direct par la CNSA.

Il supprime également le caractère limitatif des financements prévus.

Par ailleurs, il substitue au mot « *dignité* » le mot « *juste rémunération* ».

## 3. La position de la commission

- Les départements, chefs de file des politiques d'action sociale, sont les principaux financeurs des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) avec la CNSA, qui leur verse en particulier des concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Leur engagement dans cette démarche de revalorisation des métiers de l'aide à domicile est indispensable et le renversement de la logique de cet article, qui est bien celle d'une aide aux départements, n'est pas souhaitable.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

### *Article 25 B (nouveau)*

#### **Financement complémentaire des activités hospitalières en outre-mer et en Corse**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales comme du Gouvernement.

Il complète l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux activités répondant à des critères d'isolement géographique.

Il dispose que les activités hospitalières de médecine, chirurgie, obstétrique, de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie « à *seuil de rentabilité économique faible* » en outre-mer et en Corse bénéficient, dans le cadre des crédits du Fonds d'intervention régional, d'un financement complémentaire aux produits de la tarification à l'activité.

## 2. La position de la commission

- Un coefficient géographique existe déjà. Prévu par l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il permet « de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ».

Pour mémoire, ce coefficient est de 7 % pour l'Île-de-France, 11 % pour la Corse, 27 % pour la Guadeloupe et la Martinique, 29 % pour la Guyane et 31 % pour la Réunion.

Son objectif est similaire à celui poursuivi par le présent article. Ce ne peut être le rôle du Fonds d'intervention régional que de compenser de tels surcoûts ou de garantir l'équilibre médico-économique d'activités hospitalières.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 25 bis (nouveau)*

## **Ouverture des négociations relatives à l'avantage social vieillesse des professionnels de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de M. Bernard Bonne et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Il prévoit la possibilité de réviser, avant l'arrivée de leur terme, les conventions nationales entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux qui définissent les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations

dues par les professionnels de santé, à la demande d'au moins cinq organisations syndicales nationales les plus représentatives.

Il prévoit qu'un décret fixe les conditions de cette négociation.

- Cet amendement, présenté par son auteur comme un amendement d'appel, vise à rouvrir des négociations sur les cotisations permettant le financement des régimes dits « avantage social vieillesse ». Il vise spécifiquement l'une des deux cotisations relatives à ce régime, intitulée cotisation proportionnelle aux revenus et dite « cotisation d'ajustement ». Cette dernière peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire.

- Pour mémoire, ces régimes d'avantage social vieillesse concernent tous les professionnels de santé conventionnés (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, sages-femmes et directeurs de laboratoires d'analyses médicales). Ils constituent des régimes additionnels à la retraite de base et aux régimes de retraite complémentaires, et ont pour particularité d'être financés en partie par les organismes d'assurance maladie, en contrepartie du conventionnement des professionnels et de la pratique d'honoraires modérés.

## 2. La position de la commission

- L'auteur de l'amendement adopté au Sénat a rappelé qu'il s'agissait d'un amendement d'appel : le rapporteur général considère que par l'adoption de cet article, cet appel a été entendu.

Le Gouvernement a souligné à juste titre lors des débats en séance publique au Sénat que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut déjà « à tout moment, avant l'expiration du délai de cinq ans, rouvrir les négociations qui feront alors l'objet d'un avenant à la convention. Cette ouverture peut être prévue par la convention elle-même ou sur demande des organisations syndicales représentatives. » Le code de la sécurité sociale prévoit bien que ces conventions sont conclues pour une durée « au plus égale à cinq ans ».

L'article est donc satisfait.

Par ailleurs, le rapporteur général s'interroge sur l'objectif des auteurs de l'article, qui semble bien être d'augmenter la prise en charge par l'assurance maladie de ces cotisations. Comme le rappellent eux-mêmes les auteurs de l'amendement, l'assurance maladie prend déjà en charge les deux tiers de la part forfaitaire de la cotisation annuelle et 60 % de la cotisation proportionnelle aux revenus dans le cadre de ce régime. Augmenter encore la participation de l'assurance maladie à ce régime pourrait remettre en question sa nature contributive.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

## Article 26

### Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● L'article 26 fait évoluer la forme juridique du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), désormais intitulé « fonds pour la modernisation et l'investissement en santé » (FMIS).

Les missions du FMIS sont ainsi étendues au-delà des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire :

– aux structures d'exercice coordonné : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé, maisons de santé ;

– aux établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'article 26 prévoit également que le fonds peut financer des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale.

En ce qui concerne les délais de déchéance des crédits du fonds, l'article 26 précise qu'ils devront être supérieurs à un an et renvoie leur fixation à un décret.

Enfin, l'article prévoit que les ressources de ce nouveau fonds, issues de la branche maladie, pourront également être constituées d'une dotation de la nouvelle branche autonomie, en cohérence avec l'élargissement de son périmètre aux établissements médico-sociaux et son caractère transversal.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de Mme Stéphanie Rist et de ses collègues du groupe La République en Marche, tous deux relatifs à l'interopérabilité des logiciels informatiques dans le cadre des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques :

– un amendement ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement visant à conditionner le financement de telles dépenses à une exigence d'interopérabilité des logiciels, ;

– un amendement ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, permettant aux établissements publics de santé de refuser, lors de l'utilisation de ces financements pour l'achat de logiciels informatiques, le paiement de la facture lorsque les référentiels d'interopérabilité ne sont pas respectés.

L'Assemblée nationale a également adopté en séance publique un amendement rédactionnel du rapporteur général.

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

- Le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales donnant une existence législative au Conseil national de l'investissement en santé dont la création, annoncée lors du Ségur de la santé, est actuellement prévue pour début 2021 et par voie de circulaire. Cet amendement a reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Les conclusions du Ségur de la santé prévoient en effet de remplacer le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), qui instruit et valide actuellement les investissements hospitaliers, « *par un conseil national de l'investissement en santé, porteur d'une nouvelle approche fondée sur l'équité territoriale, le conseil et l'association des élus locaux à la prise de décision* ».

L'amendement adopté par le Sénat donne pour mission à ce nouveau Conseil national de l'investissement en santé d'assurer un rôle de pilotage et de coordination de la sélection des projets financés par le FMIS. Il précise que sa composition, ses missions ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixées par voie réglementaire, et qu'il comprend notamment des représentants d'élus locaux.

Le même amendement prévoit également que les dispositions relatives au fonds d'investissement, aujourd'hui applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, sont également applicables à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, conformément à l'étude d'impact annexée au présent texte.

- Avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, le Sénat a également adopté deux amendements identiques de M. Alain Milon, Mme Florence Lassarade et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains visant à supprimer la référence aux équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé, maisons de santé comme structures d'exercice coordonné pouvant bénéficier du fonds d'investissement, afin d'ouvrir cette référence à l'exercice coordonné aux cabinets libéraux.

- Enfin, il a adopté, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, un amendement de M. Martin Lévrier et de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants supprimant la

disposition adoptée par l'Assemblée nationale contre l'avis du rapporteur général permettant aux établissements publics de santé de refuser, lors de l'utilisation de ces financements pour l'achat de logiciels informatiques, le paiement de la facture lorsque les référentiels d'interopérabilité ne sont pas respectés.

Lors de la séance publique, le rapporteur général avait rappelé que cette disposition était contraire au droit des marchés publics.

### 3. La position de la commission

- Comme la commission des affaires sociales du Sénat l'indique elle-même dans l'exposé des motifs de son amendement, le Conseil national de l'investissement en santé sera créé par voie réglementaire, ce qui donnera davantage de souplesse à ce dispositif.

Par ailleurs, en cohérence avec son avis exposé en commission en première lecture, le rapporteur général s'oppose fermement à la définition des structures d'exercice coordonné que voudrait donner la seconde chambre et donc par conséquent à l'extension du FMIS au financement de l'investissement des cabinets libéraux. Des aides à l'investissement existent déjà pour les médecins libéraux, et, si elles doivent se développer, c'est avant tout dans le cadre conventionnel.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli la rédaction de l'article issue de l'Assemblée nationale, à l'exception :

- de la précision apportée par la commission des affaires sociales du Sénat relative à l'application de ces dispositions dans les territoires ultramarins ;

- de la suppression de celle des deux dispositions sur l'interopérabilité des systèmes d'information adoptée contre son avis en séance publique en première lecture.

\*

\* \*

#### *Article 27*

### **Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● Dans sa version initiale, le présent article visait à établir les modalités de la « reprise de dette » des établissements de santé assurant le service public hospitalier. Le principe de cette reprise de dette a été posé par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, dans le cadre du « plan d'urgence pour l'hôpital public », annoncé par le gouvernement le 20 novembre 2019. Cette reprise a été estimée à un montant de 13 milliards d'euros, et représente un tiers de la dette accumulée par les établissements, compte tenu du principal et des intérêts.

Le champ d'application initial de cette « reprise de dette » était constitué des encours restants dus au 31 décembre 2019 et ne devait pas couvrir les futures dettes contractées par les établissements. « L'assiette » du dispositif, destinée à prendre en compte l'ensemble des modalités d'endettement des établissements, devait cependant être retraitée des investissements extérieurs au financement du seul champ sanitaire, excluant ainsi les structures non sanitaires associées à certains établissements comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que des aides antérieures à la soutenabilité de leurs dettes.

Cette couverture de la dette est assurée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), qui procèdera à des versements à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui sera en charge, à son tour, de verser aux établissements concernés des dotations pour le compte de l'assurance maladie. Ces transferts aux établissements étaient initialement prévus sur une durée maximale de quinze ans.

La « reprise de dette » est matérialisée par un contrat entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements, qui déclinent une série d'objectifs que les établissements s'engagent à respecter en échange de l'aide apportée, notamment en termes d'assainissement financier, d'investissement courant et de transformation du service public en vue d'un meilleur service aux usagers. Une part de cette aide sera modulable selon l'appréciation des ARS, en fonction des situations particulières des établissements.

Cet article participe donc pleinement de la logique du Ségur de la santé, visant à redonner des marges de manœuvre financières aux établissements de santé pour leur permettre d'investir, qu'il s'agisse de l'investissement courant ou des investissements lourds.

● La commission des affaires sociales, puis l'Assemblée nationale en séance publique, ont adopté :

– un amendement à l'initiative du rapporteur général et un amendement identique de M. Pierre Morel-À-L'Huissier et plusieurs de ses collègues du groupe UDI et Indépendants, avec un avis favorable de la commission, qui visent à assurer la plus grande transparence possible s'agissant des contrats entre les ARS et les

établissements hospitaliers. Les ARS devront ainsi publier les modalités retenues pour déterminer l'encours retenu pour chaque établissement ;

– un amendement de M. Philippe Vigier et de ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec un avis favorable du rapporteur général, qui prévoit que les conseils territoriaux de santé pourront suivre les contrats signés entre les ARS et les établissements concernés. Cet amendement vise à renforcer la démocratie sanitaire en permettant à un organisme du territoire, dans lequel siègent des parlementaires, de faire le point sur la mise en œuvre du versement des dotations.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, qui supprime les références uniques à l'endettement pour privilégier la dotation de service public, sécurisant ainsi le dispositif au regard du droit européen des aides d'État. Il réduit la durée des contrats susmentionnés à une durée maximale de dix ans, augmentant mécaniquement la somme des dotations annuelles versées aux établissements. La suppression de la référence aux encours de dette permet aussi de prendre en compte les dettes réalisées au titre des groupements de coopération sanitaire (GCS), et non plus seulement à l'échelle d'un établissement, et, plus largement, de traiter l'ensemble des modalités par lesquelles les établissements de santé concernés ont consenti des efforts en faveur de l'investissement.

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

Le Sénat a supprimé cet article, par le biais d'amendements identiques de Mme Corinne Imbert, rapporteure, de M. Christian Klingler, rapporteur pour avis de la commission des finances, et de Mme Nathalie Goulet (groupe Union Centriste).

Les raisons de cette suppression relèvent principalement, selon leurs auteurs, de ce que l'article :

– privilégie le soutien à l'investissement et à la transformation de l'offre, dans la nouvelle rédaction issue de l'Assemblée nationale, par rapport à l'écriture initiale qui portait davantage référence à l'endettement initial des établissements ;

– entraînerait une charge indue pour la CADES, celle-ci n'ayant pas vocation à « financer des investissements futurs ».

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

● Le rapporteur général a eu l'occasion de faire connaître une position constante au cours des discussions qui ont rythmé ce PLFSS comme au cours de celles qui ont animé l'examen du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie.

Compte tenu du circuit de financement des hôpitaux, il est légitime que la CADES porte ce dispositif. Le schéma de reprise de dette utilise en effet le circuit de financement impliquant l'assurance maladie et ses caisses primaires.

En outre, les dépenses relatives à l'investissement hospitalier ont naturellement vocation, lorsqu'elles contribuent au déficit de la sécurité sociale, à faire l'objet d'une reprise par la CADES, au même titre que l'ensemble des autres facteurs contributifs de ce déficit. C'est ainsi que le montant alloué au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), qui le présent projet de loi transforme en fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), est pris en charge par l'assurance maladie. Dans le contexte actuel des finances sociales, ces dépenses sont amorties *in fine* par la CADES. L'argument selon lequel le dispositif s'éloigne de la seule attention au désendettement paraît donc inopérant.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général, moyennant un ajustement rédactionnel.

\*

\* \*

### *Article 28*

#### **Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

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

L'article 28 se compose de plusieurs mesures distinctes relatives au financement des établissements de santé.

● Il complète la réforme du financement des urgences introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il crée ainsi un système de participation forfaitaire, en lieu et place du système de tickets modérateurs qui existe actuellement.

● Il clarifie également les règles de financement des hospitalisations de jour, à la suite de travaux menés sur la gradation des prises en charge ambulatoires, en supprimant le forfait de prestation intermédiaire.

● Enfin, il reporte le calendrier de mise en œuvre de plusieurs réformes, les travaux nécessaires à cette mise en œuvre ayant été perturbés par la crise sanitaire :

– la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

– la réforme du financement des centres de lutte contre la tuberculose ;

– la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé (CAQES).

Dans le même sens, il adapte également les modalités de la période de transition du nouveau modèle de financement des SSR et crée un système transitoire pour la réforme du financement des hôpitaux de proximité pour l'année 2021.

Il prolonge également d'un an la durée de l'expérimentation relative aux transports urgents préhospitaliers mise en œuvre par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

● L'article 28 modifie les modalités de calcul de la participation des assurés aux urgences, pour remplacer le système actuel de ticket modérateur par une participation forfaitaire.

Cette participation sera due, comme pour le ticket modérateur en vigueur aujourd'hui, par tous les assurés à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Le montant de ce forfait sera défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Dans sa version initiale, l'article prévoyait une minoration de ce forfait pour les assurés :

– couverts au titre du risque maternité ;

– en affection de longue durée (ALD) ;

– bénéficiant d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une rente ou d'une allocation versée au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles.

Une exonération complète de ce forfait est également prévue par l'article en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, de soins aux personnes victimes d'un acte de terrorisme et de soins aux mineurs victimes de sévices sexuels.

En commission des affaires sociales, puis en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement proposé par le rapporteur général :

– étendant la minoration de ce forfait aux invalides de guerre ;

– étendant l'exonération complète aux femmes enceintes, aujourd'hui totalement exonérées du ticket modérateur à compter du sixième mois pour tous leurs soins, ainsi qu'aux nouveau-nés, exonérés de toute participation dans les trente jours suivant leur naissance pour l'intégralité des soins dispensés dans un établissement de santé.

L'Assemblée nationale a également adopté en séance publique, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, un amendement du Gouvernement permettant le report de l'entrée en vigueur de ce forfait de participation aux urgences au 1<sup>er</sup> septembre 2021, afin de permettre à l'ensemble des établissements de santé concernés de mettre en œuvre ce nouveau mode de participation des assurés. En effet, selon l'exposé des motifs de cet amendement, cette réforme « *nécessite une évolution de l'organisation des établissements et une adaptation de la part leurs partenaires et prestataires, notamment en matière de facturation* ».

● En séance publique, l'Assemblée nationale a également adopté avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales un amendement du Gouvernement venant adapter la mise en œuvre de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital.

L'article 35 de la précédente loi de financement de la sécurité sociale a supprimé l'objectif de calculer, à terme, le ticket modérateur sur la base des tarifs nationaux de prestations issues des groupements homogènes de séjour. Il a mis en place un nouveau système de calcul du ticket modérateur, en remplaçant les tarifs journaliers de prestation par une grille de tarifs nationaux journaliers de prestations.

L'article 28, dans sa version initiale, prévoyait déjà le report au 1<sup>er</sup> janvier 2022 de l'entrée en vigueur de ce nouveau modèle pour les établissements de psychiatrie et de SSR, alors que cette entrée en vigueur devait initialement intervenir dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Pour les établissements publics et privés non lucratifs (anciennement sous dotation globale) exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, l'amendement adopté prévoit l'affectation d'un coefficient de transition pour les établissements de santé.

Ce coefficient doit permettre de lisser les effets revenus que pourrait avoir cette réforme. En effet, selon l'exposé des motifs de l'amendement adopté, la réforme pourrait faire perdre à certains établissements plus de 10 % de leurs recettes de ticket modérateur. Toujours selon l'exposé des motifs, « *les dotations MIGAC, qui avaient été le vecteur initialement prévu par l'article 35 de la LFSS pour 2020 pour lisser ces effets revenus dans le temps, ne s'avèrent pas le vecteur adapté* ».

Ce coefficient de transition sera calculé pour chaque établissement concerné afin de tenir compte des conséquences de l'application de la nouvelle tarification sur ses recettes par rapport à la situation actuelle.

Les modalités de calcul du coefficient de transition, ainsi que le taux national annuel de convergence des tarifs journaliers de prestation servant au calcul des coefficients de transition des établissements concernés, seront fixés par arrêtés ministériels.

Ce coefficient doit logiquement atteindre la valeur de 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2024 – date à laquelle la réforme doit pleinement entrer en vigueur – et ses modalités d'application seront fixées par un décret en Conseil d'État, qui, selon l'exposé des motifs de l'amendement, est en cours de rédaction.

La valeur du coefficient, ainsi que la valeur des tarifs journaliers de prestation en découlant, seront fixées pour chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé, et prendront effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, excepté pour les hôpitaux d'instruction des armées pour lesquels ce coefficient de transition ainsi que les tarifs journaliers seront directement fixés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la défense.

● L'Assemblée nationale a également adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général à cet article.

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

Le Sénat a adopté quatre dispositions nouvelles à cet article en séance publique.

### ***a. Exonération des patients en ALD et invalides du forfait de participation aux urgences***

Suite à l'adoption de deux amendements identiques de M. Martin Lévrier et de plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ainsi que de M. Jean Sol et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, le Sénat a exonéré totalement tous les patients en ALD et en invalidité (à l'exception des invalides de guerre) du forfait de participation aux urgences.

### ***b. Report au 1<sup>er</sup> janvier 2022 de réformes tarifaires***

Le Sénat a également adopté, avec un avis de sagesse de sa commission des affaires sociales, un amendement du Gouvernement reportant au 1<sup>er</sup> janvier 2022 la mise en œuvre de trois réformes tarifaires en raison du contexte sanitaire actuel :

– la réforme du ticket modérateur pour le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), alors que l'article adopté par l'Assemblée

nationale ne décalait l'entrée en vigueur de ce nouveau modèle que pour les établissements de psychiatrie et de SSR ;

– la réforme du financement des activités de psychiatrie ;

– la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, qui était seulement adaptée pour l'année 2021 dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

### *c. Suppression de l'expérimentation d'un forfait de réorientation aux urgences*

Le Sénat a par ailleurs adopté un amendement de M. Bernard Jomier et ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain abrogeant l'article 43 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

• Cet article 43, issu d'un amendement de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur général, prévoit qu'à titre expérimental, pour une durée de trois ans, la réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences peut donner lieu à la facturation, par certains établissements de santé, d'une prestation d'hospitalisation.

L'adoption de cet article répondait à un constat sans appel : les établissements n'ont aujourd'hui aucun intérêt économique, dans le mode de financement actuel, à ne pas prendre en charge l'ensemble des patients qui se présentent à l'accueil des urgences, et donc à ré-adresser les cas les plus légers, notamment aux maisons médicales de garde.

• L'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence permet la mise en œuvre de cette expérimentation.

L'expérimentation est prévue pour deux ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020.

Cet arrêté fixe comme objectifs à l'expérimentation :

– d'atteindre entre 5 et 10 % de patients réorientés par un service d'urgence expérimentateur ;

– de vérifier que la mise en place du forfait n'a pas d'incidence sur l'état de santé du patient ;

– de ralentir, à terme, la progression des passages aux urgences.

Le montant du forfait est de 60 euros pour une réorientation vers la médecine libérale. Il se substitue au forfait accueil et traitement des urgences versé à chaque passage ainsi qu'aux actes et consultations aujourd'hui facturés par les

établissements. En revanche, l'expérimentation n'a aucun impact sur le montant du forfait annuel versé à chaque établissement et destiné à couvrir les charges fixes des urgences.

L'arrêté prévoyait que l'expérimentation porte sur une trentaine de services d'urgences en France : selon le Gouvernement lors des débats en séance au Sénat, une cinquantaine d'établissements ont déjà déposé leur candidature.

#### *d. Réforme du reste à charge hospitalier*

Enfin, le Sénat a adopté un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains prévoyant la mise en place d'une tarification forfaitaire nationale des prestations, établie en fonction de catégories d'activité de soins et du niveau de charges des établissements et dont les modalités seront déterminées par voie réglementaire.

Cette tarification servirait de base, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, au calcul de la participation à la charge des assurés. Elle serait facturée à un guichet unique national assuré par l'assurance maladie obligatoire.

Cet amendement, qui vise à répondre à l'extrême complexité qui prévaut actuellement quant au calcul du reste à charge hospitalier, a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

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

- En cohérence avec ses positions exprimées en première lecture à l'Assemblée nationale, le rapporteur général est défavorable à l'exonération totale et systématique des usagers bénéficiaires d'une ALD ou en invalidité du forfait de participation aux urgences, alors que ceux-ci ne sont aujourd'hui exonérés de ticket modérateur que si le passage aux urgences est en lien avec cette affection ou cette invalidité. Revenir sur l'existence d'un forfait minoré pour ces assurés remettrait donc en cause l'équilibre proposé par l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale.

Pour mémoire, en ce qui concerne les patients bénéficiant aujourd'hui d'une ALD, la mise en place de ce forfait minoré entraînera une hausse du nombre de patients en ALD devant s'acquitter d'une participation pour un passage non suivi d'hospitalisation aux urgences, mais pour un montant unitaire moindre. Globalement, la masse des restes à charge pour les patients en ALD devrait baisser de 32 % dans le cadre de la réforme.

Par ailleurs, le rapporteur général ne peut comprendre le traitement différencié opéré par le Sénat entre les invalides civils et les invalides de guerre, au détriment de ces derniers.

- En ce qui concerne le report de nombreuses réformes de la tarification, le rapporteur général le déplore mais ne peut qu'en prendre acte, les conditions pour

leur mise en œuvre dans les délais prévus n'étant de toute évidence pas réunies dans le contexte de la crise sanitaire actuelle.

- Pour ce qui est de la suppression de l'expérimentation d'un forfait de réorientation aux urgences, le rapporteur général y est évidemment défavorable, au vu de l'intérêt déjà suscité par ce dispositif mis en place il y a seulement quelques mois.

- Enfin, le rapporteur général s'étonne du manque de rigueur juridique et de pragmatisme du Sénat en ce qui concerne l'adoption d'un amendement de quelques lignes seulement relatif à la refonte globale du système de calcul du reste à charge hospitalier, qui ne tire aucune conséquence juridique ni technique d'une réforme d'une telle importance.

L'adoption d'une telle réforme, qui aurait des implications considérables pour l'assurance maladie, qui devrait notamment recouvrer l'avance de frais remboursés par les complémentaires, ne pourra évidemment se faire qu'à la suite de travaux techniques d'une grande complexité. Les débats soulevés par le présent article tant sur la participation de l'assuré aux urgences que sur le calcul du ticket modérateur à l'hôpital montrent la grande complexité tant politique que technique de cette question.

S'il partage les objectifs fixés par ces dispositions, il ne peut donc qu'appeler à leur suppression, considérant cet amendement comme un amendement d'appel.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli l'article dans sa version adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale, à l'exception de l'amendement adopté à l'initiative du Gouvernement.

\*

\* \*

#### *Article 28 bis A (nouveau)*

### **Bilan de la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds d'intervention régional**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Cet article résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Valérie Boyer et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

- Il introduit un article additionnel au sein du code de la sécurité sociale prévoyant que chaque année, les agences régionales de santé présentent un bilan au ministère de la santé sur la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et du Fonds d'intervention régional.

Il précise que ce bilan est présenté par le ministère devant le Parlement et qu'il est accessible sur le site internet des agences régionales de santé.

## 2. La position de la commission

- En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté le même amendement en commission des affaires sociales, avec l'avis défavorable du rapporteur général. Cet amendement avait ensuite été rejeté en séance publique.

Pour mémoire, l'article L. 1435-10 du code de la santé publique prévoit déjà qu'un rapport permettant le suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional est adressé chaque année au Parlement.

L'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale prévoit quant à lui que le « *Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées* ». Il indique que ce rapport précise notamment les dispositions prises sur « *les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [...]. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.* »

Le présent article est donc pleinement satisfait.

- Si elle partage l'objectif du Sénat d'une meilleure information du Parlement sur ces crédits, la commission a donc supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 28 bis B (nouveau)*

**Renforcement du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Cet article résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Il modifie les articles L. 162-30-3 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale relatifs au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Pour mémoire, l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale prévoit depuis la dernière loi de financement de la sécurité sociale que lorsque l'agence régionale de santé (ARS), conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État, ou en application d'un plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins, l'ARS saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à l'inclusion d'un volet spécifique du CAQES.

Le présent article rend systématique la fixation d'un nombre d'actes, de prestations et de prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, là où ce n'est aujourd'hui qu'une possibilité.

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur général, convaincu de la nécessité d'avancer sur cette question de la pertinence des soins, laisse au Gouvernement le soin de le modifier en séance publique s'il l'estime nécessaire.

● La commission a donc adopté cet article sans modifications.

\*

\* \*

*Article 28 bis C (nouveau)*

**Information de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Dominique Théophile et ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et d'amendements identiques de Mme Laurence Cohen et ses collègues du groupe communiste, républicain, citoyen et écologiste et de Mme Véronique Guillotin et ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Il modifie l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, relatif aux compétences du directeur général de l'agence régional de santé.

Il dispose que ce dernier informe au moins deux fois par an la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé.

**Les CRSA, organes majeurs de la démocratie sanitaire**

Créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », les conférences régionales de la santé et de l'autonomie sont des organismes consultatifs composés de plusieurs collèges qui concourent, par leurs avis, à la politique régionale de santé.

Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

Elles émettent notamment un avis sur le projet régional de santé. Elles procèdent également, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général s'interroge vivement sur l'impact de cet article additionnel adopté par le Sénat sur les finances sociales, et donc sur sa place en loi de financement.

Par ailleurs, il s'interroge sur la forme et le contenu, en pratique, de cette information relative à « *l'allocation des ressources financières aux activités de santé* ».

Enfin, l'article L. 1432-2 du code de la santé publique prévoit déjà qu'au moins une fois par an, le directeur général de l'ARS rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé, ce qui semble suffisant.

- La commission a donc supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*  
\* \*

### *Article 28 quater*

#### **Incitation au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.  
Sort au Sénat : supprimé.  
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 28 *quater* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Audrey Dufeu et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, avec un avis favorable du rapporteur général à titre personnel et un avis également favorable du Gouvernement, sous réserve d'améliorer le dispositif au cours de la navette.

Cet article additionnel introduit à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, relatif à la dotation « d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (« IFAQ »), une mention spécifique du développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile, qui devront désormais figurer parmi les catégories d'indicateurs pour lesquels des seuils minimaux de résultats sont requis.

Pour mémoire, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, lorsqu'un établissement de santé n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un seuil minimal pour certains indicateurs définis par voie réglementaire,

l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations.

Le présent article vise donc à inciter les établissements pratiquant la dialyse, par le biais du système de bonus-malus mis en place dans le cadre de la dotation « IFAQ », à développer les prises en charge à domicile ou en autodialyse.

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

Le Sénat a supprimé cet article, à l'initiative de sa commission des affaires sociales et avec l'avis défavorable du Gouvernement.

La rapporteure a en effet considéré, d'une part, que la décision de recourir à l'autodialyse ou la dialyse à domicile relève du colloque singulier entre le patient et son médecin et, d'autre part, que la définition de tels indicateurs s'inscrit dans le domaine réglementaire.

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

- Les critiques formulées par le Sénat à l'encontre de cet article apparaissent légitimes mais sévères.

- À l'initiative de Mme Audrey Dufeu et des membres du groupe La République en Marche, la commission a donc rétabli cet article, avec une modification rédactionnelle.

\*  
\* \*

### *Article 28 quinquies*

#### **Rapport sur la réforme de financement des hôpitaux de proximité**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : suppression conforme.

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

L'article 28 *quinquies* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec un avis défavorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement.

Cet article dispose que, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur la réforme du financement des hôpitaux de proximité prévue par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Cette réforme prévoit que les hôpitaux de proximité sont financés par une garantie pluriannuelle de financement en ce qui concerne leur activité de médecine ainsi que par une dotation de « responsabilité territoriale », permettant de financer les missions optionnelles et partagées des hôpitaux de proximité, par le biais d'une contractualisation.

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

S'opposant avec constance à la demande de rapports au Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article à l'initiative de sa commission des affaires sociales, précisant par ailleurs que la mission constitutionnelle d'évaluation et de contrôle assignée au Parlement permet à celui-ci d'assurer un suivi efficace des réformes qu'il a votées. Cette suppression a reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

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

La commission a confirmé la suppression de cet article.

\*  
\* \*

### *Article 29*

## **Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

L'article 29 vise à faire évoluer, à court terme puis à moyen terme, sur la base du volontariat, le financement des activités de médecine dans les établissements de santé, afin de pondérer la tarification à l'activité par d'autres types de financements.

- En 2021, les établissements qui le souhaitent, à l'exception des hôpitaux de proximité – qui bénéficient déjà d'un financement dérogatoire à la tarification à l'activité – pourront opter pour un système de financement mixte alliant une « dotation socle » calculée à partir de l'activité de l'année précédente et une part de

tarification à l'activité. Il s'agira d'un « droit d'option » par rapport au droit commun, qui restera celui du financement de ces activités par la tarification à l'activité.

Selon l'étude d'impact, l'assiette de calcul de cette « dotation socle » ne pourra toutefois excéder un pourcentage des recettes d'assurance maladie du périmètre des activités concernées, qui sera fixé par décret. Celui-ci fixera également les modalités d'entrée et de sortie de ce mécanisme.

La liste des établissements retenus pour intégrer ce dispositif sera dressée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Les établissements en question bénéficieront de l'expérimentation pour une durée de cinq ans, sauf s'ils font le choix de renoncer à ce droit d'option en cours d'expérimentation, sans retour en arrière possible vers la « dotation socle ».

À plus long terme, l'article prévoit que les établissements, y compris les hôpitaux de proximité, pourront demander à bénéficier, à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, d'un financement des activités de médecine composé à la fois d'une dotation populationnelle, d'un paiement à l'activité et d'un financement à la qualité.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général.

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

● Le Sénat a adopté un amendement à l'initiative de sa commission des affaires sociales visant, selon les sénateurs, à donner plus de clarté et de visibilité à l'expérimentation du modèle mixte de financement des activités de médecine. Ce dernier a reçu un avis défavorable du Gouvernement.

D'une part, il modifie les modalités de l'expérimentation permettant aux établissements de santé d'opter pour un système de financement mixte. La durée de l'expérimentation est ainsi ramenée à cinq à trois ans.

Par ailleurs, du fait de la crise sanitaire et du caractère exceptionnel de l'année 2020, il précise que l'activité prise en compte pour le calcul de la « dotation socle » n'est pas uniquement celle de l'année précédente mais, plus généralement, celle antérieure à l'entrée de l'établissement dans le dispositif.

L'amendement précise en outre que le décret d'application de cet article, qui doit notamment fixer les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, doit également établir des critères de pertinence et de qualité des prises en charge ainsi que de coordination des parcours de soins, qui seront pris en compte pour l'évaluation de l'expérimentation.

D'autre part, l'amendement supprime l'expérimentation à plus long terme afin de prévoir des modalités, plus précises et enrichies des retours sur le dispositif

de « dotation socle », au sein du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'étude d'impact ne prévoyait pas, *de facto*, une mise en œuvre de cette expérimentation avant 2022, l'année à venir devant permettre un travail de co-construction « *associant l'ensemble des parties prenantes* » <sup>(1)</sup>. Selon les sénateurs, cette suppression, sans empêcher les partenaires de travailler sur la définition des modalités de l'expérimentation, doit permettre d'éviter de susciter des incertitudes quant au financement des établissements de santé et de préciser le dispositif.

● Le Sénat a également adopté un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales, supprimant la fixation du montant de la dotation socle du décret d'application de l'article 29. Ce montant sera finalement fixé par arrêté.

### 3. La position de la commission

● L'expérimentation à moyen terme prévue par le présent article est la traduction concrète de la mesure n° 11 des conclusions du Ségur de la santé, par laquelle le Gouvernement s'est engagé à « *mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine* » avec « *une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d'une part à l'activité et à la qualité des soins* ».

Attaché à transcrire dans le marbre de la loi cet engagement, le rapporteur général ne souhaite pas sa suppression.

En ce qui concerne la prise en compte du caractère exceptionnel de l'année 2020 mentionnée par le Sénat, les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique ayant bénéficié en 2020 d'une garantie de financement, aucun niveau de valorisation d'activité de médecine atypique lié à la crise de la covid-19 n'est à prévoir. Les recettes 2020 de l'activité de médecine, qu'elles soient issues de l'activité ou issues de la garantie de financement, pourront donc être prises en compte pour le calcul de la dotation socle.

Enfin, au vu de l'ampleur de l'expérimentation, maintenir la durée de cinq ans semble préférable pour avoir suffisamment de recul.

● Sur la proposition du rapporteur général, la commission a donc rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, à l'exception de l'amendement adopté à l'initiative du Gouvernement.

\*

\* \*

---

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

*Article 29 bis (nouveau)*

**Inclusion d'un objectif d'externalisation des soins dans le contrat  
d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Il modifie l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, relatif au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Il prévoit que ce dernier peut comporter un objectif d'externalisation des soins réalisés en hôpital de jour *via* l'hospitalisation à domicile, dont les modalités seront précisées par décret.

**2. La position de la commission**

● Le CAQES est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Rien dans la loi n'empêche aujourd'hui qu'il porte sur un objectif d'augmentation de l'hospitalisation à domicile.

Cet article est donc superfétatoire et cette précision relève davantage du niveau réglementaire. Le développement de l'hospitalisation à domicile est en effet une priorité, mais pourquoi mentionner au niveau de la loi cet objectif au détriment d'autres, tout aussi importants en matière de qualité des soins ?

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a donc supprimé cet article.

\*

\* \*

*Article 30*

**Pérennisation et développement des maisons de naissance**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

*a. Le projet de loi initial*

● L'article 30 pérennise les maisons de naissance, structures autonomes au sein desquelles interviennent exclusivement des sages-femmes pour la prise en charge des femmes enceintes, du suivi de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, ce dernier étant réalisé en ambulatoire.

Il intègre au droit commun ces maisons de naissance, qui prennent aujourd'hui la forme d'une expérimentation.

L'article définit les maisons de naissance comme des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes assurent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont suivi la grossesse.

Comme aujourd'hui, le projet de loi initial dispose que la maison de naissance doit obligatoirement conclure une convention avec une maternité et être contiguë à celle-ci. Cette convention devra notamment prévoir les modalités d'un transfert rapide des parturientes et des nouveau-nés.

En ce qui concerne la structure juridique des maisons de naissance ainsi que leurs modalités de gestion, l'article initial prévoyait qu'elles puissent être gérées soit :

– par une ou plusieurs sages-femmes, éventuellement associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

– soit par un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé ;

– soit par un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire.

● L'article 30 encadre également la création et l'activité des maisons de naissance. Il précise notamment :

– les modalités d'autorisation de ces maisons de naissance ;

- les conditions de fonctionnement ;
- les procédures permettant à l’agence régionale de santé (ARS) d’intervenir en cas de manquements, abus ou fraude.

● En ce qui concerne les financements, l’article 30 prévoit que les maisons de naissance continueront de bénéficier du Fonds d’intervention régional, après conclusion d’un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens avec l’ARS.

Enfin, il précise que les modalités d’application de cet article seront fixées par un décret en Conseil d’État. Son entrée en vigueur sera fixée à une date par décret, au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2021, l’expérimentation prenant fin le 23 novembre 2021.

### ***b. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale***

● L’Assemblée nationale a adopté, en commission des affaires sociales puis en séance publique, deux amendements du rapporteur général prévoyant que :

– la direction médicale des maisons de naissance doit être confiée aux sages-femmes ;

– une maison de naissance ne peut pas être créée ou gérée par une seule sage-femme, mais uniquement par plusieurs sages-femmes associées dans ce but.

● En séance publique, l’Assemblée a également adopté, outre trois amendements rédactionnels du rapporteur général, deux amendements modifiant ce dispositif.

Un amendement de Mme Aurore Bergé et des membres du groupe La République en Marche a ainsi permis de préciser les objectifs des maisons de naissance, afin d’indiquer que leur développement s’inscrit dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l’accouchement le plus adapté à leurs besoins.

Un amendement de Mme Hélène Vainqueur-Christophe et des membres du groupe Socialistes et apparentés a quant à lui supprimé la notion de contiguïté des maisons de naissances à des maternités pour y substituer la notion de proximité. Cet amendement, ayant reçu un avis défavorable du rapporteur général, a fait l’objet d’un sous-amendement du Gouvernement qualifiant cette proximité « d’immédiate ». Le Gouvernement a précisé que cette notion de proximité immédiate serait définie par voie réglementaire.

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

● Le Sénat a adopté un amendement à l’initiative de Mme Annick Billon et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

Cet amendement précise les missions facultatives des maisons de naissance, qui pourront notamment mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique – en particulier en vue de favoriser l'accès au droit des femmes – et constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.

Cet amendement a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

- Il a également adopté, avec un avis défavorable de la commission comme du Gouvernement, un amendement de M. Dominique Théophile (Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants) proposant que la gestion des maisons de naissance – en plus de la direction médicale – soit exclusivement assurée par des sages-femmes.

Dans la même logique et avec les mêmes avis défavorables, le Sénat a adopté un amendement de Mme Élisabeth Doineau et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste supprimant la possibilité pour un organisme à but non lucratif, un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire de gérer une maison de naissance.

- Avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de Mme Florence Lassarade et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains rétablissant le terme de « contiguïté » des maisons de naissance à une maternité en lieu et place du terme « proximité immédiate » adopté après de longs débats à l'Assemblée nationale.

- À l'initiative de Mme Élisabeth Doineau et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, et avec l'avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement disposant que l'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la maternité partenaire.

- À l'initiative des mêmes auteurs, et avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement supprimant l'obligation de conformité de la prise en charge en maison de naissance aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

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

- Conformément à ses positions exprimées en première lecture, le rapporteur général considère que la disposition adoptée à son initiative et précisant que la direction médicale des maisons de naissance est assurée par les sages-femmes est suffisamment protectrice du rôle de ces dernières, et que les maisons de naissance pourront utilement être gérées par d'autres acteurs dans certains cas, par exemple par des acteurs associatifs.

- Il est également défavorable à la suppression de l'obligation de conformité aux recommandations de la HAS. La conformité au cahier des charges adopté par la HAS a permis le bon déroulement de l'expérimentation des maisons de naissance et reste importante pour assurer la sécurité des parturientes et des nouveau-nés dans un dispositif qui reste à consolider.

- Il est également défavorable à la disposition selon laquelle l'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la maternité partenaire, car il s'agit bien d'une activité distincte et de personnes morales distinctes. L'activité des maisons de naissance doit pouvoir être suivie et valorisée de manière indépendante. Cette disposition a par ailleurs été rejetée par l'Assemblée nationale en première lecture.

- En revanche, conformément à sa position exprimée en première lecture, il est favorable à la précision aux termes de laquelle les maisons de naissance doivent être contiguës à une maternité.

Préciser les missions facultatives des maisons de naissance est également bienvenu.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a donc rétabli la rédaction issue de l'Assemblée nationale, à l'exception de ces deux dernières dispositions.

\*

\* \*

#### *Article 30 bis (nouveau)*

### **Dérogation au parcours de soins coordonné en cas d'orientation par une sage-femme**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

- Cet article résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Martine Berthet et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que d'un amendement identique de Mme Elisabeth Doineau (groupe Union Centriste), avec l'avis défavorable de la commission des affaires sociales comme du Gouvernement.

- Il modifie l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale relatif au parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Il permet de déroger à ce parcours de soins coordonné lorsque le patient est adressé au médecin spécialiste par une sage-femme à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser.

## 2. La position de la commission

- Pour mémoire, les consultations de gynécologie n'entrent pas dans le cadre du parcours de soins coordonné. Aux termes de l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, ces dernières sont en accès direct.

Pour l'accès aux autres médecins spécialistes que le gynécologue *via* la sage-femme, le rôle pivot du médecin traitant reste indispensable.

- À l'initiative du rapporteur général, attaché au principe du parcours de soins coordonné, la commission a supprimé cet article.

\*

\* \*

### *Article 31*

#### **Soutien au développement des hôtels hospitaliers**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

À la suite d'une expérimentation introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article 31 met en place un financement spécifique à destination des établissements de santé aux fins du déploiement d'hébergements non médicalisés – dits « hôtels hospitaliers ».

- Ces hébergements s'adressent aux patients n'ayant pas besoin de surveillance ou de soins médicaux particuliers, mais qui nécessitent en amont ou en aval d'une hospitalisation un hébergement de court terme.

Dans la continuité de l'expérimentation, l'article 31 permet aux établissements de santé de déléguer cette prestation à un tiers par voie de convention. La possibilité leur est ainsi laissée de proposer par eux-mêmes ce type de prestation.

- Les modalités d'application, concernant l'accès au dispositif, son financement par l'assurance maladie ou la délégation de la prestation à un tiers, seront fixées par décret en Conseil d'État.

Enfin, un cahier des charges détermine les conditions d'accès au financement prévu par le présent article. Son contenu sera établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le dernier alinéa prévoit la transmission d'un rapport par le Gouvernement au Parlement au 31 décembre 2022.

● L'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des affaires sociales visant à intégrer au rapport prévu par l'article une évaluation de la prise en charge des publics isolés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Un amendement rédactionnel du rapporteur général a également été adopté en séance publique.

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

À l'initiative de Mme Victoire Jasmin et de plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, le Sénat a adopté un amendement précisant que les hôtels hospitaliers peuvent notamment être mis en place dans les départements ruraux, insulaires ou enclavés.

Cet amendement a reçu un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

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

L'amendement adopté par le Sénat étant déjà pleinement satisfait, la commission a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, à l'initiative du rapporteur général.

\*  
\* \*

### *Article 31 bis*

## **Rapport sur les transports bariatriques**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 31 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'amendements identiques de la commission des affaires sociales ainsi que de Mme Valérie Six et de plusieurs de ses collègues du groupe UDI et Indépendants demandant un rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques.

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que les frais de transport sont pris en charge s'ils font suite à une prescription sur ordonnance par un professionnel de santé. Toutefois, le recours à une ambulance bariatrique privée implique souvent un surcoût, le patient n'étant remboursé qu'à hauteur de la prise en charge pour le recours à une ambulance classique.

L'article adopté rappelle que cette nouvelle tarification des transports bariatriques doit avoir lieu dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie, qui doit aboutir au plus tard en décembre 2020.

L'article précise également que ce rapport, qui sera publié dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, participera à la bonne information du Parlement en ce qui concerne l'égalité aux soins pour les personnes obèses.

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

Le Sénat a adopté un amendement de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants reportant la date de remise de ce rapport.

Il précise ainsi que ce rapport est remis dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification.

Selon l'exposé des motifs, cet ajustement « *permettra de tenir compte d'une période de montée en charge de la nouvelle tarification qui doit permettre à l'ensemble des acteurs de se préparer et en particulier aux transporteurs d'acquérir les véhicules et équipements adaptés à cette prise en charge* ».

Cet amendement a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales comme du Gouvernement.

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

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 32*

**Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● Cet article prévoit la prolongation, jusqu'au 31 décembre 2021, de la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des actes de téléconsultation.

Cette prolongation vise surtout à laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils techniques permettant la gestion de la téléconsultation dans le droit commun.

● Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

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

En séance publique, le Sénat a adopté deux amendements avec un avis favorable de sa commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Le premier amendement, adopté à l'initiative de sa commission des affaires sociales, réduit la durée de la prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations. Cette prise en charge dérogatoire ne sera possible que jusqu'au 30 juin 2021, et non plus jusqu'au 31 décembre 2021. De plus, l'amendement adopté réserve cette prise en charge dérogatoire aux seules téléconsultations qui respectent le parcours de soins coordonné ainsi qu'à celles liées à l'épidémie de covid-19.

● Le Sénat a également adopté deux amendements identiques de M. Bernard Bonne et de M. Alain Milon et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains.

La disposition adoptée permet le remboursement par l'assurance maladie de certains actes de télésanté qui ne sont pas réalisés par vidéotransmission, à savoir :

– les actes de téléconsultation effectués au titre d'un second avis médical et auprès de patients atteints de pathologies graves, dès lors que sont transmis au professionnel téléconsultant les documents médicaux lui permettant de prendre connaissance de l'état de santé du patient ;

– les actes de télésoin réalisés auprès de patients atteints de pathologies graves par un auxiliaire médical ou un pharmacien ayant pu préalablement prendre connaissance de l'état de santé du patient.

### 3. La position de la commission

• Le rapporteur général n'est pas favorable aux amendements adoptés en séance publique par le Sénat.

La prolongation jusqu'au 31 décembre 2021 du remboursement à 100 % des actes de téléconsultation semble nécessaire pour laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils techniques permettant, ensuite, la gestion de la téléconsultation dans le droit commun. L'Assemblée nationale a d'ailleurs, en première lecture, rejeté l'ensemble des amendements visant à réduire la durée de la prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations.

La restriction de la prise en charge intégrale aux seules téléconsultations qui respectent le parcours de soins coordonné ou aux téléconsultations en lien avec la covid-19 est une disposition très largement satisfaite.

En application de l'avenant n° 6 à la convention médicale, seules les téléconsultations qui respectent le parcours de soins coordonné peuvent être prises en charge par l'assurance maladie. Il n'est pas prévu, dans le présent projet de loi, de dérogation à ces conditions conventionnelles.

Quant aux téléconsultations en lien avec la covid-19, elles peuvent être prises en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonné jusqu'au 31 décembre 2020 <sup>(1)</sup>. Comme l'a indiqué le Gouvernement en séance publique au Sénat, cette dérogation, prévue par décret, pourra être prolongée si besoin.

La possibilité de ne pas recourir à la vidéotransmission pour certains actes de téléconsultation et de télésoin semble prématurée. Des études portant sur les consultations par téléphone ayant eu lieu pendant la crise sanitaire sont aujourd'hui en cours. Elles permettront d'analyser la faisabilité et l'opportunité de substituer, dans certains cas, le téléphone aux dispositifs de vidéotransmission.

Le rapporteur général propose donc, sans surprise, le rétablissement de cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

• La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

---

(1) Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 modifié par le décret n° 2020 859 du 10 juillet 2020.

*Article 32 bis (nouveau)*

**Expérimentation du développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis de sagesse de sa commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, de plusieurs amendements identiques de M. Cyril Pellevat et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Joël Guerriau et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de M. Michel Canevet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

L'article 32 *bis* ajoute aux objectifs poursuivis par les expérimentations prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup> « *le soutien au développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence autorisée* ». Le but est de permettre aux établissements de santé d'effectuer des téléconsultations au sein d'une salle intégrée à l'établissement, en amont du passage aux services d'urgences.

**2. La position de la commission**

• Le rapporteur général partage le souhait de mieux orienter les patients en amont des services d'urgence. Il rappelle néanmoins que l'expérimentation souhaitée par le Sénat est déjà possible dans le cadre actuel de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, lequel permet d'expérimenter très largement de nouvelles organisations en santé.

Le rapporteur général souligne également que les préoccupations des auteurs de l'amendement adopté au Sénat seront satisfaites par la mise en œuvre du service d'accès aux soins (SAS). Un appel à projets pour le lancement en phase pilote du SAS est en cours. Une cinquantaine de départements a proposé des projets de grande qualité, associant la médecine hospitalière, *via* le service d'aide médicale urgente (SAMU), et les médecins libéraux. Le numéro unique qui sera mis en place permettra d'accéder au SAS, lequel pourra éventuellement orienter les patients vers des téléconsultations.

Il est donc logiquement proposé la suppression de cet article.

---

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

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 33*

## **Prolongation jusqu’au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l’assurance maladie et les médecins libéraux**

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture par l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

● Cet article prolonge d’un an et demi l’actuelle convention médicale entre l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) et les médecins libéraux. Il prévoit donc que cette convention prendra fin au 31 mars 2023 et non plus au 24 octobre 2021.

Si cette convention n’était pas prolongée, les syndicats qui participeraient aux prochaines négociations conventionnelles seraient ceux considérés comme représentatifs sur la base des dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), et non sur celle des élections à venir (en mars 2021).

● En séance publique, l’Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général.

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

Le Sénat a adopté plusieurs amendements identiques, à l’initiative de sa commission des affaires sociales, de M. Olivier Henno et des membres du groupe Union Centriste et ainsi que de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, avec un avis défavorable du Gouvernement. La disposition adoptée avance d’un an la date de report fixée pour la prochaine convention médicale. Cette dernière devra donc être négociée avant le 31 mars 2022, et non plus avant le 31 mars 2023.

Le Sénat a également adopté un amendement du Gouvernement avec un avis défavorable, à titre personnel, de la rapporteure. Cet amendement permet de déroger, pour les mesures conventionnelles listées par décret et négociées avant le 31 décembre 2020, à la règle selon laquelle toute mesure conventionnelle ayant un

impact financier ne peut entrer en vigueur que six mois après son approbation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>.

### 3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose de ne retenir que l'amendement proposé par le Gouvernement, permettant une mise en œuvre rapide des mesures issues du « Ségur », notamment la réforme de la garde ambulancière actuellement négociée entre les entreprises de transport sanitaire et l'assurance maladie.

L'autre amendement adopté par le Sénat a été rejeté en première lecture à l'Assemblée nationale dans l'attente d'éléments que le Gouvernement s'est engagé à apporter. Le ministre a, en effet, indiqué en séance publique à l'Assemblée que des discussions étaient en cours avec les syndicats de médecins libéraux pour étudier l'opportunité d'avancer de quelques mois – par rapport au 31 mars 2023 – l'échéance de la convention médicale.

● La commission, à l'initiative du rapporteur général, est revenue à la rédaction de cet article dans le texte de l'Assemblée nationale, moyennant le maintien de l'ajout du Sénat relatif aux mesures conventionnelles négociées avant le 31 décembre 2020.

\*  
\* \*

#### *Article 33 bis A (nouveau)*

### **Suppression de la procédure spécifique de détermination des forfaits techniques de radiologie**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 33 *bis* A résulte de l'adoption de trois amendements identiques de M. Alain Milon, de M. Bernard Bonne et de Mme Brigitte Micoulean et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

L'article adopté supprime la procédure de négociation relative à la prise en charge des forfaits techniques des équipements d'imagerie médicale <sup>(2)</sup>. Cette

---

(1) Cette règle est prévue au I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Pour rappel, le forfait technique comprend des charges fixes (coût d'acquisition, d'amortissement, de maintenance) et des charges variables (coût du personnel non médical, des consommables et cotisation à la valeur ajoutée des entreprises).

procédure, prévue par les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 <sup>(1)</sup>. Elle permet au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de procéder à la détermination des forfaits techniques et à la classification des équipements, dans le cas où les négociations conventionnelles n'aboutissent pas sur ce point.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général rappelle que la procédure de négociation que supprime l'article 33 *bis* A a été introduite à la suite d'un rapport de la Cour des comptes <sup>(2)</sup> faisant apparaître l'inadéquation de la tarification de l'imagerie, source d'effets de rente importants et de surcoûts pour l'assurance maladie.

Même si l'on peut regretter que cette procédure soit dérogoire au droit commun conventionnel, elle permet de limiter la hausse importante des dépenses liées aux forfaits techniques.

Pour rappel, l'Assemblée nationale a rejeté une disposition identique en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Il est donc proposé de supprimer l'article 33 *bis* A.

- La commission a, à l'initiative du rapporteur général, supprimé cet article.

\*

\* \*

### *Article 33 bis B (nouveau)*

**Possibilité, via la négociation conventionnelle, de verser une aide financière supplémentaire aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 33 *bis* B résulte de l'adoption de deux amendements identiques de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

---

(1) Article 99 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(2) « L'imagerie médicale », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, avril 2016.

L'article adopté prévoit que les négociations conventionnelles peuvent déterminer les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux qui interrompraient leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. Il s'agit d'étendre à ces professionnels de santé l'avantage supplémentaire maternité <sup>(1)</sup> versée depuis 2017 aux médecins libéraux.

## 2. La position de la commission

- Il est essentiel d'offrir à l'ensemble des assurés un système lisible, équitable et favorisant une prise réelle de congés parentaux.

Une mission <sup>(2)</sup> a été récemment confiée à Mme Marie-Pierre Rixain, députée, pour analyser les divergences en matière de congé maternité afin de définir celles qui doivent être maintenues, car adaptées aux spécificités et aux contraintes de chaque type d'activité professionnelle, et celles qui peuvent être atténuées. Cette mission n'a pas conclu à l'opportunité d'étendre l'avantage supplémentaire maternité à d'autres professionnels de santé que les médecins.

Cette aide financière a, en effet, été spécifiquement mise en place pour les jeunes femmes médecins, qui s'installent tard en raison de la durée de leurs études et pour lesquelles les enjeux liés à la couverture de la maternité constituent l'un des paramètres importants du choix d'installation.

Pour rappel, une disposition similaire a été rejetée par l'Assemblée nationale lors de la nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Il est donc proposé de supprimer l'article 33 *bis* B.

- La commission a, à l'initiative du rapporteur général, supprimé cet article.

\*

\* \*

---

(1) La possibilité de verser cette aide a été prévue par l'article 72 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(2) « Rendre effectif le congé de maternité », rapport remis au Gouvernement par Mme Marie-Pierre Rixain, juillet 2018. Le rapport de cette mission peut être consulté en suivant le lien [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_rendre\\_effectif\\_le\\_conge\\_de\\_maternite\\_pour\\_toutes\\_les\\_femmes.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_rendre_effectif_le_conge_de_maternite_pour_toutes_les_femmes.pdf)

*Article 33 ter*

**Conventionnement sélectif des centres de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 33 *ter* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement du Gouvernement avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales. Il permet aux partenaires conventionnels de prévoir un conventionnement sélectif des centres de santé. L'objectif est d'assurer une cohérence dans les dispositifs de régulation sur un territoire donné.

Aujourd'hui, des centres de santé peuvent s'installer dans des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé (définies au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique), alors même que certains professionnels de santé libéraux font l'objet d'une régulation dans ces mêmes zones.

L'article 33 *ter* n'instaure pas de conventionnement sélectif pour les médecins libéraux. Il vise uniquement à transposer aux centres de santé les mesures de régulation au conventionnement qui existent actuellement dans certaines conventions mono-professionnelles. C'est, par exemple, le cas des dispositifs de « conventionnement sélectif » applicables aux infirmiers, sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux, conditionnant l'accès au conventionnement dans les zones identifiées comme sur-dotées à la cessation définitive de l'activité libérale d'un confrère conventionné.

Le 1° de l'article 33 *ter* prévoit que l'accord national conclu entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé détermine, dans les zones sur-dotées, les conditions d'ouverture des centres de santé ou d'accroissement de leur activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié.

Le 2° rend les conditions relatives aux zones d'exercice applicables aux centres de santé n'ayant pas adhéré à l'accord national. Cette précision vise à éviter tout contournement par le déconventionnement.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales et avec un avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement précisant que les conditions relatives aux zones d'exercice applicables aux professionnels de santé salariés des centres de santé doivent être définies sur la base des dispositions applicables aux professionnels de santé libéraux.

### 3. La position de la commission

- La préoccupation du Sénat est satisfaite dans la mesure où la régulation des centres de santé se fera bien en cohérence avec les dispositions applicables aux professionnels libéraux.

L'amendement adopté par le Sénat reviendrait néanmoins à subordonner les négociations entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé aux négociations de conventions mono-professionnelles, ce qui n'est pas souhaitable. Le rapporteur général propose donc le rétablissement de cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 33 quater*

### **Généralisation du tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 33 *quater* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Agnès Firmin Le Bodo et de M. Paul Christophe avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

L'article permet le tiers payant intégral sur les équipements et les prestations du panier « 100 % Santé », en le rendant obligatoire pour les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) proposant des contrats responsables et solidaires.

- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires doivent proposer une prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité <sup>(1)</sup> pour les soins dentaires prothétiques, les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives du panier « 100 % Santé », de manière à couvrir le reste à charge. En 2021, de nouveaux équipements entreront dans le panier de soins sans reste à charge.

---

(1) Ces tarifs correspondent aux bases tarifaires retenues par l'assurance maladie pour le remboursement de chaque prestation.

L'objectif de la réforme « 100 % Santé » est d'améliorer l'accès à des soins de qualité. Toutefois, un frein persiste dans l'accès aux soins dans la mesure où le bénéficiaire du tiers payant se fait aujourd'hui uniquement à hauteur des tarifs de responsabilité.

- Le I de l'article 33 *quater* oblige les complémentaires santé proposant des contrats responsables et solidaires à pratiquer le tiers payant intégral pour les équipements et les soins du panier « 100 % santé », le cas échéant à hauteur du reste à charge intégralement couvert.

Le II prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2022, afin de permettre aux OCAM d'intégrer dans leurs contrats responsables les clauses supprimant l'avance de frais des assurés.

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

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, un amendement de Mme Élisabeth Doineau et des membres du groupe Union Centriste. L'amendement adopté précise les prestations et équipements qui bénéficieront du tiers payant intégral, en indiquant expressément qu'il s'agit de ceux qui relèvent des paniers de soins 100 % santé optique, audiologie et dentaire.

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

- La précision adoptée par le Sénat étant utile, le rapporteur général préconise une adoption de l'article 33 *quater* dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 34*

**Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● L'article prévoit une expérimentation d'une durée de trois ans sur le territoire de quatre services de santé au travail relevant de caisses locales de mutualité sociale agricole. L'expérimentation confie aux infirmiers de santé au travail trois nouvelles missions, qui ne pouvaient jusqu'alors être exercées que par les médecins du travail :

– l'examen périodique du travailleur agricole bénéficiant d'un suivi individuel renforcé ;

– l'examen de reprise de la travailleuse agricole après un congé maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste particulier, ainsi que l'échange, avec elle, portant sur les mesures individuelles d'aménagement du poste ou du temps de travail à mettre en place ;

– l'examen médical destiné à établir le bilan de l'exposition à des risques professionnels pour tout travailleur agricole de 50 ans.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat, avec l'avis défavorable du Gouvernement, a adopté un amendement précisant les éléments à prendre en compte dans le rapport d'évaluation de l'expérimentation.

L'amendement adopté prévoit notamment que ce rapport devra comporter une étude comparative avec les services de santé au travail en agriculture non parties à l'expérimentation.

**3. La position de la commission**

● Les éléments à prendre en compte dans le rapport d'évaluation seront fixés par la voie réglementaire. Le Gouvernement s'est engagé, en séance publique au Sénat, à ce que ce rapport comporte l'analyse comparative souhaitée par le Sénat.

Il est donc proposé de revenir à la rédaction de cet article issue de l'Assemblée nationale.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 34 quater*

### **Création d'un dispositif d'indemnités journalières unique pour les professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnels libéraux**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 34 *quater* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales. Il permet la mise en place d'un dispositif d'indemnisation des arrêts de travail au titre de la maladie avant le quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail pour les professionnels libéraux.

● Aujourd'hui, aucun régime unique obligatoire d'indemnités journalières (IJ) n'existe pour les professionnels libéraux. Parmi les dix sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnels libéraux (CNAVPL), six ne versent aucune IJ maladie en cas d'arrêt de travail et les quatre autres versent des IJ à compter du quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail seulement.

Seuls sont donc indemnisés avant le quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail les professionnels libéraux qui souscrivent volontairement des assurances privées <sup>(1)</sup>.

Lors de la crise sanitaire, l'État a pris des mesures exceptionnelles afin de permettre la prise en charge, par l'assurance maladie, des IJ des professions libérales. Ces mesures dérogatoires ont révélé l'opportunité de créer un dispositif pérenne de prise en charge des IJ pour les libéraux.

---

(1) À noter qu'en dessous de quatre-vingt-dix jours, les avocats disposent de contrats collectifs de prévoyance, souscrits par les barreaux qui prévoient notamment des délais de carence de huit à trente jours selon la cause de l'arrêt.

• Le **I** de l'article 34 *quater* met en place, pour les professionnels relevant de la CNAVPL, un dispositif obligatoire d'IJ pour les arrêts de travail au titre de la maladie.

Les dispositions des **1°**, **2°** et **3°** du **I** précisent le financement de ce dispositif : une cotisation supplémentaire sera prélevée sur les revenus d'activité des professionnels relevant de la CNAVPL. Le taux et le plafond de cette cotisation supplémentaire seront fixés par décret sur proposition du conseil d'administration de la CNAVPL.

Les **4°** et **5°** du **I** font bénéficier les professionnels libéraux relevant de la CNAVPL de prestations maladies en espèces, selon le système propre aux indépendants mais adapté par décret sur proposition de la CNAVPL. Ces adaptations pourront concerner la limite des revenus servant de base pour le calcul de l'IJ ainsi que le délai de carence <sup>(1)</sup>.

Le versement des IJ est confié aux caisses primaires d'assurance maladie ainsi qu'aux caisses générales de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet d'une convention conclue entre la CNAVPL et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

La responsabilité de l'équilibre financier est attribuée à la CNAVPL. Si l'équilibre entre les prestations en espèces et les cotisations supplémentaires venait à être rompu, le conseil d'administration de la CNAVPL serait chargé de proposer une augmentation de la cotisation ou une diminution des prestations ; à défaut, un décret procéderait au rétablissement de l'équilibre.

Le **6°** modifie en conséquence l'article L. 641-2 relatif aux missions de la CNAVPL.

Le **II** de l'article précise que ce dispositif entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2021.

Les avocats ne sont pas inclus dans ce dispositif et continueront donc de bénéficier des indemnités journalières versées par la Caisse nationale des barreaux français.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

---

(1) Le délai de carence est le délai suivant le point de départ de l'incapacité de travail à l'expiration duquel l'indemnité journalière est versée.

### 3. La position de la commission

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 34 quinquies*

### **Expérimentation de l'ouverture de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse instrumentale aux sages-femmes**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 34 *quinquies* résulte de l'adoption, en séance publique, de deux amendements identiques – l'un de Mme Perrine Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, l'autre de M. Joël Aviragnet (groupe Socialistes et apparentés) – avec un avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement.

L'article 34 *quinquies* prévoit l'expérimentation de l'ouverture de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) instrumentale aux sages-femmes. Pour rappel, ces dernières ne peuvent aujourd'hui pratiquer que des IVG par voie médicamenteuse<sup>(1)</sup>.

- En commission, le rapporteur général avait d'abord donné un avis défavorable à cette expérimentation, considérant que la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement<sup>(2)</sup>, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 8 octobre 2020, était beaucoup plus ambitieuse. Cette proposition de loi permet en effet aux sages-femmes de pratiquer des IVG par voie chirurgicale jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse, sans prévoir d'expérimentation préalable.

En séance publique, tant le Gouvernement que le rapporteur général ont estimé qu'il n'était pas certain que la proposition de loi susmentionnée soit promulguée rapidement. Il est donc apparu opportun d'ancrer, dès la présente loi de financement de la sécurité sociale, une expérimentation sur ce sujet. Cette

---

(1) Cette possibilité a été ouverte par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture le 8 octobre 2020 (T.A n° 488)

expérimentation aura d'ailleurs pour mérite de sécuriser le dispositif avant sa généralisation.

- L'article 34 *quinquies* insère un nouvel article L. 4151-4-1 dans le code de la santé publique aux termes duquel, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les sages-femmes pourront réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.

Un décret précisera les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et un arrêté du ministre de la santé fixera la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation à la suite d'un appel à projets national.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales et avec un avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article.

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

- Le rapporteur général est favorable au rétablissement de cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Perrine Goulet et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, de M. Jean-Louis Touraine ainsi que de M. Joël Aviragnet et des membres du groupe Socialistes et apparentés.

\*  
\* \*

### *Article 34 sexies*

## **Expérimentation d'un parcours de soins global pour les personnes atteintes de diabète de type 2**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 34 *sexies* résulte de l'adoption, en séance publique, de deux amendements identiques – l'un de la commission des affaires sociales, l'autre de M. Belkhir Belhaddad et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche – sous-amendés par le Gouvernement.

- Cet article prévoit l'expérimentation, pendant trois ans, d'un parcours d'accompagnement pour les personnes atteintes de diabète de type 2, comprenant un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Un parcours d'accompagnement similaire pour les personnes ayant subi un traitement contre le cancer a été mis en place l'an dernier <sup>(1)</sup>.

- Le sous-amendement adopté en séance publique recadre l'expérimentation sur les patients en affection longue durée (mentionnés au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale) pour lesquels une complication du diabète de type 2 est découverte.

- L'expérimentation sera financée par le Fonds d'intervention régional et mise en place par certaines agences régionales de santé (ARS) dont la liste sera établie par décret. D'après les éléments donnés en séance publique par le Gouvernement, le dispositif devrait être expérimenté par deux ARS, dont celle du Grand Est. Un rapport d'évaluation du dispositif sera transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

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

Avec un double avis de sagesse de la rapporteure et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de M. Michel Savin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, permettant aux personnes traitées pour une hypertension artérielle de bénéficier également de l'expérimentation.

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

- La promotion de la santé par le sport est essentielle. Une activité physique adaptée a des effets positifs sur le traitement de l'hypertension artérielle. Le rapporteur général est donc favorable à la rédaction de cet article issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

---

(1) Article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

## CHAPITRE II

### **Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire**

*Article 35 ter A (nouveau)*

#### **Transmission automatique des informations sur le débiteur de pensions alimentaires auprès d'un créancier**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Laurence Rossignol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Il vise, dans le cas d'un défaut de paiement d'une pension alimentaire, à modifier les missions des caisses d'allocations familiales. Alors que celles-ci sont actuellement en capacité de transmettre les informations – l'adresse et la situation financière du débiteur des pensions – nécessaires pour que le créancier puisse engager le recouvrement des impayés, le présent article oblige le directeur de la caisse à y procéder.

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

● La rapporteure est naturellement très attachée à la lutte contre les impayés totaux ou partiels de pensions alimentaires, qui correspondaient encore à un tiers des situations en 2019. C'est dans cette perspective qu'a été mise en place par ce Gouvernement et cette majorité le système d'intermédiation financière permettant à l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) de pallier le défaut de paiement d'une pension par un débiteur défaillant. Ce système, mis en place à partir du 1<sup>er</sup> octobre de cette année, constitue évidemment un progrès majeur pour les familles monoparentales, bien souvent des femmes élevant seules des enfants dans une situation de grande précarité économique.

La rapporteure n'estime cependant pas qu'il convienne de contraindre nécessairement les directeurs des caisses d'allocations familiales à transmettre les informations permettant d'identifier la situation du débiteur, alors même que ces informations peuvent parfois constituer une infraction à la protection de sa vie privée. La souplesse laissée par la formulation employée paraît préférable pour laisser aux acteurs de terrain une marge d'appréciation et éviter que la mise en œuvre automatique de la transmission de l'information n'aboutisse à une contestation, entraînant, à l'inverse de l'intention des auteurs de l'amendement, un délai supplémentaire dans la récupération des impayés de pensions.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 35 ter B (nouveau)*

**Sanction du silence gardé par le parent débiteur d’une pension alimentaire**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l’adoption d’un amendement de Mme Laurence Rossignol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Dans le cadre de l’obligation de transmission d’informations par les parents séparés à l’organisme débiteur des prestations familiales – à savoir principalement les caisses d’allocations familiales – le refus de fournir les informations nécessaires à la mise en place d’une intermédiation financière ou le silence gardé par le parent débiteur sont passibles d’une pénalité.

Le présent article vise à supprimer la notion de « refus » du parent débiteur pour ne conserver que la notion de « silence gardé », caractérisé de la façon suivante :

– l’absence de transmission des informations un mois après la date limite fixée par la caisse entraîne une pénalité équivalant à 10 % du montant de la pension alimentaire impayée, cette pénalité étant augmentée de 10 % supplémentaires par mois de retard ;

– ce retard constituant, selon le présent article, un refus par le parent débiteur de s’acquitter des sommes qu’il doit, le parquet serait également informé de ce refus, dans les mêmes conditions que lorsque le parent débiteur oppose un refus manifeste à une demande de paiement de sa pension alimentaire.

**2. La position de la commission**

● Outre des problèmes rédactionnels qui ne permettent pas d’insérer correctement cet article au sein de l’article L. 582-1 du code de la sécurité sociale qu’il souhaite modifier, la rapporteure estime que cet article pourrait paradoxalement diminuer l’incitation à donner les informations nécessaires au recouvrement des pensions alimentaires.

Les modalités de pénalisation des parents débiteurs qui ne transmettent pas dans les délais les informations nécessaires à la mise en place de l'intermédiation financière sont déjà définies par décret <sup>(1)</sup>, à hauteur de 25 % de la base de calcul des allocations familiales, qui a été fixée au 1<sup>er</sup> avril 2020 à 414,40 euros par mois. L'application d'un barème indexé sur les pensions alimentaires pourrait compliquer inutilement le processus tout en diminuant l'incitation du parent débiteur à transmettre les informations <sup>(2)</sup>.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

#### *Article 35 ter*

#### **Versement de la prime de naissance au septième mois de grossesse**

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien dans la rédaction du Sénat.

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

L'article 35 *ter* résulte de l'adoption en commission, d'un amendement de la rapporteure pour la famille, Mme Monique Limon, et de l'adoption en séance publique de plusieurs amendements identiques de Mme Monique Iborra et des membres du groupe La République en Marche, de Mme Valérie Six et des membres du groupe UDI et Indépendants, de M. Jean-Carles Grelier et des membres groupe Les Républicains ainsi que de Mme Agnès Firmin Le Bodo et des membres du groupe Agir ensemble, avec avis favorable de la commission et du Gouvernement.

- La prime de naissance, versée aux familles sous conditions de ressources, permet de faire face aux premières dépenses liées à la naissance d'un enfant.

Depuis 2015, la prime de naissance est versée deux mois après la naissance, ce qui ne permet pas de couvrir les frais de préparation à l'accueil de l'enfant, qui interviennent dans les mois précédant l'accouchement. Par ailleurs, les familles les plus précaires étaient dans une situation qui ne leur permettaient que difficilement de procéder à une avance de ces frais. Le montant de cette prime s'élève, au 1<sup>er</sup> avril 2020, à 947,32 euros par enfant.

---

(1) Décret n° 2020-1202 du 30 septembre 2020 relatif à la mise en œuvre de l'intermédiation financière des pensions alimentaires prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Pour rappel, avec un revenu mensuel net de 1 200 euros par mois avant prélèvement de l'impôt sur le revenu et un enfant à charge, le montant de la pension alimentaire est de 86 euros par mois.

Cet article s'inscrit dans la logique de la proposition de loi de M. Gilles Lurton (groupe Les Républicains), adoptée à l'unanimité le 25 juin 2020 par l'Assemblée nationale, qui visait à assurer le versement de la prime de naissance avant la naissance de l'enfant. Cet article propose donc d'avancer la date de versement de la prime au septième mois de grossesse. Il prévoit aussi que la prime à la naissance reste due en cas de décès de l'enfant, après la vingtième semaine de grossesse, ou après la naissance.

De plus, cet article ne se contente pas de rétablir la prime de naissance telle qu'elle était versée avant la réforme de 2015, mais prévoit une amélioration pour les parents d'enfants « grands prématurés », nés avant le sixième mois de grossesse, qui bénéficieront désormais de la prime alors qu'ils n'y avaient pas droit auparavant.

Cet article s'applique aux grossesses atteignant leur sixième, septième, huitième ou neuvième mois à compter d'une date fixée par décret, au plus tard le 31 mars 2021. Cette date vise à laisser aux caisses d'allocations familiales un temps d'adaptation pour appliquer cette mesure, mais l'on peut noter que l'article prévoit de faire démarrer le versement de la prime au sixième mois de grossesse, contre le septième mois dans la proposition de loi de M. Lurton, ce qui laissera aux familles un mois supplémentaire pour préparer la venue de l'enfant.

La prime à l'adoption, quant à elle, continuera d'être versée au plus tard le deuxième mois suivant l'arrivée des enfants au foyer.

L'adoption de cette mesure dans le cadre du présent projet de loi permettra d'assurer à l'ensemble des parents le bénéfice de ce versement anticipé dès le début de l'année prochaine, témoignant là-encore de l'attention de la majorité envers l'ensemble des familles.

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

Par un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, le Sénat a précisé les modalités d'entrée en vigueur de cet article, à savoir, une application à :

– toutes les grossesses ayant commencé après le 1<sup>er</sup> octobre 2020 ;

– l'ensemble des grossesses qui ont débuté entre le 1<sup>er</sup> juin et le 30 septembre 2020, de manière dérogatoire, pour que les parents bénéficient du versement de la prime de naissance, en toute hypothèse, au cours du mois d'avril 2021.

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

La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

CHAPITRE III  
**Tirer les conséquences de la crise sanitaire**

*Article 36*

**Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● L'article 36 adapte le dispositif autorisant le Gouvernement, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, à prendre par décret des règles de prise en charge renforcée dérogatoires aux règles de droit commun :

– il rend le dispositif plus réactif et plus souple en permettant l'application rétroactive des mesures dérogatoires exceptionnelles et en dispensant le projet de décret prévoyant ces mesures des procédures de consultation obligatoires habituelles ;

– il étend également le champ des dérogations possibles en permettant au Gouvernement de déroger, par décret, aux conditions ainsi qu'aux durées d'attribution de la complémentaire santé solidaire, de l'aide médicale de l'État ou du complément employeur ;

– enfin, il élargit le champ des bénéficiaires des mesures dérogatoires. L'ensemble des régimes spéciaux pourront notamment bénéficier des dérogations liées au versement de prestations maladie, maternité et décès en espèce.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements du Gouvernement.

Le premier amendement, adopté avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, permet au Gouvernement d'attribuer par décret, à titre exceptionnel, une allocation de remplacement aux exploitants agricoles, hors situation de maternité ou de paternité. Une telle mesure a été prévue, par voie d'ordonnance <sup>(1)</sup>, pendant la crise sanitaire covid-19 et s'est révélée très utile. La prise en charge du coût d'un remplaçant grâce à l'attribution d'une allocation de remplacement a ainsi permis la poursuite de la réalisation des travaux agricoles, qui

---

(1) Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

par nature ne sont pas réalisables par télétravail et ne sont pas non plus reportables dans le temps.

Le second amendement, adopté avec l'avis favorable du rapporteur général, permet au Gouvernement de prévoir, par décret, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel :

– des conditions dérogatoires d'attribution des indemnités journalières pour les assurés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile, et qui se trouvent donc dans l'impossibilité de travailler ;

– la prise en charge intégrale des tests RT-PCR et des tests sérologiques de dépistage de covid-19.

Cette possibilité est ouverte au Gouvernement jusqu'à une date prévue par décret ou au plus tard au 31 décembre 2021.

Il s'agit, en réalité, de prolonger des mesures prises par décret <sup>(1)</sup> en janvier dernier, lesquelles prendraient automatiquement fin au 31 janvier 2021 si aucune nouvelle disposition législative les prolongeant n'était adoptée <sup>(2)</sup>.

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

Le Sénat a adopté deux amendements à cet article.

Le premier amendement, adopté à l'initiative de sa commission des affaires sociales, avec un avis de sagesse du Gouvernement, limite à la lutte contre l'épidémie de covid-19 la possibilité, pour le pouvoir réglementaire, de prolonger jusqu'au 31 décembre 2021 les dispositions dérogatoires prises par décret en janvier 2020.

Le Sénat a également adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, plusieurs amendements identiques de sa commission des affaires sociales ainsi que de Mme Frédérique Puissat, de M. Jean-Baptiste Blanc ainsi que certains de leurs collègues membres du groupe Les Républicains. Les amendements adoptés suppriment la possibilité pour le pouvoir réglementaire de prendre, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, des dispositions dérogatoires relatives au complément employeur.

---

(1) Décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

(2) Une disposition législative est nécessaire pour prolonger ces mesures dans la mesure où l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale ne permet pas au Gouvernement de prendre de telles mesures dérogatoires par la voie réglementaire pour une durée supérieure à un an.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de ne retenir de la rédaction du Sénat que l'amendement limitant à la lutte contre l'épidémie de covid-19 la prolongation des dispositions dérogatoires prises en janvier dernier.

Discuté à l'Assemblée nationale en première lecture, l'amendement supprimant la possibilité, pour le pouvoir réglementaire, de prendre des dispositions dérogatoires relatives au complément employeur avait été rejeté. Un tel amendement empêcherait, par exemple, le Gouvernement de faire rapidement bénéficier d'un complément employeur les salariés travaillant à domicile et les salariés saisonniers, intermittents ou temporaires. Or il est essentiel d'accompagner au mieux l'ensemble de nos concitoyens pendant une crise sanitaire.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission est revenue à la rédaction de cet article dans le texte de l'Assemblée nationale moyennant l'ajout du Sénat relatif aux modalités de prolongation des dispositions dérogatoires prises en janvier dernier.

\*  
\* \*

#### *Article 37*

#### **Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- Cet article modifie les modalités de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), laquelle vise à garantir un minimum de ressources aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers.

Il prévoit de transférer le financement de l'ASI de l'État à la branche maladie (environ 300 millions d'euros). Il reviendra donc à un fonds dédié au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et non plus au fonds spécial d'invalidité, de rembourser les autres régimes obligatoires de base pour leurs dépenses d'ASI. Les ressources de ce nouveau fonds seront constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle. La CNAM sera compensée de cette nouvelle charge par l'affectation d'une fraction de la taxe sur la valeur ajoutée.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels du rapporteur général.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Avec un avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté trois amendements identiques de suppression de l'article 37, estimant qu'il revient à l'État de financer cette allocation. Ces amendements de suppression ont été adoptés à l'initiative de la commission des affaires sociales, de Mme Laurence Cohen et des membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste ainsi que de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires.

## 3. La position de la commission

- L'article 37 permet de rapprocher le financement de l'ASI du financement de l'invalidité, en raison de leur caractère indissociable. Il s'agit d'une mesure de clarification de bon sens.

De plus, le transfert de l'ASI à la branche maladie fait l'objet d'une compensation intégrale par l'État, *via* une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Il est donc demandé un rétablissement de cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 37 bis (nouveau)*

## **Automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 37 *bis* résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis favorable de sa commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, de trois amendements identiques de Mme Monique Lubin et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, de Mme Raymonde Poncet Monge et des

membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires et de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

L'article adopté prévoit que l'organisme qui sert à un assuré l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) étudie son droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et l'informe de la possibilité d'en bénéficier. L'ASI est ensuite liquidée et servie sur demande expresse de l'intéressé.

## 2. La position de la commission

- La lutte contre le non-recours au droit à l'ASI est un objectif partagé par le rapporteur général. Néanmoins, cet article pose des difficultés techniques de taille. Il supposerait de monter une ingénierie importante pour étudier l'éligibilité à l'ASI de l'ensemble des allocataires de l'ASPA alors même que le champ des bénéficiaires de l'ASPA est beaucoup plus large que celui de l'ASI. L'évaluation d'un droit à l'ASI nécessite, en effet, de connaître l'ensemble des revenus et des ressources du foyer.

Il est donc demandé la suppression de cet article.

Le rapporteur général appelle néanmoins le Gouvernement à prendre des mesures pour améliorer le recours à l'ASI.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 37 ter (nouveau)*

## **Suppression du transfert du financement de l'Agence nationale de santé publique de l'État à l'assurance maladie**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un double avis défavorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il supprime le transfert du financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) de la mission *Santé* du budget de l'État vers la branche maladie

de la sécurité sociale, opéré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 <sup>(1)</sup>.

## 2. La position de la commission

● Le transfert de l'ANSP à l'assurance maladie est pertinent, compte tenu de la nature des activités de l'agence et des services qu'elle fournit, et ne doit pas être remis en cause.

Pour les mêmes raisons que celles précédemment évoquées pour proposer la suppression de l'article 6 *bis* A, il est demandé la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

## CHAPITRE IV Assouplir et simplifier

### *Article 38* Prises en charge dérogatoires des médicaments

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● L'article 38 refond entièrement deux dispositifs de prise en charge dérogatoire des médicaments qui existent aujourd'hui, les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) au sein de deux dispositifs distincts, l'accès précoce et l'accès compassionnel, assortis de règles spécifiques de prise en charge.

D'un côté, le mécanisme d'accès précoce est centré sur les médicaments innovants ayant pour vocation d'accéder au marché français dans le cadre du droit commun.

Comme c'est le cas aujourd'hui pour les ATU, dans ce système d'accès précoce, le prix est fixé librement par le laboratoire et assorti d'un double mécanisme de remises, à la fois annuelles et dues au moment de la sortie du dispositif.

---

(1) Article 45 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

De l'autre côté, le mécanisme d'« accès compassionnel » vise quant à lui les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont pas forcément destinés à obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication concernée mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique.

Dans ce cadre, si le médicament ne fait pas déjà l'objet d'une prise en charge de droit commun dans une autre indication, le principe sera également celui d'un prix fixé par le laboratoire assorti d'un mécanisme de remises, mais, si besoin, un arrêté ministériel pourra privilégier la fixation d'une base forfaitaire de remboursement.

● En commission des affaires sociales puis en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Paul Christophe et Mme Agnès Firmin Le Bodo (groupe Agir ensemble) demandant au Gouvernement un rapport d'évaluation de cette réforme d'ampleur, qui devra être remis dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la présente loi. Ce rapport devra notamment évaluer l'impact de la réforme en termes d'accès des patients aux traitements et à l'innovation.

En séance publique, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement du rapporteur général ainsi qu'un amendement identique de Mme Stéphanie Rist (groupe La République en Marche). Cet amendement clarifie les conditions de prise en charge de ces médicaments au titre de la continuité de traitement de traitement en fonction de leur situation au regard de la prise en charge de droit commun. Il permet également le codage des indications des médicaments qui bénéficient d'une prise en charge au titre de cette continuité de traitement, nécessaire pour la récupération des remises lorsque ces médicaments quittent le dispositif dérogatoire de prise en charge.

L'Assemblée nationale a également adopté en séance publique un amendement du rapporteur général qui simplifie les exigences de motivation imposées aux prescripteurs dans le cadre de l'accès compassionnel.

Elle a par ailleurs adopté seize amendements rédactionnels à cet article particulièrement dense.

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

Le Sénat, comme l'Assemblée nationale, a considéré cette réforme systémique comme une « *tabula rasa nécessaire et opportune, aussi attendue des acteurs du secteur que des parlementaires* ».

### ***a. Dispositions adoptées en commission des affaires sociales puis en séance publique***

Le Sénat a toutefois adopté sept amendements de sa commission des affaires sociales modifiant cette réforme, en plus d'un amendement de coordination.

i. Dérogation au délai d'inscription au remboursement dans le cas d'un médicament en phase de « post-ATU »

Le texte adopté par l'Assemblée nationale dispose que sont éligibles au mécanisme d'accès précoce les médicaments qui disposent déjà d'une AMM dans l'indication considérée, sans pour autant faire l'objet à ce stade d'une prise en charge de droit commun (équivalent du système actuel dit de « post-ATU »), mais pour lequel l'entreprise intéressée a déposé une demande d'inscription au remboursement, ou s'engage à déposer une telle demande dans le mois qui suit l'obtention de son AMM.

Le Sénat a adopté un amendement de la rapporteure précisant que le cas échéant, la Haute Autorité de santé (HAS) peut accorder à l'entreprise intéressée, sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, un délai supplémentaire pour le dépôt de cette demande, à des fins d'exhaustivité du recueil de données de vie réelle ou de transmission par l'entreprise de données susceptibles de modifier les conditions d'inscription du médicament concerné sur l'une des listes mentionnées.

La rapporteure a en effet considéré que *« comme les représentants des industriels l'ont rappelé en audition, l'attribution souvent très précoce de l'AMM par l'agence européenne du médicament (EMA) contraindrait alors le laboratoire à formuler une demande d'inscription au remboursement dans un délai d'un mois suivant cette obtention, alors qu'il ne dispose alors que de très peu de données sur les effets réels de la spécialité, ce qui serait susceptible d'orienter l'avis de la commission de la transparence de la HAS vers un service médical rendu "dégradé" »*.

Le rapporteur général rappelle toutefois que ce délai d'un mois est actuellement déjà applicable dans le dispositif d'ATU décrit à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale et que, selon les informations transmises par le Gouvernement, jusqu'à présent les laboratoires ayant bénéficié d'une ATU ont toujours été en mesure de déposer une demande de remboursement dans le délai imparti.

Cette disposition reviendrait par ailleurs à adapter les modalités de prise en charge de ces médicaments au cas par cas, alors que la réforme proposée cherche au contraire à mettre en place des modalités de prise en charge unifiées et prédéfinies pour l'ensemble des produits, de façon à donner aux industriels et à l'assurance maladie la visibilité et la prévisibilité dont ils ont besoin.

ii. Motivation du refus de la HAS d'accorder une autorisation d'accès précoce

La commission des affaires sociales a également adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un amendement disposant que tout refus d'autorisation d'accès précoce par la HAS fait l'objet d'une décision motivée adressée à l'entreprise intéressée.

Le rapporteur général souligne que cette disposition, rejetée en première lecture à l'Assemblée nationale, relève davantage du niveau réglementaire.

iii. Circuit de délivrance des médicaments en accès précoce

L'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale précise que les médicaments faisant l'objet d'un accès compassionnel, s'ils ne sont pas classés en réserve hospitalière (c'est-à-dire s'ils ne sont pas réservés à un usage au cours d'une hospitalisation), sont présumés inscrits sur la liste des médicaments pouvant être rétrocédés, comme c'est le cas aujourd'hui pour les RTU. Cela signifie qu'ils ne peuvent pas être vendus au détail mais seulement être rétrocédés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé. Cette disposition ne s'appliquera pas s'il existe déjà une distribution au détail pour le cadre d'accès compassionnel (ex-RTU).

Cette disposition correspond bien au droit actuel, puisque les médicaments sous ATU ne peuvent pas être délivrés en ville, mais uniquement par les établissements de santé au sein desquels ils sont soit administrés aux patients hospitalisés, soit, dans certaines conditions, rétrocédés.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de la rapporteure permettant la délivrance en ville de tous les médicaments faisant l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle.

Le rapporteur général souligne que contrairement à ce qu'indique l'exposé des motifs de cet amendement adopté, la disposition du texte initial n'a nullement pour effet de remettre en cause le circuit de dispensation d'un médicament qui serait déjà disponible en ville au titre de l'indication de son AMM, mais seulement de prévoir explicitement un circuit de rétrocession, dès lors que l'usage de ce médicament n'est pas purement hospitalier, pour la nouvelle indication bénéficiant d'un accès précoce ou compassionnel.

En revanche, la disposition adoptée par le Sénat vient supprimer une précision fort utile apportée par le texte sur les médicaments prescrits dans le cadre compassionnel, qui pourraient pour une même indication être disponibles à la fois en rétrocession et en ville, dans certains cas particuliers.

iv. Suppression de la modification unilatérale par le ministre de la santé des conditions de dispensation de spécialités lorsqu'elles font l'objet d'un accès dérogatoire

Le texte adopté par l'Assemblée nationale prévoit, pour le mécanisme d'accès compassionnel comme pour le mécanisme d'accès précoce, qu'un arrêté des ministres peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une AMM.

Ces dispositions, qui s'appliquent aujourd'hui dans les mêmes termes aux ATU, visent notamment à permettre, si nécessaire, à des médicaments déjà

dispensés en ville pour l'indication pour laquelle le médicament dispose d'une AMM, une dispensation uniquement par les pharmacies hospitalières, pour des raisons de sécurité sanitaire et de suivi des patients traités.

Le Sénat a supprimé cette disposition à l'initiative d'un amendement de la rapporteure, considérant que cette disposition pourrait défavorablement impacter l'accès des patients à des traitements normalement disponibles en ville dans le cadre d'une AMM, dès lors que ces derniers feraient l'objet d'une autorisation d'accès précoce ou compassionnel au titre d'une extension d'indication.

Le rapporteur général y voit au contraire un outil nécessaire pour garantir la sécurité et le suivi des patients traités, et souligne que cette disposition ne semble pas poser de problème actuellement dans le cadre des ATU.

- v. Majoration de remise en cas de dépassement d'un délai de 180 jours pour l'inscription au remboursement d'un médicament sous accès précoce

L'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale prévoit l'application d'une majoration de remise sur l'indemnité d'accès dérogatoire pour l'industriel dans le cas où un délai de 180 jours serait dépassé entre le dépôt de demande de remboursement et l'inscription au remboursement.

Le Sénat a maintenu la mention d'un délai mais supprimé la référence aux 180 jours, considérant :

– d'une part, que cette disposition consacrerait incidemment dans la loi un délai dont la nature demeure réglementaire, ce délai étant aujourd'hui mentionné à l'article R. 163-9 du code de la sécurité sociale ;

– d'autre part, que ce délai n'est pas toujours respecté notamment du fait de traitements particulièrement longs de la commission de transparence de la HAS et du comité économique des produits de santé, et donc que « *ces délais n'étant pas imputables à l'industriel, il serait incohérent d'en faire un motif de majoration des remises dont il pourrait être redevable à l'issue de la phase d'accès précoce* ».

Le rapporteur général rappelle tout d'abord que ce délai de 180 jours est issu de la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance-maladie.

En ce qui concerne le respect de ces délais, il rappelle qu'il faut être deux pour danser le tango, et que dans le contexte de ces mécanismes d'accès dérogatoires qui prévoient la fixation d'un prix libre par le laboratoire, l'absence de mécanisme incitatif à la négociation engendre, pour certains de ces médicaments, une inertie dans les négociations et un maintien non justifié de la prise en charge dérogatoire alors que l'objectif est bel et bien de s'inscrire dès que possible dans une prise en charge de droit commun.

vi. Prise en charge des médicaments en accès compassionnels

L'article 38 prévoit que dans le cas de l'accès compassionnel, si le médicament n'est pas encore – dans aucune indication – pris en charge dans le droit commun, il est pris en charge soit :

– sur la base du prix facturé aux établissements de santé et donc défini unilatéralement par le laboratoire. Ce prix devra être préalablement déclaré aux ministres de la santé et de la sécurité sociale ;

– sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements.

Dans la pratique, cette seconde possibilité devrait être privilégiée par les pouvoirs publics si les laboratoires pratiquent des prix exorbitants.

Le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, a adopté un amendement excluant les cas d'autorisation d'accès compassionnel visant à déboucher sur une autorisation d'accès précoce de cette possibilité de prise en charge sur cette base forfaitaire annuelle.

Le rapporteur général considère au contraire que les pouvoirs publics ne doivent pas se priver d'un outil aussi important de maîtrise des prix des médicaments innovants.

vii. Rôle de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

Le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, a adopté un amendement rétablissant l'avis de l'UNCAM pour la prise en charge des dispositifs médicaux non inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et l'élargissant à la base forfaitaire annuelle pouvant servir de base à la prise en charge des médicaments dans le cadre de l'accès compassionnel.

Le rapporteur général rappelle que le 12° du I de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a déjà supprimé l'avis de l'UNCAM auparavant nécessaire pour autoriser la prise en charge d'un médicament dans le cadre d'une RTU et pour les dispositifs médicaux non inscrits sur la LPPR. Cet avis, uniquement formel, ralentissait le processus d'autorisation sans y ajouter une véritable plus-value. Il ne semble pas souhaitable de le rétablir dans le cadre de l'accès compassionnel.

***b. Autres amendements adoptés***

• Le Sénat a également adopté, à l'initiative de M. Alain Milon et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, un amendement précisant que le montant des remises sur chiffre d'affaires mentionnées par le présent article est intégré dans le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif aux établissements de santé de l'année suivante, « *afin*

*d'éviter un autofinancement par les hôpitaux publics de l'innovation pharmaceutique* ».

Cet amendement a été adopté avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

La rapporteure a rappelé à juste titre que les dépenses de médicaments innovants sont déjà intégralement couvertes par l'assurance maladie durant la phase précédant l'inscription au remboursement, et qu'elles sont déjà intégrées à l'ONDAM hospitalier.

• Le Sénat a également adopté, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, un amendement de Mme Catherine Procaccia et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Cet amendement dispose que les spécialités à base de phages dépourvues d'autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce ou compassionnel peuvent être prescrits.

Pour mémoire, les bactériophages (ou phages), sont des virus qui possèdent la particularité de n'infecter que des bactéries.

Le rapporteur général rappelle que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé en février 2019 de mettre en place un comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) « phagothérapie - retour d'expérience et perspectives » dédié à ce sujet dont les travaux sont encore en cours.

Par ailleurs, il n'existe aucune raison de déroger, pour ces médicaments comme pour d'autres, aux règles de droit commun de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Le rapporteur général s'étonne de la légèreté du Sénat sur un sujet de sécurité sanitaire.

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

À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, exception faite de l'amendement de coordination.

Elle a également adopté un amendement du rapporteur général visant à fixer par décret – et non plus pour une durée de trois mois inscrite dans la loi – le délai de dépôt de la demande d'accès précoce pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée à un stade dit « très précoce », qui constitue une dérogation à l'accès compassionnel puisqu'elle s'inscrit dans une démarche d'anticipation d'un accès précoce. La fixation par décret de ce délai permettra de prendre en compte les spécificités de certaines maladies (en particulier celles des maladies rares) pour lesquelles un délai plus long pourrait utilement être fixé en raison du faible nombre patients.

\*

\* \*

*Article 38 bis A (nouveau)*

**Prise en compte des données de vie réelle lors de l'évaluation par la Haute  
Autorité de santé des produits de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Annie Delmont-Koropoulis et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, précisé par un sous-amendement de la rapporteure et ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement.

● Il précise que la Haute Autorité de santé s'efforce de prendre en compte les données de vie réelle des produits de santé lorsqu'elle procède à l'évaluation périodique de leur service médical rendu.

Pour mémoire, dans leur rapport de mai 2017 *Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé*, M. Bernard Bégaud, Mme Dominique Polton et M. Franck Von Lennep définissent les « données de vie réelle » ou « données de vraie vie » comme « *des données qui sont sans intervention sur les modalités usuelles de prise en charge des malades et ne sont pas collectées dans un cadre expérimental [...] mais qui sont générées à l'occasion des soins réalisés en routine pour un patient, et qui reflètent donc a priori la pratique courante* ».

**2. La position de la commission**

● Pour le rapporteur général, l'objectif visé par cet article additionnel est déjà satisfait.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, dont l'article 65 a introduit un nouvel article L. 162-17-1-2 au sein du code de la sécurité sociale, la prise en compte des données de vie réelle va même plus loin, puisque le remboursement par l'assurance maladie des médicaments, dispositifs médicaux et prestations associées peut désormais être conditionné, par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit est prescrit et aux résultats et effets de ces traitements.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 38 bis B (nouveau)*

**Actualisation annuelle de la « liste en sus » dispositifs médicaux**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l'adoption, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, d'un amendement de Mme Laurence Cohen et des membres du groupe communiste, républicain, citoyen et écologiste.

● Il fixe une règle d'actualisation annuelle de la « liste en sus ».

Pour mémoire, cette liste, fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, permet le remboursement par l'assurance maladie en plus et non pas au sein des tarifs d'hospitalisation de certains médicaments prescrits dans les établissements de santé, pour certaines de leurs indications thérapeutiques lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

Cette préconisation est inspirée du rapport de la mission d'information relative aux dispositifs médicaux de nos collègues députés Julien Borowczyk et Pierre Dharréville.

Ce rapport soulignait que *« les auditions conduites par la mission d'information n'ont pas permis d'invalider le constat dressé en 2014 par la Cour des comptes, selon lequel "la quasi-totalité du titre III étant en "liste en sus", celle-ci ne joue plus son rôle de financement des seuls dispositifs innovants et coûteux". Ce constat était partagé par le CESE, qui relevait que "faute d'une actualisation dynamique de la liste en sus, certains dispositifs continuent à être pris en charge à des tarifs élevés d'exception alors qu'ils sont devenus d'utilisation commune" ainsi que par l'IGAS et l'IGF, qui notaient que 80 % des dispositifs médicaux présents sur la liste en sus l'étaient depuis plus de sept ans. »*

**2. La position de la commission**

● S'il souligne la grande qualité de la mission d'information dont est issue cette préconisation, le rapporteur général, conformément à sa position exprimée en première lecture, y est défavorable.

En effet, un tel systématisme consacré au niveau de la loi pourrait nuire à l'accès des patients à certains dispositifs médicaux. L'actualisation de la liste en sus pour radier les produits, mêmes anciens ou peu innovants, doit en effet prendre en compte la capacité des établissements à absorber les coûts de ces dispositifs médicaux.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 38 bis C (nouveau)*  
**Élargir l’accès à la « liste en sus »**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

● Cet article résulte de l’adoption d’un amendement de Mme Annie Delmont-Koropoulis et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

● Cet article modifie l’article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale relatif à la « liste en sus ».

Le présent article additionnel élargit l’accès à cette liste en sus à tous les médicaments, quel que soit le niveau d’amélioration du service médical rendu associé, même mineur.

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

● Le rapporteur général est défavorable à l’ouverture de la liste en sus à tous les médicaments indépendamment de leur caractère innovant.

Par ailleurs, il rappelle que dans le cadre des expérimentations permises par l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le Gouvernement a lancé une expérimentation visant à faire évoluer les modalités de la connaissance, de l’utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé <sup>(1)</sup>. Cette expérimentation vise notamment à faire évoluer le périmètre des médicaments éligibles à une prise en charge en sus. Cette expérimentation est en cours et il convient d’attendre ses premiers résultats.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

---

(1) Arrêté du 28 août 2019 relatif à l’expérimentation faisant évoluer les modalités de la connaissance de l’utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé.

*Article 39*

**Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile**

Origine de l'article : projet de loi modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article crée, sous l'égide de la Haute Autorité de santé, une procédure de certification qualité des prestataires de service et distributeurs de matériels. Seules les structures qui disposeront de cette certification pourront, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, être conventionnées et donc délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur.

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

Le Sénat a adopté, avec un avis favorable de sa commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, un amendement de M. Laurent Burgoa et plusieurs de ses collègues membres du groupe Les Républicains.

L'amendement adopté décale du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2023 l'entrée en vigueur de l'obligation de certification.

**3. La position de la commission**

● Le rapporteur général est favorable au maintien de la rédaction du Sénat. Le report de six mois de l'entrée en vigueur de l'obligation de certification ne remet pas en cause l'objectif impérieux d'amélioration de la qualité des prestations de soins à domicile et permet de laisser un peu plus de temps aux acteurs pour se conformer au référentiel qualité que la Haute autorité de santé établira.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 40*

**Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire**

Origine de l'article : projet de loi modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Cet article supprime le fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS), dans une démarche de simplification de l'action administrative. Il confie les missions de l'actuel fonds à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et au ministère chargé de la sécurité sociale, au titre de leurs compétences respectives :

– le financement de la CSS est confié à la CNAM, qui se voit, en contrepartie, affecter la totalité de la taxe de solidarité additionnelle ;

– deux missions sont confiées au ministère chargé de la sécurité sociale : la gestion de la liste des organismes habilités à gérer la CSS et le suivi du fonctionnement de la CSS ;

– le contrôle des dépenses de CSS est confié à l'ACOSS.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

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

Outre un amendement de correction d'une erreur de référence, le Sénat a adopté deux amendements de fond.

Le premier amendement, de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, a été adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Il clarifie les informations devant figurer dans le rapport transmis par le Gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, en précisant qu'elles incluent les masses financières correspondant aux impôts, taxes et contributions des organismes complémentaires ainsi que des informations relatives à leur solvabilité.

Le second amendement, adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales, avec un avis de sagesse du Gouvernement, prévoit que le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) rend un avis sur le rapport annuel sur la CSS, désormais établi par le ministre en charge de la

sécurité sociale. L'amendement adopté prévoit la transmission au Parlement de cet avis avant le 31 décembre de chaque année.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur est favorable aux deux amendements adoptés par le Sénat, lesquels permettent une meilleure information du Parlement sur la CSS. Il est donc proposé de maintenir la rédaction de cet article adoptée par le Sénat.
- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 40 bis*

### **Lutte contre le non recours aux droits et aux prestations**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

L'article 40 *bis* résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale, en séance publique, d'un amendement de Mme Christine Cloarec-Le Nabour et des membres du groupe La République en Marche, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il confie aux organismes de sécurité sociale une mission de lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations sociales, et les autorise, à titre expérimental, à traiter et échanger des données à caractère personnel.

- Le **II** crée un nouveau chapitre dans le code de la sécurité sociale consacré à la lutte contre le non recours aux droits et aux prestations.

Ce chapitre, constitué d'un seul article, charge explicitement les organismes de sécurité sociale d'une mission de lutte contre le non-recours aux droits et prestations sociales. Il autorise ces organismes à collaborer avec d'autres administrations ou organismes disposant d'informations utiles dans la réalisation de cette mission.

Le **I** permet de confier aussi cette nouvelle mission aux organismes de sécurité sociale des professions agricoles.

● Afin de donner les moyens aux organismes de sécurité sociale de pleinement exercer cette nouvelle mission, le **III** les autorise, à titre expérimental pour trois ans, à traiter et échanger des données à caractère personnel. La mise en œuvre de cette expérimentation, la nature des données pouvant être collectées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits, seront précisées par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement :

– supprimant l'inscription dans le code de la sécurité sociale de la mission de lutte contre le non-recours des caisses ;

– centrant l'expérimentation sur la détection des situations dans lesquelles des personnes remplissant les conditions pour avoir droit à la complémentaire santé solidaire n'en bénéficient pas, faute de démarche accomplie en ce sens ;

– prévoyant une évaluation de l'expérimentation, six mois avant son terme.

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

● La lutte contre le non-recours aux droits et prestations sociales est un enjeu majeur pour les organismes de sécurité sociale et l'un des axes de la politique de la lutte contre la pauvreté en France. Il n'est donc pas opportun de limiter l'expérimentation prévue au présent article à la seule complémentaire santé solidaire.

● À l'initiative de Mme Christine Cloarec-Le Nabour et des membres du groupe La République en Marche, la commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale moyennant l'adoption d'un sous-amendement rédactionnel du rapporteur général.

\*

\* \*

### *Article 42*

#### **Isolement et contention**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

● Dans sa décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention en psychiatrie contraire à la Constitution.

Le Conseil constitutionnel a en effet considéré que *« si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire »*, alors même que *« la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible »*.

Cette abrogation prendra effet au 31 décembre 2020.

● L'article 42 prend les dispositions nécessaires pour répondre dans les temps impartis à cette censure du Conseil constitutionnel.

Il rétablit l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique ainsi abrogé par le Conseil constitutionnel.

Il précise que ces pratiques ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement, et qu'il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision motivée d'un psychiatre, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée, après évaluation du patient.

Surtout, il répond à l'injonction du Conseil constitutionnel en limitant la durée de ces mesures et en prévoyant les conditions dans lesquelles elles sont soumises au contrôle du juge judiciaire.

Il prévoit ainsi que la durée de l'isolement est prise pour une durée initiale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, pour une durée totale qui ne peut excéder quarante-huit heures.

La mesure de contention ne peut quant à elle qu'être prise dans le cadre d'une mesure d'isolement. Elle ne peut durer plus de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée pour la même durée de six heures, pour une durée totale qui ne peut excéder vingt-quatre heures.

Dans le cas exceptionnel où la mesure d'isolement excède quarante-huit heures ou la mesure de contention vingt-quatre heures, le médecin doit informer sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

L'article prévoit par ailleurs que le médecin doit également informer de ces mesures la personne faisant l'objet des soins, ses proches et, le cas échéant, les

titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ou la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins, ainsi que le procureur de la République. Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention, et doivent être informées par le médecin de ce droit.

Parallèlement, l'article 42 précise également la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention.

Il prévoit notamment que lors de sa saisine obligatoire sur une hospitalisation complète, le juge des libertés et de la détention, s'il n'ordonne pas la main levée de l'hospitalisation complète, peut en revanche statuer, y compris d'office, sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention.

Il prévoit également que par dérogation aux dispositions habituellement prévues dans le cadre de cette saisine du juge des libertés et de la détention, ce dernier statue sans audience selon une procédure écrite lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention.

- En commission des affaires sociales puis en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général précisant que les durées mentionnées pour la mesure initiale d'isolement ou de contention sont bien des durées maximales (amendement précisé par un sous-amendement du Gouvernement en séance).

Elle a également adopté deux amendements du rapporteur général clarifiant les modalités de saisine des proches du patient et les conditions du recours à des moyens de communication audiovisuelle pour l'audition du patient par le juge des libertés et de la détention.

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

- Avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales et un avis de sagesse du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de Mme Laurence Rossignol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain précisant que la surveillance dont doit faire l'objet la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention doit être à la fois somatique et psychiatrique.

- Le présent article prévoit que les mesures d'isolement et de contention mises en œuvre pourront faire l'objet d'un contrôle – y compris d'office – par le juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle obligatoire qu'il effectue déjà sur les hospitalisations complètes.

Avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement Mme Laurence Rossignol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain précisant que ce contrôle peut être effectué « à tout moment ».

Cette disposition apporte toutefois de la confusion, le code de la santé publique prévoyant quant à lui que ce contrôle judiciaire obligatoire prévu à l'article L. 3211-12-1 doit intervenir dans un délai de douze jours après l'admission en soins sans consentement.

- Le Sénat a également adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement un amendement de Mme Élisabeth Doineau et des membres du groupe Union Centriste remplaçant le plafond des quatre mesures sur une période de quinze jours au bout duquel le juge doit être saisi par des durées cumulées atteignant les quarante-huit heures pour l'isolement et vingt-quatre heures pour la contention sur cette période de quinze jours. Comme le souligne l'exposé des motifs de l'amendement adopté, cette rédaction est plus cohérente avec les alinéas précédents qui fixent des bornes en durée (nombre d'heures) et non en nombre de mesures pour le déclenchement de l'information.

- Avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un autre amendement de Mme Élisabeth Doineau et des membres du groupe Union Centriste, relatif au registre d'isolement et de contention. Il prévoit que l'identifiant du patient concerné est anonymisé et que ce registre précise également le mode d'hospitalisation du patient.

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

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, à l'exception de la précision relative à la temporalité du contrôle par le juge des mesures d'isolement et de contention dans le cadre de son contrôle obligatoire des mesures d'hospitalisation sans consentement.

\*

\* \*

## CHAPITRE V

### **Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires**

#### *Article 43 A*

#### **Amélioration de la lutte contre la fraude aux prestations sociales en développant les contrôles portant sur la régularité du séjour des assurés étrangers en France**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 A est issu d'un amendement de Mme Carole Grandjean et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, avec un avis favorable du rapporteur général à titre personnel et du Gouvernement.

Cet article vise à généraliser les échanges entre organismes de sécurité sociale s'agissant des informations relatives aux renouvellements de titres de séjour. Il complète l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale, qui définit les modalités de contrôle de la régularité de la situation des assurés étrangers en France par les organismes de sécurité sociale.

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

Le Sénat a adopté un amendement de Mme Nathalie Goulet (groupe Union Centriste) avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Il vise à préciser que les contrôles de la régularité du séjour des assurés étrangers en France doivent se faire « *dès l'ouverture du dossier de demande d'affiliation* » et non pas « *lors de l'affiliation* », la procédure d'affiliation pouvant être longue selon la sénatrice, qui a conduit avec Mme Carole Grandjean une mission sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales en 2019.

L'amendement adopté précise en outre que les informations stockées sur support informatique transmises par les services de l'État aux organismes de sécurité sociale font *obligatoirement* l'objet d'une transmission. Cette disposition vise à rendre systématique la consultation de fichiers comme l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGEDREF) gérée par le ministère de l'intérieur.

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

- L'amendement adopté par le Sénat a permis de compléter l'article issu de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale. La nouvelle version de l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale doit conduire les organismes de sécurité sociale à procéder plus rapidement à des contrôles sur la situation des assurés étrangers, à développer les échanges d'informations entre ces organismes et à systématiser les échanges avec les services de l'État et plus particulièrement le ministère de l'intérieur.

Ces évolutions permettant d'améliorer la lutte contre la fraude aux prestations sociales, le rapporteur général est favorable au maintien de la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 BA (nouveau)*

**Fusion du répertoire national des bénéficiaires de la branche famille et du répertoire national commun de la protection sociale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 43 BA résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et des membres du groupe Union Centriste, adopté avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Il vise à fusionner, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 le répertoire national des bénéficiaires de la branche famille et le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, afin de s'assurer que le nouveau répertoire recouvre l'ensemble des prestations existantes.

**2. La position de la commission**

● Cet article fait écho à un amendement similaire déposé en première lecture à l'Assemblée nationale par Mme Carole Grandjean (groupe La République en Marche). Il avait alors été indiqué par le Gouvernement que les informations contenues dans ces répertoires ne sont pas de même nature. Par conséquent, une fusion ne serait pas opportune et ne permettrait sans doute pas de renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales. En outre, les délais prévus par cet article ne sont pas réalistes pour procéder à une telle opération.

Enfin, l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit un audit du RNCPS : un rapport présentant les résultats de cet audit doit être remis prochainement par le Gouvernement au Parlement. Dans l'attente de ce rapport et compte tenu des éléments susmentionnés, le rapporteur général propose la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 43 BB (nouveau)*

**Annulation automatique d'un numéro d'inscription au répertoire obtenu frauduleusement**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 BB résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et des membres du groupe Union Centriste, adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis de sagesse du Gouvernement. Il prévoit d'annuler automatiquement un numéro d'inscription au répertoire (NIR) – également appelé numéro de sécurité sociale – obtenu frauduleusement.

Il modifie à cet effet l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale. Actuellement, la constatation de l'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un NIR entraîne la suspension du versement des prestations et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes de sécurité sociale. L'annulation du NIR n'est toutefois pas automatique.

**2. La position de la commission**

- Faisant écho à un amendement de Mme Carole Grandjean (groupe La République en Marche) déposé en première lecture à l'Assemblée nationale, cet article ne pourra que permettre de mieux lutter contre les fraudes aux prestations sociales basées sur l'usurpation d'identité et prévenir les tentatives de récidive à partir du même numéro de sécurité sociale.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 BC (nouveau)*

**Association des tribunaux de commerce à la lutte contre la fraude sociale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 43 BC résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet (groupe Union Centriste) et plusieurs de ses collègues, adopté avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Il vise à associer davantage les présidents des tribunaux de commerce à la lutte contre la fraude sociale eu égard aux informations dont ils disposent sur les entreprises en difficulté : les entreprises dites « éphémères » peuvent être à l'origine de fraudes sociales importantes.

L'article complète à cet effet l'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère les agents de l'État et des organismes de protection sociale qui sont notamment habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

**2. La position de la commission**

● L'article 43 BC est satisfait par l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale selon lequel « *l'autorité judiciaire* », qui inclut les tribunaux de commerce, « *est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales* ». Le rapporteur général propose donc la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 43 DA (nouveau)*

**Précision dans le code de la sécurité sociale du délai de prescription de cinq ans pour les indus frauduleux**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 DA est issu d'un amendement de la commission des affaires sociales, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement. Cet article vise à améliorer l'effectivité des sanctions financières en cas de détection d'une fraude par des organismes de sécurité sociale en précisant, à l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale, que la prescription pour la récupération des prestations indûment payées par un organisme de sécurité sociale est de cinq ans en cas de fraude.

Cet article fait suite au rapport la Cour des comptes sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales remis en septembre dernier à la commission des affaires sociales du Sénat. Ce rapport a montré que plusieurs organismes, en particulier les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'allocations familiales (CAF), ne font pas la distinction entre les indus frauduleux et les autres indus qui sont liés à des erreurs. C'est pourquoi leur action en récupération se limite à deux ans dans tous les cas.

**2. La position de la commission**

- Le rapporteur général estime que cet article va dans le bon sens : compte tenu des pratiques observées par la Cour des comptes, il est utile de rappeler dans le code de la sécurité sociale le délai de prescription de droit commun, qui est de cinq ans, afin de mieux sanctionner les fraudes. Il propose donc le maintien de cet article tel qu'adopté par le Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 F*

**Conditionnalité des remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé à leur inscription à l'ordre dont ils dépendent**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 43 F résulte de deux amendements identiques de MM. Pascal Brindeau (groupe UDI et Indépendants), Patrick Hetzel (groupe Les Républicains) et plusieurs de leurs collègues, adoptés en commission puis en séance, avec un avis défavorable du Gouvernement.

Il complète l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale afin de conditionner les remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé à l'inscription à l'ordre dont ils dépendent.

Lors de son audition par la commission d'enquête, le président de l'Ordre national des infirmiers avait précisé que ce n'est pas toujours le cas actuellement bien que l'inscription à l'Ordre national des infirmiers soit une obligation légale conformément aux articles L. 4311-15 et L. 4312-1 du code de la santé publique.

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

Le Sénat a adopté un amendement de suppression déposé par M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Les auteurs de l'amendement estiment que la solution envisagée pour inciter les professionnels de santé à s'inscrire est inadaptée : la suspension des remboursements par l'assurance maladie conduirait à pénaliser les patients pour des faits dont ils ne sauraient être tenus pour responsables. Par ailleurs, il priverait de remboursements les patients des professionnels de santé militaires qui ne sont pas tenus d'être affiliés à un ordre.

**3. La position de la commission**

• Les arguments mis en avant par les sénateurs semblent traduire un malentendu. En effet, la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale ne vise que les « *professionnels de santé sollicitant un remboursement* », ce qui protège les patients du risque que le refus de remboursement ne se reporte sur eux. De plus, le dispositif ne s'appliquerait pas aux professionnels de santé exemptés de l'inscription à l'ordre. Dans ces conditions, le rapporteur général propose le rétablissement de l'article adopté à l'Assemblée nationale.

● La commission a rétabli cet article à l'initiative du rapporteur général, moyennant deux ajustements visant à préciser que cette disposition s'applique aux remboursements « *dans le cadre du tiers payant* » des professionnels de santé qui ont l'obligation de s'inscrire à l'ordre dont ils dépendent.

\*

\* \*

*Article 43 G (nouveau)*

**Facilitation des contrôles *a priori* par l'assurance maladie des professionnels de santé déjà sanctionnés ou condamnés pour fraude**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 G résulte d'un amendement de la commission des affaires sociales adopté avec un avis favorable du Gouvernement. Il vise à faciliter les contrôles *a priori* par l'assurance maladie des professionnels de santé déjà sanctionnés ou condamnés pour fraude en dérogeant au délai de paiement de sept jours.

Il complète l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le Gouvernement détermine par voie réglementaire « *les conditions et les limites dans lesquelles l'assurance maladie peut déroger [au délai de paiement de sept jours] à la seule fin de procéder aux contrôles adéquats si le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années* ».

Cet article fait suite à une recommandation formulée par la Cour des comptes dans son rapport portant sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales remis en septembre dernier à la commission des affaires sociales du Sénat.

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur général estime que ce dispositif permet de renforcer utilement l'arsenal juridique de lutte contre la fraude sociale. Il propose donc le maintien de cet article tel qu'adopté par le Sénat.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 H (nouveau)*

**Déconventionnement d'office d'un professionnel de santé ayant été sanctionné ou condamné plusieurs fois pour fraude**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 H est issu d'un amendement de la commission des affaires sociales adopté avec un avis favorable du Gouvernement. Il prévoit de déconventionner d'office un professionnel de santé sanctionné ou condamné pour fraude à au moins deux reprises sur une période de cinq ans.

À cet effet, cet article complète l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale afin d'autoriser les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à suspendre d'office la convention sous réserve que le professionnel de santé ait pu présenter ses observations.

Cet article fait suite à une recommandation formulée par la Cour des comptes dans son rapport sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales remis en septembre dernier à la commission des affaires sociales du Sénat.

**2. La position de la commission**

- Cet article permettra de durcir les sanctions pour fraude à l'encontre des professionnels de santé récidivistes. Le rapporteur général soutient cette mesure et propose donc de maintenir la rédaction de cet article.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 I (nouveau)*

**Garantie de l'entrée en vigueur de deux dispositions légales tendant à renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 43 I est le fruit d'un amendement de la commission des affaires sociales adopté en séance publique avec un avis défavorable du Gouvernement. Cet article vise assurer l'entrée en vigueur de deux dispositions légales dont les décrets d'application n'ont pas été pris depuis dix et treize ans, en laissant un délai supplémentaire de neuf mois au Gouvernement pour la publication de ces décrets.

Le **I** prévoit l'application de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale, qui doit permettre à l'assurance maladie d'estimer, par extrapolation à partir d'un échantillon, les indus d'un professionnel de santé sur une période donnée afin d'apporter une sanction plus adaptée en cas de fraude.

Le **II** prévoit l'application de l'article L. 162-15-1 du code précité afin de permettre aux caisses primaires d'assurance maladie de déconventionner en urgence les professionnels de santé en cas de fraude grave.

Le présent article fait suite à une recommandation formulée par la Cour des comptes dans son rapport sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales remis en septembre dernier à la commission des affaires sociales du Sénat.

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur général s'étonne que les décrets d'application précités n'aient pas été publiés depuis une dizaine d'années. Il propose donc de suivre la recommandation de la Cour des comptes à l'origine de cet article et de maintenir cet article dans sa rédaction issue de l'examen du Sénat.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 43 J (nouveau)*

**Évaluation triennale des prestations sociales versées indûment**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 43 J résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Valérie Boyer et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il prévoit que les organismes de sécurité sociale procèdent tous les trois ans à une évaluation du montant des prestations sociales versées indûment, que ce soit de manière frauduleuse ou non frauduleuse, afin de mieux en appréhender l'ampleur et mettre en œuvre des mesures adaptées.

**2. La position de la commission**

● Cet article est identique à plusieurs amendements déposés en première lecture à l'Assemblée nationale par MM. Pascal Brindeau (groupe UDI et Indépendants) et Patrick Hetzel (groupe Les Républicains).

Si le rapporteur général comprend la démarche des parlementaires à l'origine de cet article, il estime pour autant qu'une telle mesure n'a pas sa place dans la loi : elle relève davantage des conventions d'objectifs et de gestion (COG). On peut également s'interroger sur la périodicité de l'évaluation prévue par cet article. En cohérence avec la position défendue en première lecture, il propose donc la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 43 K (nouveau)*

**Mise en place et expérimentation de cartes Vitale biométriques**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 43 K résulte d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement. Cet article vise à permettre la mise en circulation de cartes Vitale biométriques.

Plus précisément, le dispositif prévoit que les caisses d'assurance maladie peuvent, sur demande d'un conseil régional, délivrer à leurs assurés une carte Vitale comportant l'image numérisée des empreintes digitales du titulaire ainsi qu'une expérimentation portant sur ces mêmes cartes Vitale biométriques.

Sur ce dernier point, l'article reprend les dispositions d'une proposition de loi adoptée par le Sénat qui sera prochainement examinée à l'Assemblée nationale.

**2. La position de la commission**

● Sur la forme, cet article est particulièrement curieux. Il prévoit dans un premier temps un dispositif pérenne pour mettre en circulation des cartes Vitale biométriques et dans un second temps une expérimentation de ces mêmes cartes Vitale biométriques.

Sur le fond, le rapporteur général se contentera de rappeler que le Gouvernement a engagé depuis plus d'un an une expérimentation portant sur la mise en place d'une carte Vitale dématérialisée davantage sécurisée.

Il rejoint en tout cas les propos tenus au Sénat par la ministre déléguée chargée de l'autonomie : il ne lui apparaît pas opportun de préempter, au détour d'un article résultant d'un amendement d'appel, le débat qui aura lieu le 3 décembre prochain à l'Assemblée nationale dans le cadre de la journée réservée aux textes inscrits à l'ordre du jour par le groupe Les Républicains.

Le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

*Article 43*

**Dotations de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et aux agences régionales de santé**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● Cet article fixe, pour 2021, la dotation des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,1 milliard d'euros et 100 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 141,40 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux à 130 millions d'euros.

- Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement qui supprime la participation des branches maladie et autonomie au FMIS.

Le Sénat considère en effet que les mesures du plan de relance décidées par le Gouvernement au terme du Ségur de la santé ne doivent pas être financées par les moyens propres des branches maladie et autonomie mais par une dotation budgétaire unique au sein du budget général de l'État.

**3. La position de la commission**

● Le rapporteur général n'est pas favorable à la disposition adoptée par le Sénat, et ce pour plusieurs raisons.

En l'état, la suppression de la participation des branches maladie et autonomie au FMIS conduirait le fonds à abandonner le plan d'investissement prévu par le Ségur de la santé. Or cet investissement, souhaité par l'ensemble des acteurs, est nécessaire au fonctionnement quotidien des services de soins ainsi qu'à la transformation de notre système de santé.

Plus fondamentalement, l'amendement adopté par le Sénat s'appuie sur une conception spécifique des dépenses qui doivent relever de l'État ou de la sécurité

sociale. Dans cette conception, les politiques de relance de l'investissement immobilier dans nos hôpitaux et nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes relèveraient de l'État, contrairement aux politiques « de prestations », qui devraient, elles, être prises en charge par la sécurité sociale. En étant couvertes par les ressources de la sécurité sociale, les dépenses d'investissement issues du Ségur de la santé seraient ainsi détournées de leur objet.

Or, pour le rapporteur général, cette conception, outre le fait qu'elle semble dépassée, ne s'applique pas dans le cas présent. Les investissements portés par le FMIS permettront en effet une amélioration considérable du matériel médical et hospitalier, et donc des conditions dans lesquelles les patients seront pris en charge. Il est donc légitime que ces investissements soient financés par la branche maladie.

Le rapporteur général souligne d'ailleurs que le FMIS ne fait que se substituer au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), également consacré à l'investissement en santé, lequel est aujourd'hui financé par l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sans que cela ne pose de difficulté. La commission des affaires sociales du Sénat a d'ailleurs récemment salué la relance de l'investissement immobilier dans notre système hospitalier au travers du FMESPP dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » <sup>(1)</sup>.

En outre, le rapporteur général se félicite de ce que le financement par la sécurité sociale du plan d'investissement en santé permette aux parlementaires d'en débattre dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Le financement des investissements en santé par le FMIS leur permet d'être intégrés dans le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ce qui est de nature à renforcer la lisibilité et la sincérité de cet objectif de dépenses.

Ne partageant pas la même analyse que le Sénat, le rapporteur général propose un rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

• La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général.

\*

\* \*

---

(1) Rapport n° 111 (2018-2019) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Catherine Deroche, MM. Bernard Bonne, Gérard Dériot, René-Paul Savary et Mme Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 novembre 2018.

*Article 45 bis*

**Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 45 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général. Cet article suspend l'obligation, en 2021, pour les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), de proposer des mesures de redressement en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

● Pour rappel, aux termes de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'UNOCAM « *en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ».

Le risque est considéré comme « sérieux » quand les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil établi par décret, aujourd'hui fixé à 0,5 %<sup>(1)</sup>. Des mesures de redressement doivent être mises en œuvre par les caisses nationales d'assurance maladie, l'UNOCAM et, le cas échéant, l'État. Cette procédure a été conduite une seule fois à ce jour, en 2007<sup>(2)</sup>.

● L'article 45 *bis* maintient la procédure d'alerte en tant que telle, afin de continuer à éclairer les pouvoirs publics sur le suivi de l'ONDAM, mais suspend, pour la seule année 2021, l'obligation de proposer des mesures de redressement. Cette obligation aurait en effet peu de sens si l'ONDAM venait à être dépassé en raison de dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement qui circonscrit la mesure

---

(1) Décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale).

(2) Avis du comité d'alerte du 29 mai 2007, puis du 29 juin 2007 pour se prononcer sur les mesures de redressement proposées par les caisses d'assurance maladie. Des mesures de redressement ont été annoncées le 4 juillet 2007 par le Gouvernement.

dérogatoire prévue. Il prévoit une adaptation de la procédure d’alerte uniquement si le risque de dépassement de l’ONDAM est directement imputable à des surcoûts induits par les dépenses exceptionnelles liées à l’épidémie de covid-19.

Une formule similaire avait été votée à l’article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 <sup>(1)</sup>, afin d’exclure uniquement les dépenses liées à la grippe A (H1N1) de la procédure de contrôle de l’évolution de l’ONDAM 2010.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur général n’est pas favorable à calquer la rédaction de l’article 45 *bis* sur celle adoptée en 2010 lors de l’épidémie de grippe A (H1N1). Les deux crises pandémiques ne sont pas de même nature. Comme l’a rappelé le Gouvernement en séance publique au Sénat, il est beaucoup plus difficile, dans le cas du covid-19, d’identifier précisément les surcoûts de l’ONDAM dus à la pandémie des autres surcoûts.

Il est donc proposé un rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale.

- La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l’Assemblée nationale à l’initiative du rapporteur général.

\*  
\* \*

#### *Article 46*

### **Dotations au Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante et au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité**

Origine de l’article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale avec modifications.

### 1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale

- Cet article fixe les montants, pour l’année 2021, des contributions de la branche AT-MP du régime général au Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) et à la branche maladie du régime général au titre de la

---

(1) Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.

Pour la septième année consécutive, le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP est fixé à 1 milliard d'euros.

En outre, cet article propose le report à 2021 de la transmission au Parlement et au Gouvernement, prévue pour 2020, du rapport de la Cour des comptes évaluant tous les trois ans le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Il fixe à 2024 la date de remise, par la Cour des comptes, du prochain rapport.

- Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

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

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement réduisant de 240 millions d'euros<sup>(1)</sup> le versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration.

À l'initiative de Mme Frédérique Puissat et plusieurs de ses collègues membres du groupe Les Républicains, le Sénat a adopté un amendement, avec un avis favorable de sa commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, supprimant la précision selon laquelle le rapport suivant celui qui sera rendu en 2021 devra être rendu en 2024.

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

- Le rapporteur n'est pas favorable à ce qu'en l'absence de nouvelle évaluation de la sous-déclaration, le montant de la dotation de la branche AT-MP à la branche maladie soit revu à la baisse.

Le rapporteur insiste néanmoins sur l'importance de ne pas concevoir cette dotation comme une simple variable d'ajustement entre branches. La branche AT-MP doit conserver suffisamment de moyens pour développer les actions de prévention au sein des entreprises.

Le rapport triennal prévu en 2020 est reporté en 2021, ce qui décale automatiquement la remise du rapport suivant à 2024, sans qu'il n'y ait besoin de le préciser. Le rapporteur propose de maintenir la suppression de cette précision.

- À l'initiative du rapporteur, la commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale, moyennant le maintien de la suppression,

---

(1) Ce montant correspond au déficit de la branche AT-MP en 2020.

adoptée au Sénat, de la disposition prévoyant un rendu en 2024 du rapport suivant de la Cour des comptes.

\*  
\* \*

#### *Article 46 bis*

### **Simplification des modalités déclaratives des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 46 *bis* résulte d'un amendement du rapporteur adopté en séance publique, avec un avis favorable du Gouvernement.

##### ***a. La simplification des modalités déclaratives des accidents du travail bénins***

Le **I** et le **2°** du **II** de l'article 46 *bis* permettent de simplifier les modalités déclaratives des accidents du travail bénins, c'est-à-dire n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux.

Aujourd'hui, l'article L. 441-4 du code de la sécurité sociale permet aux entreprises qui respectent certaines conditions définies par décret de tenir un registre des accidents bénins au sein de l'entreprise, au lieu de transmettre chacun des accidents bénins aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Elles doivent y être expressément autorisées par leur CARSAT <sup>(1)</sup>. La même disposition figure à l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime pour le régime des salariés agricoles.

Le **I** et le **a** du **2°** du **II** suppriment le principe d'autorisation préalable : tout employeur qui remplit des conditions fixées par décret pourra désormais tenir un registre des accidents bénins au sein de l'entreprise, au lieu de transmettre chacun des accidents bénins à sa CARSAT. Le registre devra toujours être tenu à la disposition des agents des CARSAT en charge de la prévention et des instances représentatives du personnel.

---

(1) Les conditions à remplir par les entreprises sont précisées aux articles D. 441-1 à D. 441-4 du code de la sécurité sociale. Elles doivent notamment assurer la présence permanente d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise.

Cette mesure pourra être utilement complétée par la voie réglementaire afin de prévoir le transfert de la propriété du registre à l'employeur et la suppression de sa transmission à la CARSAT à chaque fin d'année civile.

Les *b* et *c* du 2° du II procèdent à une modification rédactionnelle car depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sont exercées par le comité social et économique (CSE). Ces deux alinéas précisent également la liste des agents à la disposition desquels le registre des accidents du travail bénins doit être tenu.

***b. L'établissement des arrêts de travail AT-MP dans un formulaire commun aux arrêts de travail maladie***

Les 1° et 3° du II simplifient le processus de prescription d'arrêt de travail en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle (AT-MP).

Actuellement, le médecin établit la prescription d'arrêt de travail en remplissant un certificat médical initial spécifique aux AT-MP, qui comporte les éléments nécessaires à l'instruction de la demande de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Cette spécificité implique un traitement des arrêts de travail AT-MP dans des systèmes d'information propres, ce qui allonge les délais de traitement des demandes d'indemnités journalières (IJ) AT-MP par rapport aux demandes d'IJ maladie.

L'article 46 *bis* prévoit le transfert des prescriptions initiales d'arrêt de travail dans le formulaire d'avis d'arrêt de travail, qui sera désormais commun à la maladie et aux AT-MP. Concrètement, le certificat médical ne comportera plus que les éléments médicaux nécessaires à l'instruction de la demande de reconnaissance d'AT-MP et la prescription d'arrêt de travail sera désormais renseignée dans l'avis d'arrêt de travail.

Pour les travailleurs agricoles, le Gouvernement devra procéder aux modifications nécessaires des dispositions de niveau réglementaire du code rural et de la pêche maritime.

***c. L'impact financier de la mesure***

Le rapporteur estime que des économies de gestion à hauteur de 1 million d'euros pourront être générées pour les organismes sociaux. Ces économies sont dues à la fin de l'obligation, pour les CARSAT, de délivrer des autorisations préalables aux entreprises qui souhaitent tenir un registre des accidents du travail bénins ainsi qu'à la suppression, à venir par la voie réglementaire, de l'obligation d'archivage de ces registres. Ces économies résultent également de la plus grande dématérialisation des arrêts de travail AT-MP, laquelle facilitera l'automatisation de leur traitement par les caisses.

Des économies sur les indus, estimées à une dizaine de millions d'euros par an, devraient également être réalisées. La dématérialisation des arrêts de travail

AT-MP améliorera leur contrôle et le recouvrement des indus susceptibles d'être détectés dans ce cadre.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

Avec l'avis favorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de précision de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants qui :

– supprime, à l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime, le renvoi à un décret. Ce renvoi n'est plus utile dans la mesure où l'article 46 *bis* prévoit déjà qu'un décret précisera les modalités selon lesquelles l'employeur pourra remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux par une inscription sur un registre ouvert à cet effet ;

– supprime la mention des délégués du personnel, pour tenir compte des évolutions récentes des instances représentatives du personnel.

## 3. La position de la commission

● Les précisions et coordinations apportées par le Sénat sont bienvenues. Il est donc proposé un maintien de la rédaction du Sénat.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 46 ter (nouveau)*

## **Allongement des délais de dépôt des demandes d'indemnisation des victimes de pesticides**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis défavorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

### *a. Le droit existant*

Par dérogation au principe selon lequel le délai de saisine du fonds d'indemnisation pour les victimes de pesticides est de deux ans après la première

constatation médicale de la maladie, l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 <sup>(1)</sup> prévoit, à titre transitoire, que le fonds peut être saisi jusqu'au 31 décembre 2021 par :

– les assurés, salariés et non-salariés, des régimes général et agricole et du régime en vigueur en Alsace-Moselle dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;

– les anciens chefs d'exploitation retraités avant le 1<sup>er</sup> avril 2002 et leurs ayants droit dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019 ;

– les enfants ou leurs ayants droit, lorsque la date de consolidation de l'état de santé des enfants concernés est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019, quelle que soit la date de cette consolidation.

#### ***b. La disposition adoptée par le Sénat***

Prenant acte du retard dans la mise en œuvre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, l'article 46 *ter* permet à l'ensemble des personnes susmentionnées de déposer une demande d'indemnisation « *pendant deux années pleines à compter de la date de parution des décrets d'application* » et non plus jusqu'au 31 décembre 2021. Les décrets d'application devraient paraître fin novembre 2020.

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

● Le rapporteur regrette le retard pris dans la mise en œuvre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Il est favorable à ce que davantage de temps soit donné pour le dépôt des demandes d'indemnisation.

Il est donc proposé le maintien de cet article.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

---

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

*Article 46 quater (nouveau)*

**Report de la date de remise du rapport du Gouvernement sur les conséquences de la définition retenue pour les produits phytopharmaceutiques couverts par le fonds d'indemnisation**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

Cet article résulte d'un amendement adopté par le Sénat, avec un avis favorable de sa commission des affaires sociales et du Gouvernement, à l'initiative de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il reporte la date à laquelle le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport évaluant les conséquences, quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds, de la non-inclusion des biocides et antiparasitaires vétérinaires dans la définition retenue pour les produits phytopharmaceutiques couverts par le fonds.

L'article 46 *quater* prévoit que Gouvernement remettra ce rapport « *au plus tard neuf mois après la parution des décrets d'application* » et non plus « *pour le 30 septembre 2020* ».

**2. La position de la commission**

● Le rapporteur est favorable au report de la date de remise de ce rapport, étant donné la crise sanitaire que nous traversons et le retard pris dans la publication des décrets d'application du fonds d'indemnisation.

Il est donc proposé le maintien de cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

● La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 47 bis*

**Interdiction du versement d'une pension de réversion à un conjoint  
condamné pour violences conjugales**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 47 *bis* est issu d'un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse, M. Cyrille Isaac-Sibille, adopté avec un avis favorable du Gouvernement.

Cet article consolide juridiquement la disposition de la loi du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille qui prévoit de priver du bénéfice de la pension de réversion le conjoint survivant condamné pour violence conjugale, qu'il s'agisse d'un crime ou d'un délit.

Il vise à assurer la constitutionnalité du dispositif, plus particulièrement sa conformité avec le principe d'individualisation des peines, qui ne permet pas qu'une sanction puisse être automatiquement ajoutée à une peine prononcée par le juge. Ainsi, en cas de condamnation, le juge pourra ne pas appliquer cette peine complémentaire lorsque des circonstances particulières le justifient, sous réserve de motiver sa décision.

Le **III** opère les modifications nécessaires dans le code de la sécurité sociale et le **II** dans le code rural et de la pêche maritime pour le régime agricole. Par coordination, le **I** abroge l'article L. 38-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite issu de la loi du 28 décembre 2019 précitée. Ainsi l'article pourra s'appliquer aux pensions de réversion de tous les régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires.

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

Le Sénat a adopté un amendement de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, avec un avis de sagesse de la commission et un avis favorable du Gouvernement.

Cet amendement clarifie la rédaction issue de l'examen à l'Assemblée nationale en précisant dans le code pénal – nouveaux articles 221-9-2 ou 222-48-3 – que la privation du bénéfice de la pension de réversion constitue une peine complémentaire (**I A** de l'article adopté). Cette disposition s'applique également à Mayotte (**IV**).

En outre, l'amendement permet de mettre en place une procédure de transmission des décisions des juridictions pénales aux organismes de sécurité

sociale adaptée, présentant les garanties nécessaires à la protection des données personnelles (1<sup>o</sup>A du III).

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur propose de conserver les modifications opérées lors de l'examen au Sénat, qui permettent de préciser et de consolider juridiquement le dispositif. Il plaide donc pour le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.
- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*  
\* \*

#### *Article 47 ter*

### **Recours à la biométrie pour vérifier l'existence des retraités résidant à l'étranger**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● L'article 47 *ter* est issu de deux amendements identiques de M. Alexandre Holroyd et de plusieurs de ses collègues de La République en Marche et du rapporteur pour l'assurance vieillesse, M. Cyrille Isaac-Sibille, adoptés avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Le présent article vise à ouvrir la possibilité de recourir à la biométrie pour vérifier l'existence des retraités résidant à l'étranger – qui représentent environ 10 % des retraités – et ainsi assurer le versement à bon droit de leurs pensions de retraite. Ces contrôles sont actuellement assurés à partir des certificats d'existence que les retraités doivent renvoyer chaque année à leurs caisses de retraite.

Le recours à la biométrie doit permettre non seulement de moderniser et de simplifier les démarches des retraités résidant hors de France, mais aussi de mieux prévenir les fraudes à l'assurance vieillesse.

● Le I de l'article 47 *ter* procède à la codification des dispositions relatives aux contrôles d'existence par l'insertion de quatre nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale.

Le nouvel article L. 161-24 dispose que le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant hors de France adresse chaque

année une preuve de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension.

Un article L. 161-24-1 prévoit que « *la preuve d'existence peut être apportée [...] par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve* », dans le respect des conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, devra préciser « *les moyens pouvant être utilisés à cette fin et les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits* ».

Afin de renforcer l'arsenal de lutte contre la fraude, un article L. 161-24-2 prévoit que le versement de la pension de vieillesse est suspendu si l'existence de l'assuré n'est pas prouvée dans les délais impartis.

Un article L. 161-24-3 dispose que le groupement d'intérêt public (GIP) Union retraite assure la mutualisation de la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle, dans des conditions fixées par décret.

• Compte tenu de l'introduction dans le code de la sécurité sociale des dispositions précédentes, le **II** supprime l'article 83 de la loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale relatif aux contrôles d'existence.

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

Le Sénat a adopté un amendement de sa commission des affaires sociales avec un avis favorable du Gouvernement. La nouvelle version de l'article prévoit que :

– parmi les collectivités ultramarines, seules la Nouvelle-Calédonie et les îles Wallis-et-Futuna sont concernées par l'obligation de présentation d'un justificatif annuel puisqu'elles ne sont pas couvertes par des échanges automatiques d'informations avec l'INSEE ;

– un décret précise le délai au terme duquel intervient la suspension de versement de pension de retraite à l'issue d'un contrôle d'existence ainsi que les conditions dans lesquelles les régimes obligatoires de retraite « *mutualisent la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle* » dans le cadre du GIP Union retraite.

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

• L'amendement adopté par le Sénat permet de mieux concilier la volonté du législateur d'améliorer les contrôles d'existence des retraités résidant à l'étranger – ou le cas échéant dans les collectivités ultramarines – et les contraintes opérationnelles. Le rapporteur propose donc le maintien de la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 47 quater*

**Simplification de l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer pour les bénéficiaires d'un congé de proche aidant**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 47 *quater* est issu d'un amendement de Mme Annie Vidal et des membres du groupe de La République en Marche, adopté avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

● Cet article a pour objectif principal de rendre automatique l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) pour les bénéficiaires d'un congé de proche aidant (CPA) non indemnisé ayant perçu l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) au cours des deux dernières années. Le **a** du 2<sup>o</sup> modifie l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sur ce point.

Le **b** du 2<sup>o</sup> procède à une harmonisation des catégories d'aidants bénéficiant d'une affiliation à l'AVPF selon qu'ils sont salariés, éligibles au congé de proche aidant ou travailleurs non salariés. Il précise que la durée maximale du droit à l'AVPF au titre de l'interruption d'activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie est d'une année au maximum pour l'ensemble de la carrière, indépendamment du statut de salarié ou non salarié.

● Le 1<sup>o</sup>, qui complète l'article L. 168-8 du code précité, précise que le bénéfice de l'AJPA est conditionné au respect des conditions de régularité de séjour et de stabilité de résidence en France.

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

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de sa commission des affaires sociales avec un avis favorable du Gouvernement.

**3. La position de la commission**

- Le rapporteur propose d'adopter l'article tel que modifié par le Sénat.
- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

*Article 47 quinquies (nouveau)*

**Réunion d'une conférence des financeurs en vue de redresser les comptes du système de retraite**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

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

L'article 47 *quinquies* est issu d'un amendement de la commission des affaires sociales adopté avec un avis défavorable du Gouvernement. Il prévoit de réunir une conférence des financeurs en vue de définir des mesures paramétriques pour redresser les comptes du système de retraite et atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030 (I). L'article contient également des mesures paramétriques (II et III) qui seront mises en œuvre sauf si le législateur ne les abroge au profit des propositions de la conférence des financeurs.

• Le I prévoit une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs ainsi que des représentants de l'État avec comme objectif la formulation de propositions paramétriques portant sur :

- l'âge d'ouverture des droits à la retraite ;
- les conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour le bénéfice d'une pension de retraite à taux plein ;
- les modalités de décote et de surcote par rapport à ce taux plein ;
- l'affectation de recettes à l'assurance vieillesse ;
- la mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites.

Si cette conférence aboutissait, il reviendrait au Gouvernement de traduire ces propositions dans un projet de loi de réforme des retraites ou au sein de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

• Le II modifie les articles L. 161-17-2 et L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale pour :

– reporter progressivement l'âge d'ouverture des droits jusqu'à 63 ans en 2025 (1°) ;

– accélérer l'allongement de la durée d'assurance nécessaire pour l'accès à une pension à taux plein prévu par la « loi Touraine » de 2014 pour atteindre quarante-trois annuités dès la génération 1965 (2°) ;

– conserver l’âge de taux plein à 67 ans pour les personnes ne remplissant pas la condition de durée d’assurance (3°).

• Le **III** prévoit la mise en place de mesures de convergence des régimes spéciaux mentionné à l’article L. 711-1 du code de la sécurité sociale avant le 1<sup>er</sup> janvier 2030, en cohérence avec l’application du **II**.

## 2. La position de la commission

• Si le rapporteur partage le souci de rééquilibrer à terme les comptes de la branche vieillesse, le choix fait par le Sénat apparaît prématuré. En effet, il est très difficile aujourd’hui d’avoir une visibilité sur l’évolution des comptes des régimes de retraite compte tenu des effets de la crise que traverse le pays depuis plusieurs mois.

Néanmoins, le rapport que remettra prochainement le Conseil d’orientation des retraites (COR), qui a publié une note intermédiaire mi-octobre, permettra de mieux se projeter et d’engager de nouvelles concertations avec les partenaires sociaux. Dans l’attente, le rapporteur propose la suppression de cet article inséré par le Sénat.

• La commission a supprimé cet article grâce à l’adoption de trois amendements identiques déposés par le rapporteur, par M. Joël Aviragnet et les membres du groupe Socialistes et apparentés ainsi que par M. Julien Dive et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

\*  
\* \*

### *Article 49 ter (nouveau)*

### **Expérimentation visant à déléguer aux agences régionales de santé ou aux conseils départementaux la totalité des compétences en matière de tarification des établissements pour personnes âgées**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L’article 49 *ter* est issu d’un amendement de la commission des affaires sociales adopté avec un avis défavorable du Gouvernement. Il prévoit une expérimentation d’une durée de cinq ans permettant aux agences régionales de santé (ARS) et aux conseils départementaux, autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services destinés aux personnes âgées, d’organiser

par convention la délégation, au profit de l'une d'entre elles, de la compétence de fixation et de révision des tarifs attribués à ces établissements.

Cet article s'inscrit dans le prolongement des travaux de la mission d'information du Sénat relative aux compétences des départements, rapportée par Mme Cécile Cukierman, et du rapport de M. Laurent Vachey qui proposait d'ouvrir la possibilité de délégations de compétences en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires.

## 2. La position de la commission

- La rapporteure partage la volonté du Sénat de simplifier les relations entre les ARS et les départements, qui peuvent être sources de lourdeurs administratives dans la gouvernance des établissements pour personnes âgées.

Pour autant, elle s'interroge sur la voie empruntée par le Sénat, à savoir une expérimentation de cinq années. Les concertations du « Laroque de l'autonomie » devront permettre de préciser les modalités de la gouvernance locale de la branche autonomie en vue d'aboutir à un dispositif pérenne pour le projet de loi « Grand âge et autonomie ». La rapporteure propose donc la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative de la rapporteure.

\*

\* \*

### *Article 50 bis (nouveau)*

## **Possibilité de partage de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé entre deux parents séparés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 50 *bis* résulte d'un amendement de M. Serge Babary et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il prévoit que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) peut être partagée entre deux parents séparés ou divorcés dès lors qu'ils assurent une garde alternée de l'enfant. Cette possibilité serait ouverte en cas de demande conjointe ou en cas de désaccord sur l'allocataire.

Cet article, qui complète l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, revient sur le principe de l'allocataire unique qui s'applique à l'AEEH. Selon

l'exposé sommaire de l'amendement, « *en cas de séparation, l'allocation est versée à celui des parents qui bénéficie des allocations familiales ou, si aucun des deux parents n'était allocataire avant la séparation pour ces enfants, au premier des parents qui en fait la demande* ». Aussi, bien qu'il assume une partie des frais liés au handicap de l'enfant, l'un des parents se voit priver du bénéfice de l'AEEH.

L'article transpose ainsi une disposition actuellement applicable aux allocations familiales – et non pas à l'ensemble des prestations familiales. En effet, selon l'article L. 521-2 du code précité, en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun de ses parents, « *la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire* ».

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

- La rapporteure ne peut que partager la volonté des sénateurs de répartir entre les deux parents séparés le bénéfice de l'AEEH dès lors qu'il assume effectivement tous les deux des charges liées au handicap de l'enfant.

Toutefois, ainsi que l'a indiqué au Sénat la ministre déléguée chargée de l'autonomie, cette question ne concerne pas uniquement l'AEEH. C'est la raison pour laquelle le ministère des solidarités et de la santé doit lancer prochainement des travaux pour réfléchir et mettre en œuvre les ajustements opérationnels nécessaires pour faire évoluer le mode de fonctionnement des prestations familiales régies par le principe de l'allocataire unique.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, la rapporteure propose de revenir sur cet article et donc de le supprimer.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative de la rapporteure.

\*

\* \*

### *Article 52*

## **Rapport sur les places en établissement pour personnes en situation de handicap**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : suppression.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 52 résulte de l'adoption d'un amendement de M. Michel Lauzzana et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement.

Il demande au Gouvernement la remise d'un rapport, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, portant sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap par des structures médico-sociales. Ce rapport devra notamment dresser un état des lieux consistant à :

– identifier la capacité d'accueil de ces structures « *pour tous les âges de la vie* » et présenter une cartographie des établissements existants sur le territoire ainsi que les établissements pour adultes construits « *sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus* » ;

– comptabiliser le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap au titre du dispositif prévu par l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles (« amendement Creton ») ;

Par ailleurs, le rapport devra établir des scénarios d'évolution de l'offre médico-sociale – création de places nouvelles et transformation des places existantes – dans le cadre des schémas régionaux de santé et des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

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

Le Sénat a adopté un amendement de suppression déposé par sa commission des affaires sociales, avec un avis de sagesse du Gouvernement. Il a estimé que cet article relève des compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations.

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

● La rapporteure est favorable au rétablissement de cet article adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. Le rapport demandé permettra de valoriser les données dont dispose la CNSA.

● La commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Michel Lauzzana et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche.



## COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Lors de sa séance du jeudi 19 novembre 2020, la commission examine, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (n° 3587) (M. Thomas Mesnier, rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs) <sup>(1)</sup>.*

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Mes chers collègues, la commission mixte paritaire réunie mardi soir au Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 n'étant pas parvenue à se mettre d'accord sur un texte, le Premier ministre a demandé qu'il soit procédé à une nouvelle lecture, qui aura lieu en séance publique, dans notre assemblée, lundi 23 et mardi 24 novembre. Le Sénat a adopté quarante-deux articles conformes mais en a ajouté soixante-sept, si bien que nous avons désormais cent vingt-cinq articles en discussion. Notre tâche est assez considérable, mais je suis certaine de pouvoir compter sur vous pour que nous nous en acquittions durant cette matinée. Conformément aux règles applicables au cours de la navette parlementaire, il m'a fallu déclarer irrecevables les amendements introduisant des dispositions nouvelles, notamment par la voie d'articles additionnels.

### DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

**Article 3 :** *Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020*

*La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS137 du rapporteur général et l'amendement AS46 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Thomas Mesnier, rapporteur général.** Mon amendement vise à rétablir les taux applicables originellement aux organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) pour la contribution au titre de l'année 2020.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, il faudrait regarder la proposition du Sénat de plus près. Les dépenses des OCAM sont loin d'être stabilisées, notamment pour ce qui est des reports de soins. Nous devons faire

---

<sup>(1)</sup> [http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9911844\\_5fb624edf01ad.commission-des-affaires-sociales--examen-en-nouvelle-lecture-du-projet-de-loi-de-financement-de-la--19-novembre-2020](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9911844_5fb624edf01ad.commission-des-affaires-sociales--examen-en-nouvelle-lecture-du-projet-de-loi-de-financement-de-la--19-novembre-2020)

attention à ne pas trop les ponctionner, pour éviter des répercussions négatives sur tous ceux qui dépendent d'eux.

**M. Jean-Carles Grelier.** Monsieur le rapporteur général, puisque vous revenez au texte de la première lecture, je vous ferai la même observation qu'alors. Vous faites contribuer les OCAM au financement de l'assurance maladie, comme vous l'aviez fait, à hauteur de quelque 500 millions d'euros, pour le reste à charge zéro. L'habitude a ainsi été prise, il y a quelques années, de faire financer une partie de ces dépenses par le secteur privé, et tout cela se fait de manière un peu discrète, un peu effacée, à l'intérieur des documents budgétaires, si bien que s'opère une privatisation rampante, glissante de notre système de santé, qui ne dit pas son nom. J'aimerais être fixé : le Gouvernement remet-il en cause sans le dire le modèle de 1945 ou est-ce autre chose ? Ponctionner sur le secteur de l'assurance privée 1,5 milliard d'euros, après les 500 millions d'euros du reste à charge zéro, on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'un financement neutre.

**M. le rapporteur général.** Nous avons déjà eu le débat en première lecture. Je ne crois pas que nous sommes en train de glisser vers un autre modèle. D'ailleurs, les organismes complémentaires, au cours des auditions, nous ont dit qu'ils souhaitaient participer à l'effort national, dans la mesure où ce n'était qu'un retour sur des économies réalisées en 2020. Nous veillerons bien sûr à éviter tout effet de bord. Au demeurant, l'article 3 et l'article 10 fixent une clause de revoyure qui permettra à la représentation nationale d'être éclairée et de revoir, le cas échéant, son jugement.

**M. Adrien Quatennens.** Nous proposons de substituer le taux de 3,5 % au taux de 3 %. En 2016, le gouvernement Valls a rendu obligatoires les complémentaires dans les entreprises, ce qui a eu pour conséquence une augmentation importante de ces entreprises privées qui font du profit sur le dos de l'assurance des personnes. Dans notre programme, nous défendons le principe de la réintégration de ces complémentaires au régime général de la sécurité sociale, afin, d'une part, d'augmenter ses recettes et, d'autre part, d'assurer une couverture égalitaire des personnes. C'est pourquoi nous vous proposons, dans un premier temps, d'augmenter la contribution obligatoire de ces complémentaires qui ont pu prospérer pendant la crise.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Votre amendement conduirait à effectuer une ponction supérieure aux économies réalisées, ce qui pourrait fragiliser les organismes complémentaires.

*La commission adopte l'amendement AS137.*

*En conséquence, l'amendement AS46 tombe.*

*La commission adopte l'article 3 modifié.*

**Article 3 bis (nouveau) :** *Généralisation du remboursement de la prestation des opticiens-lunetiers pour les verres n'appartenant pas à la classe « à prise en charge renforcée »*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI42 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je vous propose de supprimer cet article introduit au Sénat. L'extension de la prise en charge en dehors du panier de soins « 100 % santé » modifierait l'équilibre de la réforme, alors même qu'elle n'a été mise en œuvre qu'au 1<sup>er</sup> janvier de cette année. Voyons d'abord comment elle s'applique avant d'étendre davantage le panier de soins applicables.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 3 bis est supprimé.*

**Article 4 bis :** *Rapport relatif à l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile*

*La commission examine l'amendement AS95 de M. Thierry Michels.*

**Mme Audrey Dufeu.** Nous proposons de rétablir l'article, supprimé par le Sénat, qui demandait un rapport sur les services d'aide à domicile.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable, comme en première lecture.

**M. Thibault Bazin.** Le Sénat a l'habitude de supprimer nos demandes de rapport, estimant que nous sommes capables de les rédiger nous-mêmes. Mais je ne voudrais pas que l'on rétablisse cette demande de rapport pour supprimer ensuite certaines dispositions attendues par tout le secteur des aides à domicile. Je serais favorable à un *package* global, contenant le rapport et les avancées du Sénat sur le secteur des aides à domicile...

**Mme Monique Iborra.** Pour peu que ce soient des avancées ! On peut conserver les amendements du Sénat si les juge favorables à l'aide à domicile, mais pas dire d'emblée qu'au prétexte que l'on garde un rapport, il faut aussi garder l'ensemble des dispositions qu'il a introduites !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Comme en première lecture, je ne vois pas bien l'intérêt de cet amendement : à l'occasion du printemps de l'évaluation, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a déjà effectué des travaux sur l'utilisation de ces 50 millions d'euros. Il nous arrive de refuser des rapports qui pourraient être utiles, mais là, on vote un rapport qui n'a aucun sens !

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 bis est ainsi rétabli.*

**Article 4 ter (nouveau) :** *Limitation du plafonnement et de la dégressivité de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les seules structures à but lucratif*

*La commission examine les amendements de suppression AS175 du rapporteur général et AS85 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. le rapporteur général.** L'article 4 ter, introduit par le Sénat, vise à limiter aux structures privées à but lucratif le plafonnement et la dégressivité de l'exonération de cotisations patronales pour les aides à domicile qui, par conséquent, ne s'appliqueraient plus aux structures à but non lucratif, ce qui entraînerait une rupture d'égalité injustifiée entre les structures privées à but lucratif et celles à but non lucratif, ainsi qu'une diminution des recettes pour la sécurité sociale. C'est pourquoi je propose de le supprimer.

**M. Adrien Quatennens.** L'application du dispositif d'exonération peut entraîner jusqu'à 27 % de réduction de charges patronales pour l'employeur des professionnels concernés. L'article étend cette exonération au secteur lucratif, ce qui représenterait autant de pertes pour la sécurité sociale. Notre amendement AS85 vise à stopper la progression de ces exonérations de cotisations.

**M. le rapporteur général.** Si nos amendements sont identiques dans leur texte, il me semble qu'il y a un contresens dans votre exposé sommaire, monsieur Quatennens. Avis favorable, néanmoins.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, je ne sais plus qui croire ! À lire les intentions de nos collègues sénateurs, l'article 4 ter visait à étendre aux centres communaux d'action sociale (CCAS) et aux centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) l'exonération partielle de charges patronales pour les aides à domicile, qui ne s'appliquent pour l'heure qu'aux établissements privés à but lucratif, avec un plafonnement et une dégressivité. L'article étendrait l'exonération, sans plafonnement, aux CCAS, aux CIAS et au secteur à but non lucratif. Qu'en est-il en réalité ? Peut-être y a-t-il un problème de rédaction, mais il ne faudrait pas perdre l'avancée souhaitée, d'autant que les départements avaient été plutôt attentifs aux avancées des articles 4 ter, 4 quater et 4 quinquies.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Bazin, je vous rassure et je partage votre vigilance : l'amendement adopté par le Sénat concernait bien les seules structures privées à but lucratif. Les organismes prestataires de droit public, notamment les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, bénéficient depuis 1989 d'un dispositif d'exonération spécifique de cotisations : de leur point de vue, l'amendement sénatorial était déjà satisfait. Nous pouvons donc supprimer cet article additionnel sans inquiétude.

*La commission adopte ces amendements.*

*En conséquence, l'article 4 ter est supprimé.*

**Article 4 quater (nouveau) :** *Sécurisation juridique de l'exonération de cotisations patronales des structures employant des aides à domicile*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI76 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement de suppression s'explique par le souci d'éviter certains effets de bord. Si l'objectif de l'article introduit par le Sénat est louable, puisqu'il consiste à sécuriser juridiquement l'exonération de cotisations patronales des structures employant des aides à domicile, il est nécessaire d'examiner plus en détail – comme le Gouvernement s'y est engagé en première lecture – le problème soulevé, afin d'éviter des effets de bord.

**M. Thibault Bazin.** On ne peut qu'être d'accord pour limiter les effets de bord. Mais l'article 4 quater visait à clarifier la question des foyers de vie ou des foyers d'accueil médicalisés, de manière à ce que les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) les considèrent comme des domiciles à usage privatif. Ne faudrait-il pas approfondir cette question et réécrire l'article en ce sens ?

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 quater est supprimé.*

**Article 4 quinquies (nouveau) :** *Simplification des contrôles de l'URSSAF s'agissant de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les structures privées à but non lucratif*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI77 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article introduit par le Sénat prévoit de simplifier les contrôles de l'URSSAF s'agissant de l'exonération de cotisations patronales « aides à domicile » pour les structures privées à but non lucratif ; or cette disposition relève exclusivement du niveau réglementaire. C'est pourquoi je propose de la supprimer.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 quinquies est supprimé.*

**Article 6 :** *Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19*

*La commission adopte l'article 6 sans modification.*

**Article 6 bis A (nouveau) :** *Compensation par l'État à la branche maladie des dépenses exceptionnelles de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2020*

*La commission étudie l'amendement de suppression AS138 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article introduit par le Sénat qui vise à verser à la sécurité sociale une compensation correspondant à la hausse du budget de Santé publique France en 2020. Sur la forme, cet article porte atteinte à l'intelligibilité des textes financiers puisqu'aucune contrepartie n'a été votée en loi de finances. Sur le fond, il mélange des aspects conjoncturels liés à la crise et une potentielle évolution des missions de Santé publique France. D'où cet amendement de suppression.

**M. Thibault Bazin.** Certes, on ne doit pas répéter ce qui s'est dit en commission mixte paritaire, mais reconnaissez que l'article pose une question de fond. Santé publique France, qui remplit des missions de l'État, ne devrait-elle pas être financée sur son budget plutôt que sur celui de la sécurité sociale ? Il faut regarder cela de près. Passer de 150 millions d'euros à 4,8 milliards, ce n'est pas rien. Il serait bon de trouver un *modus operandi*...

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 6 bis A est supprimé.*

**Article 6 bis :** *Dispositions relatives à l'activité partielle*

*La commission adopte l'article 6 bis sans modification.*

**Article 6 ter :** *Dispositifs d'allègement des cotisations et contributions sociales à destination des employeurs et des travailleurs indépendants dans le cadre de la crise sanitaire*

*La commission adopte l'article 6 ter sans modification.*

**Article 6 quater (nouveau) :** *Dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales à destination des clubs sportifs professionnels dans le cadre de la crise sanitaire*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS139 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'article 6 quater introduit par le Sénat vise à accorder une exonération aux clubs sportifs dont la capacité d'accueil du public a été touchée par la crise. Or c'est déjà l'objet de l'article 6 ter qui intègre bien le secteur du sport, lorsque celui-ci subit une perte substantielle de chiffre d'affaires ; il va même plus loin car il ajoute à une exonération une aide au paiement des cotisations et contributions sur les salaires. Le seuil de déclenchement du dispositif exceptionnel a été fixé à une baisse de 50 % du chiffre d'affaires, ce qui sera

apprécié, j'en suis certain, avec discernement sur le terrain. Au total, 105 millions d'euros seraient ainsi dirigés vers le secteur sportif, sans compter que le recours à l'activité partielle entraîne mécaniquement une exonération de cotisations sur les salariés concernés. Il n'est pas exclu que la rédaction de l'article 6 *ter* évolue encore un peu pour parfaire le dispositif d'ici à la séance. D'où mon amendement de suppression.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 6 quater est supprimé.*

**Article 7 : Tableaux d'équilibre pour 2020**

*La commission examine l'amendement de suppression AS48 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Adrien Quatennens.** Le Gouvernement, par le biais d'un amendement au Sénat, a décidé d'augmenter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2020, en toute urgence, afin de prendre en compte les dépenses liées à l'augmentation du nombre de tests PCR et au déploiement des tests antigéniques, ainsi que d'augmenter les moyens des établissements et services pour personnes âgées. Cela reste tout à fait insuffisant et nous nous opposons à une contraction des dépenses imposée par la logique de l'ONDAM. C'est la raison pour laquelle nous proposons de supprimer l'article 7.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, d'autant que cet article doit obligatoirement figurer en loi de financement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS47 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous souhaitons instaurer des contreparties aux aides substantielles versées par l'État aux entreprises. Certains pays, comme l'Espagne ou le Portugal, ont exigé des contreparties sociales ou environnementales.

**M. le rapporteur général.** Comme en première lecture, avis défavorable. Sur la forme, la portée normative de votre amendement est douteuse, car nous sommes dans un article de chiffres. Sur le fond, nous n'en partageons pas la philosophie : la contrepartie, c'est la survie des entreprises qui sont en difficulté : ce sont bien elles que nous aidons grâce notamment aux dispositifs d'exonérations et au fonds de solidarité, qui sont soumis à des conditions de taille de l'entreprise et de perte de chiffres d'affaires.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 7 sans modification.*

**Article 8 :** *Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020*

*La commission examine l'amendement de suppression AS49 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** L'amendement vise à supprimer l'article 8, qui approuve l'ONDAM. Nous considérons que cette contraction des dépenses imposée par l'ONDAM est un problème au vu de la crise sanitaire et, plus globalement, de la remise sur pied de notre système de santé.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable : cet article est obligatoire en loi de financement. Qui plus est, les multiples révisions de l'ONDAM 2020 au cours du débat parlementaire démontrent la volonté du Gouvernement de proposer un chiffrage le plus sincère possible, en tirant les conséquences des toutes dernières informations disponibles quant aux surcoûts liés à l'épidémie de covid-19.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS115 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Nous proposons une nouvelle répartition de l'ONDAM, afin d'ouvrir des lits supplémentaires, notamment en réanimation, et de prévoir des recrutements. S'il y avait davantage de lits à l'hôpital et de personnes recrutées, nous répondrions réellement aux besoins sans devoir nous imposer autant de privations de liberté.

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

Votre amendement porte sur l'ONDAM 2020. Vous avez beau soutenir que 1 milliard d'euros permettrait d'ouvrir d'un claquement de doigt des milliers de lits et d'embaucher d'un autre claquement de doigts des milliers de soignants, cela ne correspond pas à la réalité. Avec l'ouverture de 4 000 lits et l'anticipation des revalorisations salariales, la majorité agit. Par ailleurs, pour ouvrir un lit de réanimation, non seulement il faut l'équipement – nous avons fortement augmenté les capacités de réanimation depuis le début de l'année –, mais il faut trouver du personnel pour les « armer », ce qui ne se fait pas en un claquement de doigts : il faut onze ans pour former un réanimateur et plusieurs années pour former des infirmiers en réanimation.

**M. Jean-Carles Grelier.** Je tiens à appeler votre attention, monsieur le rapporteur général, sur la situation de la santé mentale, qui n'est pas du tout prise en compte dans l'ONDAM cette année. Le ministre de la santé a découvert hier, semble-t-il, qu'une troisième vague, celle de la psychiatrie et de la santé mentale, risquait de s'abattre sur notre pays ; mais elle est là depuis le printemps ! Or, depuis le printemps, que ce soit dans le Ségur de la santé ou dans ce PLFSS, pas une mesure spécifique pour la santé mentale ni pour la psychiatrie, alors que des millions de nos compatriotes sont en grande souffrance, au travail ou chez eux ! Les étudiants sont

également en très grande souffrance : on compte un psychologue universitaire pour 30 000 étudiants ! Personne ne se préoccupe de tous ces jeunes en difficulté, en mal-être, en totale déshérence. La vague est bel et bien là, depuis le printemps, et elle est en train d’engloutir l’ensemble du système. À l’heure où le Gouvernement est capable de débarquer à l’Assemblée nationale ou au Sénat avec 2,4 milliards d’euros une fois et quelques milliards d’euros supplémentaires d’autres fois, pas un centime supplémentaire n’est prévu pour la psychiatrie et la santé mentale.

**M. Joël Aviragnet.** Monsieur le rapporteur général, vous ne pouvez pas dire que des lits supplémentaires et un recrutement de personnel ne sont pas une priorité, quand les Français sont confinés chez eux. Quant à la formation du personnel, vous aviez plusieurs mois pour vous organiser : or rien n’a été fait et aucun lit supplémentaire n’a été ouvert. Il faut rester lucide et savoir ce que l’on dit face à la population française !

**Mme Audrey Dufeu.** Monsieur Aviragnet, je crois que vous n’avez pas bien écouté le rapporteur général. Il n’a pas dit qu’il n’était pas nécessaire d’augmenter les moyens – il a d’ailleurs parlé d’un accroissement du nombre de lits ; il a seulement rappelé qu’il fallait du temps pour former médecins et infirmières. La durée de leur formation ne nous permettra pas à l’évidence d’accroître les moyens en 2020 et en 2021. Les mesures prises ont aussi pour objet de renforcer l’attractivité des métiers – le « Ségur » y participe par la revalorisation des carrières – afin précisément de répondre, à moyen terme, à ces besoins. Par ailleurs, comme le Président de la République l’a rappelé à plusieurs reprises, le nombre de lits en réanimation a clairement été augmenté : ne disons pas n’importe quoi.

Monsieur Grelier, c’est bien parce que la psychiatrie est une filière d’activité au même titre que les autres qu’il est inutile, à mon sens, de le spécifier dans un PLFSS. J’ajouterai un témoignage émanant de mon territoire. La région des Pays de la Loire – que vous connaissez bien, puisque vous êtes député de la Sarthe – était la moins dotée en moyens dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale. Les directeurs des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie avec lesquels j’ai discuté ont constaté des différences notables depuis quelques années : leurs moyens ont sans conteste augmenté, et le quotidien des soignants s’est très sensiblement amélioré. Par ailleurs, je vous invite à consulter le plan pauvreté, qui va revaloriser les dotations en psychologues dans les centres médico-psychologiques pour répondre aux besoins d’accompagnement des jeunes.

**M. Jean-Carles Grelier.** Je ne dis pas que des efforts n’ont pas été faits, mais ils ne sont pas à la hauteur de la crise. Les associations de praticiens hospitaliers en psychiatrie sont nombreuses à appeler l’attention du Gouvernement depuis des mois. Pour ma part, j’ai multiplié les tribunes, les propositions de loi en ce sens, sans que personne ne s’y intéresse. À l’hôpital Henri-Mondor de Créteil, on a supprimé, au printemps, les deux lits d’urgence de psychiatrie au bénéfice des patients atteints par la covid-19. C’était sans doute nécessaire, mais cela signifie qu’aujourd’hui, quelqu’un qui fait une tentative de suicide dans le Val-de-Marne ne

peut bénéficier d'une prise en charge aux urgences. Dans mon département de la Sarthe, il n'y a pas davantage de prise en charge en pédopsychiatrie pour un jeune qui vient de faire une tentative de suicide. Voilà la situation dans laquelle nous sommes ! Votre gouvernement ne peut certes être tenu responsable de tout. Depuis des années, on a supprimé 40 000 lits de psychiatrie dans notre pays. Les effectifs, les moyens sont insuffisants. Et surtout, depuis le printemps, la crise sanitaire a fait croître de manière considérable la demande en soins de psychiatrie et de santé mentale. À ce jour, les moyens ne permettent pas de répondre à cette attente de la population.

**M. le rapporteur général.** Je souhaite que les débats se déroulent dans la plus grande sérénité – ce à quoi je m'emploie – mais, monsieur Aviragnet, il faut être lucide et dire la vérité aux Français. Je n'ai jamais dit, ni même pensé, contrairement à ce que vous affirmez, qu'ouvrir des lits pour faire face à la crise n'était pas une priorité. Je n'en fais que peu état dans cette commission : je suis médecin urgentiste et j'ai renfilé la blouse pendant la crise. Chaque soignant s'est mobilisé autant qu'il l'a pu et continue à le faire aujourd'hui. Oui, ouvrir des lits, embaucher est une priorité, et on le fait...

**M. Joël Aviragnet.** Pas suffisamment !

**M. le rapporteur général...** en ouvrant 15 000 postes de soignants et 4 000 lits supplémentaires. On comptait 5 000 lits de réanimation début 2020. On est en capacité d'en avoir 5 800 aujourd'hui, et jusqu'à 10 700 au niveau national, en déprogrammant des interventions, en portant les capacités à leur plus haut niveau. On a formé, depuis le printemps, des centaines de professionnels, qui travaillaient dans d'autres services, pour armer les réanimations. Oui, soyons lucides, disons la vérité aux Français, mais soyons tous responsables dans cette commission.

*La commission rejette l'amendement.*

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

**Article 9 (supprimé) :** *Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés*

*La commission maintient la suppression de l'article 9.*

*Puis elle adopte la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 modifiée.*

TROISIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE  
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

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

CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
TENIR COMPTE DE LA CRISE DE LA COVID-19

**Article 10 A (nouveau) :** *Rétablissement de la compensation de certaines exonérations sociales*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS140 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement a pour objet de supprimer un article introduit au Sénat, qui vise à compenser plusieurs dispositifs d'exonération. Outre qu'il revient sur ce que nous avons voté dans le PLFSS 2020, cet article est dépourvu de sincérité budgétaire, dès lors qu'il n'a pas eu de contrepartie en loi de finances au sein d'une mission budgétaire bien identifiée.

**M. Thibault Bazin.** Je suis pour la sincérité budgétaire, mais aussi pour la sérénité des débats... Quand le Sénat propose des mesures destinées à mieux gérer le budget qui nous est confié, elles sont caricaturées ou balayées d'un revers de la main. Il ne s'agit pas d'un petit sujet, puisque 4 milliards d'euros sont en jeu chaque année. Vous entendez supprimer la possibilité de déroger au principe de non-compensation des exonérations décidées par l'État, qui affectent les comptes de la sécurité sociale. C'est une bombe à retardement. On peut comprendre cette décision pour une année comme celle que nous vivons, mais il faut en mesurer les effets. On ne peut pas balayer la proposition qui est faite au nom de la sincérité budgétaire alors qu'elle manifeste au contraire la volonté de respecter ce principe et d'atteindre les objectifs définis par les lois de financement de la sécurité sociale.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 10 :** *Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS143 du rapporteur général ainsi qu'AS96, AS15 et AS116 de M. Joël Aviragnet.*

**M. le rapporteur général.** Mon amendement vise à rétablir le taux de la contribution exceptionnelle sur les OCAM pour 2021, tel qu'il avait été fixé en première lecture.

**M. Joël Aviragnet.** L'amendement AS96 vise à instaurer une différenciation dans la contribution exceptionnelle demandée en 2021 aux organismes complémentaires, selon qu'il s'agit d'une mutuelle – donc sans but lucratif – ou d'une compagnie d'assurance privée, à but lucratif. En effet, les compagnies d'assurance privée, qui couvrent d'autres marchés que les complémentaires santé, ont enregistré des surplus de cotisations importants en raison du confinement. D'autres surplus de cotisations sont à prévoir, en raison du nouveau confinement. Il semble donc légitime de demander aux compagnies d'assurances une participation exceptionnelle pour la gestion du covid-19 différente de celle attendue des acteurs mutualistes. Les amendements AS15 et AS116 établissent des proportions différentes entre la contribution demandée aux mutuelles et aux compagnies d'assurances.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, je suis, pour le coup, d'accord avec votre amendement : le doublement de la « taxe covid » proposé par cet article ne relève pas d'un ajustement sur des données intangibles, et pourrait surtout aggraver les conséquences de la crise pour les instituts de prévoyance. En ignorant le coût de la portabilité des droits des personnes au chômage, on ferait aussi courir le risque d'une augmentation des coûts des contrats collectifs de santé et de prévoyance. Le doublement de la « taxe covid » d'ici à 2021 serait vraiment dangereux. Il faut absolument s'en tenir à 1,3 %, ce qui est déjà compliqué.

Rappelons au passage, mais c'est pure taquinerie, que votre étude d'impact ne prévoyait pas de deuxième vague. Je ne suis pas sûr que le Gouvernement et la majorité aient des leçons à donner en matière de sincérité budgétaire...

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Vous êtes effectivement taquin, monsieur Bazin, d'autant que les plus grands experts n'avaient alors pas prévu de deuxième vague.

**M. le rapporteur général.** Je vous sais taquin, monsieur Bazin, mais je vous remercie de dire quand vous êtes d'accord ; cela ne donne que plus de poids à vos interventions quand vous êtes d'un avis différent...

Je serai défavorable aux amendements qui visent à augmenter préventivement le taux de la taxe, sans lien avec quelque élément que ce soit permettant de prévoir la situation des OCAM en 2021. Je serai également opposé aux amendements qui ont pour objet de créer une inégalité injustifiée, d'autant plus qu'ils poursuivent des objectifs opposés : certains visent à ce que les assurances paient plus que les mutuelles, quand d'autres voudraient que les mutuelles paient davantage que les assurances. C'est d'autant plus problématique quand les amendements proviennent des mêmes auteurs !

**M. Joël Aviragnet.** J'ai bien entendu, monsieur le rapporteur général : reste que les compagnies d'assurances réalisent des bénéfices, qui vont dans la poche des actionnaires. Une fois de plus, qui participe à l'effort national face à la crise et au confinement ? Des tas de gens vont entrer dans la précarité, pendant que d'autres

profiteront du système et de la crise. C'est toujours pareil : tout est pour les actionnaires, pour les autres, on laisse passer. Il va falloir prendre en compte, d'une manière ou d'une autre, cette injustice flagrante.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Aviragnet, je m'étonne, après vous avoir écouté, que vous présentiez un amendement qui vise à taxer davantage les mutuelles que les assurances. Je maintiens mon avis défavorable.

*La commission adopte l'amendement AS143.*

*En conséquence, les amendements AS96, AS15 et AS116 tombent.*

*La commission est saisie de l'amendement AS50 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous proposons d'insérer, après l'alinéa 6, un alinéa ainsi libellé : « *Les organismes de complémentaire santé sont tenus de maintenir leurs tarifs : ils s'engagent à ne pas faire peser sur les contractants la contribution obligatoire à l'assurance maladie ci-dessus instituée.* » Ce faisant, nous entendons veiller à ce que cette contribution ne pèse pas sur les personnes contractantes. Ce dispositif a pour objet d'encadrer la tarification des organismes complémentaires.

**M. le rapporteur général.** Comme en première lecture, votre amendement me semble plus déclaratif que véritablement juridique et pourrait, le cas échéant, contredire des principes constitutionnels comme la liberté d'entreprendre. Avis défavorable, sous l'angle juridique.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 10 modifié.*

**Article 13 :** *Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)*

*La commission examine l'amendement de suppression AS53 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** Cet amendement vise à supprimer l'article 13, réécrit par le Sénat, qui a pour objet de pérenniser le système spécifique d'exonération de cotisations et de contributions sociales patronales pour l'embauche de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi du secteur agricole (TO-DE), qui avait été mis en place de façon provisoire par l'Assemblée nationale. Le secteur agricole a certes besoin d'un soutien, mais il ne faut pas que cela se fasse au détriment des recettes de la sécurité sociale, qui permet notamment d'abonder les retraites – on le sait, très faibles – et l'assurance maladie des agricultrices et agriculteurs. Il est donc nécessaire que ce soit l'État qui veille au niveau de vie et assure un revenu confortable aux agricultrices et agriculteurs qui nourrissent l'ensemble de la population.

**M. le rapporteur général.** Nous recommençons le débat, auquel nous sommes habitués depuis le début de la législature, sur le dispositif TO-DE. Je ne serai pas favorable à cet amendement, qui revient sur l'effort temporaire demandé à nos finances publiques pour soutenir les filières concernées.

**M. Thibault Bazin.** L'article 13, dans la rédaction proposée par le Sénat, vise à pérenniser le dispositif TO-DE : il ne créerait donc aucune dépense nouvelle en 2021. Vous anticipez sur d'autres articles. À mon avis, c'est une très bonne idée de pérenniser le dispositif ; c'est d'ailleurs une mesure attendue. Mais elle ne concerne que les travailleurs occasionnels, non les agriculteurs dont on connaît les difficultés, notamment en matière de retraite, qu'on devra traiter. La question des travailleurs occasionnels soulève, quant à elle, des enjeux de compétitivité et de soutien à l'emploi local. On mène actuellement de très belles expérimentations en matière de cumul – sur une période de deux mois – du revenu de solidarité active et d'un emploi saisonnier. Il est de notre responsabilité de pérenniser ce dispositif ; c'est une décision très attendue par les agriculteurs.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS144 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à revenir sur la décision du Sénat de pérenniser le dispositif d'exonération TO-DE et à rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, en le prolongeant de deux ans.

**M. Nicolas Turquois.** Monsieur le rapporteur général, j'entends votre position, mais l'évolution proposée par le Sénat me paraît nécessaire. Contrairement à ce qu'a dit M. Quatennens, le dispositif TO-DE ne s'applique pas aux agriculteurs mais aux saisonniers agricoles – notre collègue Bazin vient de le rappeler. Nous importons des fruits et légumes chaque année en raison d'un différentiel important de coût de la main-d'œuvre. On prend conscience que la qualité de l'alimentation est primordiale, notamment dans le cadre de la crise actuelle. Nos agriculteurs ne peuvent se projeter dans la durée, s'engager sur plusieurs années, ce qui est pourtant nécessaire dans ce genre de productions – par exemple dans le secteur de la production fruitière – tant que règne cette incertitude sur le coût de leur main-d'œuvre, dont nous rediscutons chaque année depuis 2017. Il me semble important de pérenniser le dispositif, et non pas seulement de le prolonger jusqu'en 2023 ; à titre personnel, je serai donc défavorable à cet amendement. Il faut donner de la visibilité à nos filières agricoles, qu'elles soient fruitières, légumières, viticoles. Connaissant votre circonscription, monsieur le rapporteur général, je pense que vous devriez être sensible à cet argument.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 13 modifié.*

**Article 13 bis A (nouveau) :** *Augmentation de l'exonération totale de « TO-DE » à 1,25 SMIC*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI45 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Pour les mêmes raisons qui fondent mon opposition à la pérennisation du TO-DE au-delà du raisonnable, je ne suis pas favorable à l'extension des exonérations, fût-elle temporaire, à un niveau de rémunération supérieur à ce qu'il est actuellement. Le niveau actuel reflète l'équilibre que nous avons trouvé en 2019. D'où cet amendement de suppression.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, vous parlez d'équilibre, alors que la mesure était passée au forceps à trois voix près, contre l'avis du Gouvernement et du rapporteur de l'époque. Heureusement, certains d'entre vous s'étaient absentés au bon moment, ce qui nous avait permis de la faire passer... Elle résultait d'un amendement en discussion commune, qui fixait un niveau de 1,2 SMIC. La proposition de le faire passer à 1,25 SMIC n'est pas un cadeau, mais juste le rétablissement du dispositif tel qu'il existait avant l'arrivée de votre majorité. Si l'on veut faire vivre l'idée de souveraineté alimentaire, si j'écoute les propos du Président de la République, le niveau de 1,25 SMIC serait un très bon signal à adresser à tous les acteurs de la filière, qui l'attendent.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 bis A est supprimé.*

**Article 13 bis B (nouveau) :** *Extension de l'exonération « TO-DE » aux entreprises de travaux forestiers*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression ASI46 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Pour les mêmes raisons que celles exposées précédemment, je vous propose de supprimer cette disposition.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 bis B est supprimé.*

**Article 13 bis C (nouveau) :** *Réduction du taux de CSG sur la location de foncier agricole non bâti*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression ASI47 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je suis opposé à cette exonération, comme à l'ensemble des exonérations ciblées suivantes, dans la mesure où elles ne sont pas justifiées par la crise. L'article 13 bis C crée un fort effet d'aubaine pour la location

de terres à des agriculteurs, alors même qu'il n'a pas été démontré que les exonérations dont ils bénéficient depuis bientôt quarante ans aient permis de répondre efficacement à la problématique – réelle – du renouvellement des générations d'agriculteurs. Je vous propose donc de le supprimer.

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

*En conséquence, l'article 13 bis C est **supprimé**.*

**Article 13 bis D (nouveau) :** *Extension de la réduction de 6 points de cotisations sociales « maladie » aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS148 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer la réduction de cotisations maladie sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics, afin de maintenir les ressources de la sécurité sociale, qui participe au financement de ces établissements, et pour éviter de créer une inégalité avec les EHPAD privés, lesquels bénéficient certes des allègements généraux mais paient la taxe d'habitation, contrairement aux EHPAD publics.

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

*En conséquence, l'article 13 bis D est **supprimé**.*

**Article 13 bis E (nouveau) :** *Modification du délai de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS149 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer l'alignement de la durée de prescription des créances des cotisants sur les URSSAF et des créances des URSSAF sur les cotisants. Le délai plus long qui est laissé à la prescription des créances des URSSAF sur les cotisants tient au fait que les contrôles de l'assiette de la cotisation ont nécessairement lieu dans l'année qui suit le versement des cotisations. L'alignement est donc injustifié dans la mesure où s'agit de deux opérations distinctes.

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

*En conséquence, l'article 13 bis E est **supprimé**.*

**Article 13 bis F (nouveau) :** *Diminution de charges sociales pour les médecins retraités exerçant en zone sous-dense*

*La commission en vient aux amendements de suppression AS150 du rapporteur général et AS112 de M. Joël Aviragnet.*

**M. le rapporteur général.** Nous avons eu déjà eu ce débat en première lecture. Mon amendement vise à supprimer l'abaissement de charges pour les médecins retraités vivant en zone sous-dense. En effet, la diminution de charges prévue est très imprécise, ce qui laisserait le pouvoir réglementaire entièrement libre d'en déterminer la portée. Les médecins retraités bénéficient déjà, en zone sous-dense, de l'exonération d'une partie de leurs cotisations sur la part des revenus allant, depuis le 1<sup>er</sup> janvier de cette année, jusqu'à 80 000 euros. On a largement augmenté le seuil, qui était de 12 000 euros en début de législature. Je vous propose donc de supprimer l'article.

**M. Joël Aviragnet.** Je suis tout à fait d'accord avec M. le rapporteur général ; comme quoi, tout finit par arriver... Bien que je comprenne la position de nos collègues du groupe Les Républicains au Sénat, il me semble que leur réponse n'est pas viable dans la durée.

*La commission adopte les amendements identiques.*

*En conséquence, l'article 13 bis F est supprimé.*

**Article 13 bis G (nouveau) :** *Autorisation du cumul d'exonérations pour les jeunes agriculteurs*

*La commission examine l'amendement de suppression AS151 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Comme en première lecture, je confirme ma position : le cumul d'exonérations n'est justifié ni par la crise sanitaire ni par l'effet qu'il pourrait avoir sur le renouvellement générationnel des agriculteurs. Je vous propose donc de supprimer cet article.

**M. Jean-Carles Grelier.** Effectivement, monsieur le rapporteur général, cette disposition n'est sans doute pas liée à la crise, mais elle est inspirée par la sagesse : il est parfois bon de faire en sorte que Kafka ne soit pas aux commandes. En l'occurrence, on arrive à des situations parfaitement paradoxales : en l'absence d'autorisation de cumul, il peut arriver qu'au sein d'un groupement agricole d'exploitation en commun, un jeune agriculteur se retrouve à payer plus de cotisations qu'un collègue plus âgé disposant de revenus plus élevés. C'est totalement incompréhensible. Cette disposition était l'occasion de revenir à une forme de bon sens. Ce PLFSS peut contenir des dispositions qui ne soient pas complètement en lien avec la crise, mais qui permettent de remettre un peu de bon ordre et de bon sens.

**M. Thibault Bazin.** On a pu constater, en échangeant avec de jeunes agriculteurs, que la troisième année, en particulier, devient extrêmement compliquée, notamment pour les femmes. Il faut consacrer plus d'attention à cette

question : au-delà de la crise, monsieur le rapporteur général, la mesure proposée par cet article irait dans le bon sens.

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

*En conséquence, l'article 13 bis G est **supprimé**.*

**Article 13 ter A (nouveau) : Exonérations de cotisations sociales pour les travailleurs indépendants du secteur viticole ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020**

*La commission examine l'amendement de suppression ASI52 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer un dispositif qui ne me semble pas justifié, pour trois raisons. D'abord, l'article 13 bis, que notre assemblée avait adopté en séance, et que le Sénat a voté conforme, exonère les entreprises travaillant dans la viticulture selon un dispositif que la commission des affaires sociales du Sénat a jugé juridiquement fragile. Ensuite, le présent projet de loi permet le prolongement du dispositif TO-DE. Enfin et surtout, l'article 6 ter permet aux travailleurs indépendants de bénéficier d'une réduction forfaitaire dès lors qu'ils subissent une perte d'activité.

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

*En conséquence, l'article 13 ter A est **supprimé**.*

**Article 13 ter B (nouveau) : Exonération de cotisations sociales pour les travailleurs du secteur de la culture de la canne à sucre ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires pendant l'année 2020**

*La commission examine l'amendement de suppression ASI53 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** De la même manière, cet amendement vise à revenir sur une disposition adoptée par le Sénat, qui exonère le secteur de la canne à sucre.

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

*En conséquence, l'article 13 ter B est **supprimé**.*

**Article 13 ter : Rétablissement de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à l'adoption de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique**

*La commission **adopte** l'article 13 ter **sans modification**.*

**Article 13 quater :** *Intégration de l'audiovisuel dans le dispositif « LODEOM » renforcé*

*La commission examine l'amendement AS154 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** En cohérence avec ma position en première lecture, le présent amendement vise à supprimer l'intégration du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) dans le dispositif de la loi pour le développement économique des outre-mer (« LODEOM ») renforcé.

**M. Thibault Bazin.** Le périmètre du dispositif pose tout de même question : le secteur du BTP outre-mer est bien spécifique et les conséquences de la crise y sont pires qu'en métropole. Il faut peut-être se pencher sur la question d'ici à la séance, de manière à renforcer le dispositif de soutien à ce secteur.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 13 quinquies A (nouveau) :** *Suppression de la taxe additionnelle sur les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés*

*La commission examine l'amendement de suppression AS155 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** En cohérence, là encore, avec mon avis donné en première lecture, je demande la suppression de l'article 13 quinquies A, qui vise à exonérer les dépassements d'honoraires d'une taxe supplémentaire.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 quinquies A est supprimé.*

**Article 13 quinquies :** *Suppression de la surcotisation patronale pour la prime de feu*

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS54 de Mme Caroline Fiat et AS214 du rapporteur général.*

**M. Adrien Quatennens.** En première lecture, le 22 octobre, l'Assemblée nationale avait adopté un amendement du Gouvernement tendant à supprimer, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, la part patronale de la surcotisation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) relative à la prise en compte de la prime de feu pour le calcul de la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels. Cette disposition permettant de compenser pour plus de la moitié le coût de la revalorisation de 19 % à 25 % du taux de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels est une mesure positive. Néanmoins, les services départementaux d'incendie et de secours demandent la suppression de la part salariale de la surcotisation, perçue comme injuste par les professionnels,

inéquitable par rapport aux employeurs désormais exonérés de leur part de surcotisation, et sans fondement depuis 2003, date à laquelle devait s'éteindre, à l'origine, la surcotisation. Tel est le sens de l'amendement AS54, qui a également été défendu au Sénat.

**M. le rapporteur général.** Je propose de rétablir le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale au sujet du régime social de la prime de feu des pompiers. En supprimant la surcotisation patronale, la majorité montre qu'elle veille à la soutenabilité des finances des collectivités territoriales. À cet effort appréciable – environ 40 millions d'euros – s'ajoute une revalorisation de la prime elle-même, à hauteur de 100 euros mensuels en moyenne par pompier.

La suppression de la surcotisation salariale aurait un effet immédiat supplémentaire sur les comptes de la CNRACL, déjà touchés par la suppression de la première surcotisation. Je serais d'ailleurs favorable, à titre personnel, à la suppression pure et simple de l'article 13 *quinquies*, mais je ne veux pas préempter le débat qui aura lieu avec le Gouvernement, en séance publique, sur ce sujet. Avis défavorable, donc, à l'amendement AS54, dont l'adoption supprimerait toute forme de cotisation sur la prime de feu, ce qui entraînerait, à terme, un affaiblissement excessif des pensions perçues par les pompiers.

**M. Thibault Bazin.** Nous serons cohérents avec la position que nous avons défendue en première lecture. La suppression de la part patronale de cette surcotisation à la CNRACL est une très bonne chose, mais elle n'est pas suffisante. La suppression totale de cette surcotisation est souhaitable : elle représenterait un gain de pouvoir d'achat pour nos sapeurs-pompiers, mis à rude épreuve et un peu oubliés dans la reconnaissance de la nation aux acteurs de la lutte contre la covid-19. Nous devons leur envoyer des signaux forts. Dans nos territoires qui souffrent de la désertification médicale, ce sont les sapeurs-pompiers qui assurent, de plus en plus, le secours aux personnes. Leur charge de travail s'est accrue de manière très importante. D'ici à l'examen du PLFSS en séance publique, nous devrions, au sein de la commission, muscler notre jeu face au Gouvernement pour demander la suppression totale de cette surcotisation.

**M. Jean-Carles Grelier.** Monsieur le rapporteur général, vous avez indiqué à juste titre que vous souhaitiez faire un effort en faveur de la soutenabilité budgétaire des collectivités locales. Le geste est louable, mais nous vous demandons un effort supplémentaire, dont la valeur symbolique est autrement plus essentielle : soutenez nos sapeurs-pompiers ! Dans nos territoires ruraux, les sapeurs-pompiers professionnels sont à la fois la cheville ouvrière et la colonne vertébrale du système. C'est autour d'eux que s'agrègent tous les volontaires qui assurent la sécurité des biens et des personnes sur l'ensemble de nos territoires. Les sapeurs-pompiers n'accomplissent pas uniquement des missions de secours et de transport sanitaire, comme pendant la crise ; ils interviennent à chaque fois que l'un de nos concitoyens se trouve en danger. Sans eux, le système fonctionnerait beaucoup moins bien. C'est dire la nécessité d'un geste en leur faveur.

**M. le rapporteur général.** Avant d'être élu député, j'ai travaillé en lien étroit avec les sapeurs-pompiers. Nous connaissons leur action au quotidien et nous savons ce que nous leur devons. L'augmentation de la prime de feu de 100 euros par mois à partir de juillet 2020 est une manière de leur exprimer notre soutien. C'était une revendication de longue date, à laquelle nous avons donné suite. Leur rémunération a ainsi augmenté de façon considérable. Nous allons encore plus loin en supprimant la part patronale de la surcotisation pour soutenir les collectivités territoriales. N'allons pas dire que nous ne faisons rien : nous faisons, au contraire, de grands pas pour soutenir nos pompiers dont nous saluons l'action au quotidien.

*La commission rejette l'amendement AS54 puis adopte l'amendement AS214.*

*Enfin, elle adopte l'article 13 quinquies modifié.*

**Article 13 septies (nouveau) :** Exonération de CSG et de CRDS pour les Français de l'étranger

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS156 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** En cohérence avec ma position exprimée en première lecture, je propose la suppression de cette exonération en faveur des non-résidents vivant en dehors de l'Union européenne, qui n'est pas justifiée juridiquement ni économiquement.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 septies est supprimé.*

**Article 13 octies (nouveau) :** Exonération pour le cumul d'indemnités des élus locaux

*La commission examine l'amendement de suppression AS157 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Pour les mêmes raisons qui justifient mon avis défavorable aux exonérations ciblées, je propose la suppression de l'exonération de cotisations sociales sur le cumul d'indemnités des élus locaux, qui pourrait placer ces derniers dans une situation d'inégalité par rapport à leurs collègues.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 octies est supprimé.*

**Avant l'article 13 nonies**

*La commission examine l'amendement AS221 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement un peu original anticipe la suppression de l'article 13 *nonies*, que je vous proposerai dans un instant.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 13 *nonies* (nouveau) :** *Expérimentation d'un statut de « junior entrepreneur »*

*La commission examine les amendements de suppression AS158 du rapporteur général et AS110 de M. Joël Aviragnet.*

**M. le rapporteur général.** L'article 13 *nonies* crée un statut entièrement nouveau, qui était initialement inscrit dans une proposition de loi et qui mériterait une réflexion plus approfondie que ne le permet un examen du PLFSS en nouvelle lecture. Il entraînerait par ailleurs un déficit de cotisations pour les jeunes actifs qui souhaiteraient bénéficier de ce statut, et qui en pâtiraient donc au moment de la liquidation de leur pension. C'est pourquoi je propose de le supprimer.

*La commission adopte les amendements identiques.*

*En conséquence, l'article 13 nonies est supprimé.*

## CHAPITRE II POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE

**Article 14 bis A (nouveau) :** *Exemption d'assiette pour les cartes de service des opérateurs de transport public urbain*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS213 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de revenir sur une exemption d'assiette adoptée au Sénat pour les cartes de service utilisées par les salariés des entreprises de transport urbain.

**M. Thibault Bazin.** Des milliers de salariés attendaient une solution, que le Sénat leur a apportée. Depuis deux ans, le Gouvernement renvoyait à une discussion avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, mais rien n'avait été fait. L'immense majorité des salariés concernés par cet article sont des conducteurs qui utilisent au quotidien la carte qui leur est fournie par nécessité de service, comme d'autres salariés ont un badge pour se déplacer dans les locaux de leur entreprise. Jusqu'à présent, les URSSAF fermaient les yeux sur cette situation, mais les contrôles sont récemment devenus plus tatillons et certaines décisions sont en train de faire jurisprudence, qui se traduisent par des redressements allant jusqu'à 100 %. Cela n'est pas sans conséquences sur les collectivités locales urbaines, autorités organisatrices de la mobilité, et sur les 55 000 salariés du transport public urbain. Nous ne demandons pas une dérogation sectorielle : les chèques transport et le forfait mobilité durable sont déjà exonérés de cotisations à 100 %. Les salariés

des entreprises de transport urbain ne peuvent pas voir leurs cartes de service assujetties à 100 %, d'autant que celles-ci ne sont utilisées qu'entre 0 et 2 % à titre non professionnel. Voilà pourquoi il faut conserver cet article introduit par le Sénat, qui répond à une problématique de terrain.

**M. le rapporteur général.** L'exemption porterait sur les cartes distribuées gratuitement aux salariés des entreprises de transport urbain ; elles étaient assimilées jusqu'ici à des outils de travail, et donc totalement exonérées. Un certain nombre d'URSSAF ont récemment redressé les entreprises concernées, considérant ces cartes comme des avantages en nature. L'extension de cette jurisprudence pourrait remettre en cause la tolérance appliquée jusqu'ici par les organismes de recouvrement.

Le sujet ne peut toutefois pas être réglé par le biais de l'article 14 *bis* A, puisqu'il inscrit ces cartes parmi les avantages en nature donnant lieu à exonérations ; or les entreprises concernées insistent sur le fait qu'il s'agit précisément d'un outil de travail, et non d'un avantage en nature. Une telle exonération serait donc incohérente. Je ne doute pas que nous aurons à nouveau ce débat en séance publique, avec le Gouvernement.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 14 bis B (nouveau) :** *Expérimentation visant au renforcement des mesures relatives à la lutte contre la fraude sociale*

*La commission examine les amendements de suppression AS141 du rapporteur général et AS16 de M. Joël Aviragnet.*

**M. le rapporteur général.** L'article 14 *bis* B, introduit par le Sénat, vise à développer un dispositif de traitement par le réseau « recouvrement » des données disponibles publiquement sur internet afin de les croiser avec ses données. Il fait très largement écho à un dispositif fiscal du même ordre adopté dans la loi de finances pour 2020. L'initiative semble prématurée au regard de la capacité des services à s'approprier ce dispositif. Il ne sera pas inutile, par ailleurs, d'attendre les premiers retours de son « jumeau » fiscal pour en tirer toutes les leçons utiles avant d'engager ce chantier dans un futur proche. D'où l'amendement de suppression AS141.

**M. Joël Aviragnet.** Notre amendement a le même objet. L'article adopté par le Sénat vise à lutter contre la fraude sociale en proposant une expérimentation ; or une expérimentation existe d'ores et déjà en la matière.

En outre, la fraude sociale représente 1,5 milliard d'euros par an alors que la fraude fiscale en représente environ 25 milliards. Il semble donc évident que c'est surtout la fraude fiscale qui mérite un effort particulier.

**M. Thibault Bazin.** Il est bien dommage, monsieur le rapporteur général, que vous ne souteniez pas cette mesure. Le Sénat nous a aidés dans ce plan de lutte contre les fraudes. On voit bien que les revenus déclarés par certains contribuables sont très incohérents avec le train de vie qu'ils affichent sur les réseaux sociaux.

**M. Nicolas Turquois.** Cet article, qui prévoit une simple expérimentation, est assez symbolique. Je rejoins M. Bazin s'agissant de la défiance qu'éprouvent un certain nombre de nos concitoyens, à tort ou à raison – il serait d'ailleurs intéressant de le démêler –, à l'encontre de notre système de protection sociale, qu'ils remettent en cause. Il ne s'agit pas de mettre en place un outil de contrôle puissant, complet et généralisé, mais de lancer une expérimentation qui serait intéressante, symboliquement, en termes de communication, pour dissiper les doutes croissants que ressentent nos concitoyens sur la capacité de notre système à contrôler l'attribution d'un certain nombre de prestations sociales. Je regrette donc que nous n'engagions pas cette expérimentation, quitte à en limiter le périmètre.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

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

**Article 14 bis :** *Transfert du contentieux relatif à la contribution « obligation d'emploi des travailleurs handicapés » au contentieux de la sécurité sociale*

*La commission est saisie de l'amendement AS94 de M. Thierry Michels*

**Mme Audrey Dufeu.** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 14 bis est **ainsi rétabli**.*

**Article 15 :** *Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles*

*La commission examine l'amendement de suppression AS56 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous proposons de supprimer cet article. Curieuse manière de moderniser que d'obliger les exploitants agricoles à déclarer leurs revenus en ligne, sous peine de devoir, en guise de punition, payer un malus ! Qui plus est au moment où le Président de la République veut développer la 5G... Chacun sait que l'ensemble du territoire n'est pas correctement couvert par les réseaux mobiles, et l'accès à internet n'est pas aisé partout.

Doubler cette obligation déclarative d'un malus nous paraît malvenu. Une tout autre démarche a été engagée pour les entreprises, en matière d'égalité salariale : lorsqu'elles remplissent certaines conditions, elles bénéficient d'un

bonus, c'est-à-dire d'une exonération de cotisations, à laquelle nous nous opposons par ailleurs.

Le caractère punitif des cotisations pose aussi une difficulté : comment inciter les personnes à déclarer correctement leurs revenus, et comment faire comprendre que les cotisations correspondent à un salaire différé bénéficiant à toutes et tous si l'on se sert de ce levier pour sanctionner ?

La modification apportée par le Sénat, consistant à maintenir des supports papier sans préserver un contact au guichet, ne nous semble pas suffisante.

**M. le rapporteur général.** Il faut conserver cet article qui, comme nous l'avons vu en première lecture, relève avant tout de la simplification des démarches déclaratives des exploitants agricoles. La rédaction du Sénat apporte justement une précision bienvenue, bien qu'elle ait déjà été explicitée au cours de nos débats avec le Gouvernement en première lecture. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient aux amendements AS62 et AS122 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Adrien Quatennens.** À défaut d'une suppression de l'article, nous proposons d'en compléter l'alinéa 7 par les mots suivants : « *sauf dans le cas où les personnes visées par les articles L. 722-4 et L. 731-23 ne sont pas en mesure, du fait d'une couverture internet trop faible, d'y parvenir* ».

Après l'alinéa 13, nous souhaitons également introduire la disposition suivante : « *Dans un délai de deux mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la formation des personnes ayant une obligation de déclaration en ligne.* »

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

*La commission rejette successivement les deux amendements.*

*Enfin, elle adopte l'article 15 sans modification.*

**Article 15 bis A (nouveau) :** *Interdiction de modulation de la sanction pour des faits de travail dissimulé commis en bande organisée*

*La commission adopte l'article 15 bis A sans modification.*

**Article 15 bis :** *Unification du recouvrement des cotisations des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité autour de la Mutualité sociale agricole*

*La commission adopte l'article 15 bis sans modification.*

**Article 15 sexies (nouveau) :** *Imputation de la récupération du paiement partiel de cotisations et contributions sociales*

*La commission adopte l'article 15 sexies sans modification.*

**Article 15 septies (nouveau) :** *Examen automatique de l'éligibilité et de l'accès aux prestations de solidarité*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS159 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** La démarche proposée par le Sénat est séduisante, mais elle se heurte à des difficultés pratiques liées à la différence des organes qui versent les prestations. Un examen de l'éligibilité à l'ensemble des aides à l'occasion d'une seule demande pourrait paradoxalement ralentir fortement l'examen de cette dernière, et donc diminuer le recours aux droits.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 15 septies est supprimé.*

### CHAPITRE III CRÉER LA NOUVELLE BRANCHE AUTONOMIE

**Article 16 :** *Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie*

*La commission est saisie de l'amendement AS178 de la rapporteure.*

**Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Il s'agit de supprimer une phrase introduite par le Sénat, qui confère à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie (MDA). Comme nous l'avons déjà dit en première lecture, nous ne souhaitons pas préempter les concertations avec les conseils départementaux qui auront lieu dans le cadre du « Laroque ».

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS179 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Il s'agit, là encore, de supprimer un alinéa introduit par le Sénat, aux termes duquel la CNSA a pour rôle « *de favoriser l'essor de la démocratie médico-sociale* ». J'ai déjà expliqué en première lecture que cette disposition était satisfaite par la rédaction actuelle de l'article 16.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements AS97 et AS98 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** L'amendement AS97 vise à donner à la CNSA la mission « *de veiller à garantir l'accès aux prestations d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et de contribuer à la recherche d'innovations sociales pour réduire les restes à charge des assurés* ».

L'amendement AS98 vise à renforcer la mission de prévention de la CNSA, dans la mesure où le reste à charge pour les familles devient de plus en plus important, ce qui est un réel souci en France.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Nous avons déjà examiné ces amendements en première lecture. Je maintiens mon avis défavorable : votre demande est satisfaite par le 6° de l'article 16, qui donne à la CNSA la mission de contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque.

**Mme Monique Iborra.** Monsieur Aviragnet, la recherche d'innovations sociales pour réduire les restes à charge des assurés devrait commencer par une réforme de l'aide sociale distribuée par les départements. Nous la demandons depuis 2017, mais elle n'a pas encore été entreprise. C'est dommage.

**M. Joël Aviragnet.** Nous avons déjà eu avec Mme Iborra de longs débats sur le rôle des départements. Pour ma part, je continue à soutenir qu'ils jouent un rôle important, au plus près des citoyens, et qu'il faut les protéger. Je suis désolé, mais nous ne sommes pas d'accord.

**Mme Monique Iborra.** C'est pour cela qu'il faut réformer !

*La commission rejette successivement les deux amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS180 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Cet amendement vise à rétablir cinq alinéas qui figuraient dans le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Ils prévoient une ordonnance pour mener à bien le travail de codification et de coordination rendu nécessaire par les changements opérés à l'article 16.

**M. Thibault Bazin.** Quand je compare votre amendement au dispositif adopté par le Sénat, j'ai du mal à comprendre de quoi il retourne. L'exposé sommaire de l'amendement tel adopté par le Sénat souligne un point très important : la cinquième branche n'a pas trouvé son pendant au sein du code rural et de la pêche maritime. Le III *bis*, introduit à l'article 16 par le Sénat, permet de donner au réseau des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) un rôle de partenaire de la CNSA et d'acteur de la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie. Je crains que le rétablissement du III n'entraîne la suppression du III *bis*, qu'il faudrait conserver en l'état. Pourriez-vous me rassurer s'agissant du maintien des alinéas 97 et suivants ?

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Mon amendement n'a pas cet objet : il vise à rétablir la possibilité, pour le Gouvernement, de mener par ordonnance un travail de coordination dans le code de l'action sociale et des familles et dans le code de la sécurité sociale. Le débat sur le rôle joué par la MSA en matière d'autonomie concerne un autre amendement, que nous examinerons plus loin.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine l'amendement AS101 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Il s'agit de renforcer le rôle des partenaires sociaux en posant le principe du paritarisme comme une priorité dans le cadre de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Vous souhaitez lancer une concertation en vue d'instaurer un modèle paritaire au sein de la CNSA. La composition actuelle du conseil de la CNSA, qui comprend cinquante-deux membres, permet d'associer l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, notamment les associations, les départements, les syndicats, les organisations patronales, l'État et les parlementaires. Dans son rapport, Laurent Vachey a indiqué que ce modèle fonctionnait et qu'il n'existait pas aujourd'hui de consensus pour le faire évoluer dans un sens ou dans un autre. Je vous propose donc de nous en tenir à la rédaction actuelle. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS99 et AS117 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** La création de la cinquième branche oblige à recourir à des financements nouveaux. L'amendement AS99 reprend une proposition du rapport Vachey, à savoir la mise en place d'une contribution assise sur les droits de succession et de donation. Quant à l'amendement AS117, il propose une contribution de 1 % assise sur les revenus de capitaux mobiliers – dividendes, obligations, bons de capitalisation – émis en France et hors de France.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Avis défavorable, comme en première lecture. Je ne peux que partager votre souci d'affecter davantage de recettes à la branche autonomie, mais il n'est pas pertinent de traiter cette question dans le cadre de ce PLFSS, par le biais d'amendements n'ayant fait l'objet d'aucune concertation. Nous aurons tout loisir d'en discuter dans le cadre du « Laroque » et du projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie.

**M. Joël Aviragnet.** J'ai bien entendu que nous aurions cette discussion le moment venu. Cela étant, j'espère que vous entendrez mes propositions.

*La commission rejette successivement les deux amendements.*

**M. Nicolas Turquois.** Lors de l'examen de l'amendement AS180 de notre rapporteure portant sur l'alinéa 96, M. Bazin s'est inquiété du sort des alinéas 97 et suivants, issus d'un amendement adopté par le Sénat qui réintroduit la MSA dans le champ de la cinquième branche, dont elle avait été oubliée. Je rappelle que la MSA est l'organisme de protection sociale unique des agriculteurs, des non-salariés et des salariés agricoles. Vous avez répondu, madame la rapporteure, que nous étudierions cette question à l'occasion d'un amendement ultérieur, mais je m'inquiète des retours qui me parviennent à propos de la position du Gouvernement. Je tiens particulièrement à ce que les agriculteurs aient affaire à un organisme social unique, que ce soit pour les cotisations ou pour les prestations maladie, retraite et tout ce qui touche à la protection sociale. Il serait surprenant que la dépendance ne soit pas incluse dans ce champ.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Nous n'introduisons pas en commission d'amendement pour supprimer les dispositions votées au Sénat, relatives au régime agricole. Nous en discuterons sans doute avec le Gouvernement en séance publique ; mais, pour le moment, nous en restons à la version adoptée par le Sénat.

**M. Thibault Bazin.** Autrement dit, la commission rendra en séance publique un avis défavorable à tout amendement du Gouvernement qui tendrait à modifier la version du Sénat, laquelle convient à la commission des affaires sociales !

*La commission adopte l'article 16 modifié.*

**Article 16 bis (nouveau) :** *Réunion d'une conférence des financeurs de la perte d'autonomie*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS66 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** L'article 16 bis prévoit que la CNSA réunisse une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie qui remette au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> avril 2021, des propositions relatives aux financements nouveaux que requiert l'organisation, par la branche autonomie et les collectivités territoriales, d'une prise en charge des personnes en perte d'autonomie privilégiant le maintien à domicile. Si ce débat est au cœur de nos préoccupations politiques, le schéma envisagé par cet article issu d'un amendement du Sénat nous semble à l'opposé de notre projet, dans lequel sont associés non pas seulement les financeurs, mais aussi les travailleuses, les travailleurs, les usagers qui ont à décider ensemble, collectivement, de l'avenir de leurs contributions sociales.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Vous souhaitez supprimer l'article 16 bis, introduit par le Sénat, qui prévoit une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie en raison de sa composition. Or la composition de la conférence des financeurs n'est pas détaillée par le dispositif. Il s'agit bien évidemment d'associer l'ensemble des parties

prenantes ; la voie proposée par le Sénat pour faire avancer la question du financement de la cinquième branche paraît à cet égard intéressante. Nous en avons débattu en première lecture. Dans l'attente de l'éclairage que nous donnera le Gouvernement en séance publique, je vous invite à retirer votre amendement sinon j'y serai défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

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

**Article 16 ter (nouveau) :** *Mise en place d'une allocation de vie partagée pour accélérer le développement de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées*

*La commission adopte l'article 16 ter sans modification.*

#### CHAPITRE IV

### ASSURER LA SOUTENABILITÉ DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS

**Article 17 :** *Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé*

*La commission examine l'amendement de suppression AS65 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Adrien Quatennens.** Selon l'exposé des motifs, cet article prévoit de proposer un avantage aux entreprises, en contrepartie de leurs négociations avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix, *via* une réduction de la contribution à laquelle elles sont soumises au titre de la clause de sauvegarde. Le Gouvernement saisit une nouvelle fois l'occasion de perdre de l'argent. Nous ne croyons pas un instant à la théorie du ruissellement qui veut que les bénéficiaires d'une mesure profitent à tous. On a vu les résultats de votre politique budgétaire !

En réalité, les laboratoires ont une structure financière et sociale d'entreprises classiques, dont l'objectif est de dégager du profit. Le fait que les entreprises du médicament aient une activité d'intérêt général ne les incite en rien à changer de méthode alors que la crise que nous traversons a révélé l'impasse de leur modèle. C'est à l'État de trouver des outils qui permettraient de maintenir les médicaments à des prix convenables. Cet article nous semble naïf aussi proposons-nous de le supprimer.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, comme en première lecture : les clauses ont été construites pour réguler la dépense de médicaments et de dispositifs médicaux. L'évolution proposée vise à améliorer et à mieux cibler les incitations dans l'intérêt de la sécurité sociale et des assurés, en privilégiant les baisses de prix par les industriels.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle passe à l'amendement AS160 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement vise à supprimer l'ajout du Sénat qui porte sur le rapport d'activité du CEPS. Le Sénat propose d'y intégrer un état des lieux de l'industrie du médicament, ce qui me semble malvenu au regard des compétences du CEPS, qui sont de négocier ou parfois d'imposer les prix des produits de santé remboursés avec l'industrie, et non de réaliser des études économiques ou industrielles. C'est d'autant plus impossible à envisager que le CEPS dispose de moyens plutôt limités pour assurer ses missions actuelles, comme l'a appelé la Cour des comptes à de nombreuses reprises.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle se saisit ensuite des amendements AS68 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS67 de Mme Caroline Fiat, AS69 de M. Adrien Quatennens et AS70 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Adrien Quatennens.** L'amendement AS68 tend à compléter l'article par l'alinéa suivant : « *Au troisième alinéa du I de l'article L165-2 du code de la sécurité sociale, après les mots "principalement", sont insérés les mots : "d'informations concernant la provenance et le coût des principes actifs et matières premières du produit de santé concerné" ».*

Il est bien évident que la dynamique d'explosion du prix des innovations thérapeutiques n'est pas tenable pour notre système de santé. Il est devenu urgent de faire toute la transparence, ce que prévoit cet amendement en clarifiant certains termes de la loi. Le CEPS est chargé de lutter contre le surcoût non justifié pour l'assurance maladie d'un médicament mais comment ce surcoût est-il défini ? Il est impossible de l'estimer sans avoir à disposition des informations telles que la provenance des principes actifs ou leur prix d'achat.

Nous sommes attachés à la création d'un pôle public du médicament pour mettre le médicament au service de l'intérêt général. Le sujet est d'actualité en cette période où les laboratoires recherchent un vaccin pour lutter contre la covid-19.

L'amendement AS67 tend à compléter l'article par l'alinéa suivant : « *Après la première phrase du troisième alinéa du I de l'article L165-2 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : "Elle doit également avoir à prendre en compte l'information relative aux statuts des brevets protégeant le médicament ou produit de santé et du prix des génériques disponibles hors du marché européen. Cette information est rendue publique lors des négociations." »* Rappelons que l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament est chargé de concrétiser la résolution sur la transparence du marché des médicaments prise par la France en mai dernier à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'amendement AS69 vise à compléter l'article par les alinéas suivants : « *Le I de l'article L165-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa*

*ainsi rédigé : "Pour les nouveaux médicaments, qui sont d'une classe thérapeutique pour laquelle un autre médicament similaire existe déjà, les exploitants doivent justifier clairement le différentiel entre le prix du médicament existant et celui du nouveau médicament." ».*

Enfin, l'amendement AS70, écrit sur la base des travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, prévoit qu'en cas d'informations insuffisantes, le mécanisme de licence d'office soit automatiquement enclenché. L'objet de cet amendement n'est pas d'inscrire dans la loi la licence d'office, puisque celle-ci existe déjà dans le droit français, mais bien d'utiliser automatiquement la licence d'office en cas de manque de transparence de la part des industriels. Selon les règles de l'OMS, la licence d'office doit répondre à un problème : l'absence de transparence qui a des conséquences sur la disponibilité du produit de santé. Par ailleurs, nous demandons qu'en cas d'informations insuffisantes de la part d'un exploitant sur ses produits de santé, les clauses d'exclusivité de marché ou d'exclusivité des données cliniques dont il bénéficie soient automatiquement levées.

Vous aurez compris, à la lecture de ces quatre amendements, combien nous sommes attachés à la transparence dans le secteur du médicament.

**M. le rapporteur général.** Nous avons déjà évoqué en première lecture ces amendements qui tendent à modifier les critères fixant le niveau de remboursement. Quel que soit leur intérêt, ceux que vous proposez risquent de diluer le poids d'un facteur qui doit demeurer essentiel : la valeur médico-économique du médicament concerné.

Les membres du CEPS nous ont indiqué lors de leur audition que la multiplication des critères à retenir ne facilitait pas la fixation du prix du médicament et qu'elle pouvait être à double tranchant. Par ailleurs, l'ambiguïté d'un critère ou son imprécision pourrait faire naître des contentieux à la suite de la fixation du prix par le CEPS, ce qui n'irait pas forcément dans le sens que vous souhaitez.

Concernant la licence d'office, le Gouvernement n'a jamais exclu son usage en cas de besoin et a même facilité son utilisation en modifiant son régime juridique par la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. L'automatisation, telle que vous la proposez, est, en revanche, trop systématique et rigide alors que les négociations, même si elles sont difficiles, aboutissent souvent à des solutions amiables.

Avis défavorable.

**M. Adrien Quatennens.** Je maintiens ces amendements car le sujet nous tient à cœur. Il est nécessaire d'avancer, surtout à un moment où les laboratoires recherchent un vaccin contre la covid-19. La mise des médicaments au service de l'intérêt général est un sujet crucial. Voyez ce qu'il se passe aujourd'hui dans cette course au vaccin : les pays les plus riches, qui ne représentent que 15 % de la

population mondiale, ont déjà réservé 80 % des stocks qui seront disponibles. Or toute la population mondiale est frappée par cette pandémie. La vaccination de chaque individu sur la planète coûterait à l'économie mondiale 1 % de moins que le coût total de cette pandémie. La fixation du prix des médicaments, les conditions dans lesquelles la recherche est réalisée, la transparence, sont des questions très importantes. À défaut de créer un pôle public du médicament, l'adoption de ces amendements aurait permis d'avancer. Je regrette la position du rapporteur général.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 17 modifié.*

**Article 17 bis A (nouveau) :** *Diminution de la contribution sur le chiffre d'affaires des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques*

*La commission se saisit de l'amendement de suppression AS161 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'article introduit par le Sénat reprend des dispositions que nous avons écartées en première lecture concernant la contribution des grossistes-répartiteurs.

La solution, nous le savons tous, est de faire progresser leur mode de rémunération, non de jouer sur la fiscalité. Le Gouvernement a fait un pas pendant la crise en déloquant une aide exceptionnelle de 30 millions d'euros. Les négociations reprendront très bientôt avec les acteurs. Nous n'avons pas besoin de cette disposition qui en fausserait le résultat.

**M. Thibault Bazin.** Mettons-nous d'accord, monsieur le rapporteur général : examinons-nous là un PLFSS de crise ou non ? Ce PLFSS vous offre l'occasion de sauver ceux qui sont menacés de mort. Ce secteur d'activité a un besoin vital d'être soutenu et nous ne devrions pas remettre en cause la disposition introduite par le Sénat. Depuis plus de trois ans, vous nous dites que les négociations sont en cours, mais personne n'en voit rien sortir ! Pendant ce temps, les pertes s'accumulent pour le secteur. Vous mettez en avant l'aide exceptionnelle qui leur a été accordée pendant la crise, mais elle était liée aux prestations supplémentaires qui leur ont été demandées, en aucun cas à leur déficit structurel. Ajoutons que les mesures d'aide proposées par le Sénat ne coûteraient que 40 millions d'euros, à comparer avec des pertes évaluées à hauteur de 65 millions en 2019.

Nous sommes à l'aube d'une campagne vaccinale massive qui s'annonce délicate et il serait important de prendre la mesure du service public délivré par les entreprises du secteur de la répartition pharmaceutique. Je vous demande d'être plus volontaristes sur le plan politique et de ne pas vous en remettre à la seule concertation pour trouver des solutions. Il faut agir maintenant, avant qu'il ne soit trop tard. On ne peut pas prendre le risque de voir demain une France fracturée, où les officines de certains territoires ne seraient plus approvisionnées – on voit déjà

ce qu'il en est pour le vaccin contre la grippe. Nous devons donner les moyens à ces répartiteurs de remplir leurs missions de service public.

**M. Jean-Carles Grelier.** Vous ne pouvez pas, monsieur le rapporteur général, rejeter certains de nos amendements au prétexte qu'ils seraient sans rapport avec la crise, et en accepter d'autres, comme celui qui touche à l'allongement du congé parental, qui n'ont rien à voir avec la crise ! Il faut être cohérent ! En plein cœur de la crise sanitaire, nous ne pouvons pas faire fi des cris d'alerte lancés depuis plusieurs années par les répartiteurs pharmaceutiques, qui ne s'en sortent plus. Vous avez débloqué une aide exceptionnelle de 30 millions d'euros, mais elle était liée aux services exceptionnels rendus par ces entreprises. Elle ne compensera nullement leurs 65 millions de pertes qui consacrent le déficit d'activité de cette branche importante en 2019.

La présence sanitaire est essentielle dans l'ensemble de nos territoires. Les officines de pharmacie jouent ce rôle, dans le cadre de la vaccination contre la grippe aujourd'hui, contre la covid-19 demain ; mais il ne peut y avoir d'officine de pharmacie dans nos territoires s'il n'y a pas d'entreprise de répartition pharmaceutique. Renvoyer aux calendes grecques l'aboutissement des négociations avec les répartiteurs pharmaceutiques, sans leur venir en aide immédiatement, dans l'urgence de la crise sanitaire, c'est ne pas prendre en considération la réalité de leurs difficultés et c'est faire courir un réel danger de rupture d'approvisionnement des pharmacies, notamment dans nos territoires les plus reculés.

**M. le rapporteur général.** Nous examinons en effet un PLFSS de crise. Nombre de mesures ont été prises pour faire face à la crise et protéger les Français. En l'espèce, le Gouvernement a, dans l'urgence, débloqué une aide exceptionnelle de 30 millions d'euros mais ce mode de fonctionnement ne saurait résoudre, de manière pérenne, le problème de cette profession. Ce n'est pas d'une solution de crise dont ils ont besoin, mais d'une solution fiscale. Nous devons privilégier les discussions. Elles devraient reprendre et devront aboutir ; tout comme vous, je suis attentif aux difficultés des entreprises de la répartition pharmaceutique et je veillerai à ce que toutes les pharmacies du territoire demeurent bien approvisionnées.

Les pharmaciens sont indispensables au quotidien de nos concitoyens, à plus forte raison dans cette période de crise sanitaire. Je salue leur mobilisation massive, ainsi que celle des grossistes, en cette période. Ils seront à nouveau fortement mis à contribution lorsqu'un vaccin contre ce virus sera mis sur le marché et il appartient au Gouvernement, à la majorité et à l'ensemble de la représentation nationale de les soutenir. En revanche, la proposition du Sénat n'est pas la bonne mais nous aurons l'occasion d'en débattre en séance publique avec le Gouvernement.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis B (nouveau) :** *Mise en place d'un barème permettant une graduation du taux de la contribution due au titre du mécanisme de sauvegarde sur les dispositifs médicaux de la « liste en sus »*

*La commission examine l'amendement de suppression AS162 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à supprimer l'article introduit au Sénat qui établit un barème parallèle pour les clauses de sauvegarde « médicaments » et « dispositifs médicaux ».

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis C (nouveau) :** *Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des médicaments par le Comité économique des produits de santé*

*La commission passe à l'amendement de suppression AS163 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de supprimer cet article introduit au Sénat qui ajoute des dispositions bavardes dans les missions déjà très complexes du CEPS.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis D (nouveau) :** *Prise en compte de considérations de politique industrielle dans la fixation des prix des dispositifs médicaux par le Comité économique des produits de santé*

*La commission étudie l'amendement de suppression AS164 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit du même amendement que précédemment pour les dispositifs médicaux.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis E (nouveau) :** *Abattement forfaitaire sur l'assiette de la contribution des entreprises de préparation de médicaments calculé sur la base du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments biologiques similaires*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS165 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de supprimer cet article introduit au Sénat qui propose un nouvel abattement de 30 % du chiffre d'affaires de la contribution sur les entreprises pharmaceutiques au titre de leurs produits biosimilaires.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis F (nouveau) :** *Exonération de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques pour l'ensemble des médicaments dérivés du sang*

*La commission examine l'amendement de suppression AS166 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de supprimer cet article introduit au Sénat, qui assimile sur le plan fiscal des produits dérivés du sang qui ne satisfont pas à des exigences éthiques importantes, notamment de gratuité, et ceux qui ne les respectent pas, même si elles présentent par ailleurs des conditions sanitaires satisfaisantes. Une telle confusion ne me paraît pas souhaitable et serait très mal perçue par tous ceux qui croient au cadre juridique français actuel.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis G (nouveau) :** *Constitution des stocks en médicaments d'intérêt thérapeutique majeur*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS167 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de supprimer un article introduit au Sénat, qui impose aux entreprises de constituer des stocks pour quatre mois de tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Outre qu'une telle disposition n'est pas nécessairement conforme au droit de l'Union européenne, qui s'assure que les États ne se livrent pas à une guerre des stocks non coopérative, elle risque d'entraîner à court terme les pénuries qu'elle entend éviter.

**M. Thibault Bazin.** Rappelons le contexte, monsieur le rapporteur général. La pénurie de certains médicaments est une réalité, qui scandalise légitimement bon nombre de nos concitoyens. Vous considérez qu'il n'est pas réaliste de constituer des stocks pour quatre mois, mais le Sénat aura au moins eu le mérite de lancer le débat. Et surtout, il assortit cette obligation de constituer des stocks d'un mécanisme de compensation financière à ce service. D'autres pays l'ont fait et nous devons nous poser la question de l'opportunité de disposer de stocks de sécurité plus importants. La vérité est peut-être entre les deux mais il me semble temps, alors que nous sommes en pénurie de médicaments et de vaccins, d'améliorer le dispositif.

**M. le rapporteur général.** Le dispositif est en cours d'amélioration après les mesures adoptées en foi de financement de la sécurité sociale l'année dernière. Le décret, nous l'avons rappelé en première lecture, devrait sortir prochainement. Les pénuries ne satisfont personne, ni les patients, ni les professionnels de santé, ni les industriels eux-mêmes. Une solution arrive et nous pourrions en discuter en séance publique avec le Gouvernement. Pour l'heure, la proposition du Sénat ne semble pas opportune.

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 17 bis :** *Communication par l'assurance maladie aux entreprises des montants remboursés au titre des dispositifs médicaux de la « liste en sus » en cours d'année*

*La commission est saisie de l'amendement ASI68 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat ayant adopté à cet article des dispositions rejetées à l'Assemblée nationale visant à exclure de la clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux les produits ayant un service attendu majeur, il convient de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 17 bis est ainsi rédigé.*

**Article 17 quater :** *Rapport sur l'avenir des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies*

*La commission étudie l'amendement AS92 de Mme Audrey Dufeu.*

**Mme Audrey Dufeu.** Cet amendement vise à rétablir l'article 17 quater tel qu'il avait été adopté à l'Assemblée nationale en première lecture pour que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui étudie l'opportunité de développer comme outil de soutenabilité la mise en place de bioproduction académique et notamment l'impact sur les dépenses de médicaments selon les modes d'organisation de la bioproduction académique.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 17 quater est ainsi rétabli.*

**Article 17 quinquies (nouveau) :** *Extension aux tiers payeurs du droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine*

*La commission adopte l'article 17 quinquies, sans modification.*

**Article 18 :** *Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes et branches de sécurité sociale*

*La commission examine l'amendement AS169 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat ayant supprimé l'ensemble des dispositions relatives au transfert de l'allocation supplémentaire d'invalidité, il convenait de les rétablir dans cet article qui en définit le financement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle étudie l'amendement AS71 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous proposons de compléter cet article par l'alinéa suivant : « *Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement peut présenter au Parlement un projet de loi de programmation d financement pluriannuel de la branche autonome retraçant les ressources publiques nouvelles affectées à cette branche.* »

Le Président de la République a indiqué à plusieurs reprises que la loi « Grand âge et autonomie » serait le marqueur social de la mandature. Or la création de la branche autonomie ne pourra jouer son rôle pour répondre à l'urgence démographique et à la nécessité d'améliorer la réponse aux besoins des aînés sans renforcement décisif des effectifs des établissements et services médico-sociaux – je vous renvoie au rapport auquel a participé ma collègue Caroline Fiat.

Retarder encore la mise en œuvre de ce programme de création d'emploi priverait par ailleurs le pays d'un important levier de relance économique dans les territoires. Sans programmation pluriannuelle de ces moyens nouveaux, il ne sera pas possible d'engager une vraie démarche d'attractivité des métiers.

Cette loi de programmation financière s'intégrera dans la loi « Grand âge et autonomie » que le Gouvernement s'est engagé à présenter au début de l'année 2021. Cet amendement nous a été proposé par la Fédération hospitalière de France.

**M. le rapporteur général.** Comme en première lecture, nous avons un désaccord de forme et de fond. Sur la forme, cette projection pluriannuelle est la trajectoire quadriennale dans l'annexe B ; sur le fond, cette trajectoire pourra être affinée grâce aux mesures de la loi relative au grand âge et à l'autonomie.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 18 modifié.*

**Article 24 et annexe B :** *Approbation de la trajectoire pluriannuelle*

*La commission examine l'amendement AS119 de Mme Valérie Rabault.*

**M. Joël Aviragnet.** Nous proposons de compléter l'article 24 par l'alinéa suivant : « *Le Gouvernement remet Parlement, avant le 1<sup>er</sup> mars 2021, un rapport relatif au calcul des montants des prestations non contributives financées par la sécurité sociale et sur les perspectives d'amélioration de ces prestations pour sortir les allocataires de la pauvreté.* »

La crise sanitaire conduira vraisemblablement à une baisse des revenus des ménages et, pour de nombreux travailleurs précaires, à la perte de leur emploi : la France pourrait ainsi compter un million de pauvres de plus d'ici cinq ans, comme cela s'était produit après la crise financière de 2008, sachant qu'une personne est considérée comme pauvre selon l'Institut national de la statistique et des études économiques si ses revenus mensuels sont inférieurs à 1 063 euros par mois.

Création d'un revenu universel d'activité, ouverture des minima sociaux aux jeunes de moins de 25 ans et révision des méthodes de calcul des minima sociaux font toujours l'objet de consultations qui n'ont toujours pas abouti. La remise d'un tel rapport permettrait d'avoir une véritable réflexion concernant l'évolution de leurs modes de calcul des minima sociaux dans notre pays.

Cet amendement reprend un amendement déposé en commission par Aurélien Taché.

**M. le rapporteur général.** Je suis, comme en première lecture, défavorable à cet amendement.

**M. Jean-Carles Grelier.** J'émet le souhait de voir le Gouvernement, avant que l'Assemblée nationale n'adopte l'article 24 en nouvelle lecture, actualiser l'annexe B car d'une part elle n'est plus conforme à la réalité, en raison des annonces de revalorisation de l'ONDAM qu'il a faites en première lecture, et d'autre part parce que nous sommes incapables de mesurer l'impact du deuxième confinement sur la trajectoire budgétaire des comptes sociaux.

**M. le rapporteur général.** J'abonde dans votre sens, cher collègue : dans la mesure où l'annexe B a été rectifiée lors de la première lecture à l'Assemblée puis au Sénat, il ne fait pas de doute qu'elle le sera en nouvelle lecture par le Gouvernement en séance.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 24 et l'annexe B sans modification.*

*Elle adopte ensuite la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 modifiée.*

QUATRIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE  
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉGUR DE LA SANTÉ

**Article 25 AA (nouveau) :** *Concertation des professionnels de ville au sein du comité économique de l'hospitalisation publique et privée*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS171 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ne constitue pas la structure la plus pertinente pour associer les professionnels de santé exerçant en ville à la construction de l'ONDAM. D'où cet amendement de suppression.

**M. Thibault Bazin.** Nos débats en première lecture, comme ceux qui ont eu lieu au Sénat, ont montré que le dispositif imaginé par le Gouvernement contribue à maintenir un certain nombre d'inégalités et pose des problèmes aux départements s'agissant de la mise en œuvre des promesses faites.

Il faut vraiment maintenir cet article : c'est très important car l'on ne peut pas laisser, pour les salariés du secteur, perdurer certaines inégalités – la « prime covid » a d'ailleurs été un dispositif facultatif.

La garantie de l'équité territoriale est un enjeu non négligeable : la cinquième branche dédiée à l'autonomie se justifie également pour des raisons tenant à la solidarité nationale.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Monsieur Bazin, nous n'en sommes pas encore à l'article 25 A, mais seulement à l'article 25 AA.

**M. le rapporteur général.** M. Bazin marche encore plus vite que moi...

**M. Thibault Bazin.** C'est ce que je disais dans ma campagne : ne prenez pas un député qui marche, mais un député qui court !

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 25 AA est supprimé.*

**Article 25 A :** *Soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements au titre de leur action en faveur des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile*

*La commission en vient à l'examen de l'amendement AS172 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cela me permet de répondre à l'inquiétude de M. Bazin : Le Sénat a adopté un amendement modifiant largement l'article 25 A tel que notre Assemblée l'avait adopté, qui a notamment pour effet de transformer l'aide versée aux départements afin de financer un dispositif de soutien aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en financement direct par la CNSA.

Pour mémoire, les départements versent chaque année aux SAAD des concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.

L'engagement des départements dans cette démarche de revalorisation est absolument nécessaire et le renversement de la logique de cet article ne me semble pas souhaitable : je propose donc de le rétablir telle qu'adopté par notre Assemblée.

**Mme Monique Iborra.** La rédaction de l'article adoptée par le Sénat exonère d'une certaine manière les départements de leur intervention en la matière : on ne peut à l'évidence s'en contenter, dans la mesure où il s'agit d'une de leurs compétences et qu'il est inimaginable de les en exonérer. Cela étant, les professionnels sont très inquiets parce qu'ils aimeraient voir les négociations en question aboutir. Il sera donc bon de poser la question au Gouvernement pour savoir où elles en sont et pour connaître l'avis de l'Assemblée des départements de France (ADF) sur le sujet.

**M. Jean-Carles Grelier.** L'amendement du Sénat précise que la somme de 200 millions d'euros envisagée ne doit pas être un plafond mais une somme fixe : tout à l'heure, à propos des sapeurs-pompiers, le rapporteur général a indiqué qu'il était très soucieux de l'équilibre financier des collectivités locales. Or celles-ci, et notamment les départements, vont dans les prochaines semaines entamer leurs débats d'orientation budgétaire et arrêter les données de leurs budgets pour l'exercice 2021.

En fixant une somme plafond, objectif indépassable et pas toujours atteignable, on n'en précise pas le montant exact ni les modalités de répartition, alors qu'avec une somme fixe les données sont stables et offrent aux départements une véritable perspective budgétaire.

L'amendement sénatorial prend de ce point de vue tout son sens en ce qu'il sécurise l'information qui leur est donnée en vue de la construction de leurs budgets en figeant la somme concernée à 200 millions d'euros au lieu de prévoir un plafond, certes indépassable, mais pas toujours atteignable.

**M. Thibault Bazin.** Une revalorisation est attendue à hauteur de 15 % : il faut *grosso modo* 600 millions d'euros, alors que l'État est prêt à en mettre jusqu'à 200. Il s'agit effectivement d'une compétence des départements, madame Iborra ; encore faut-il que l'État leur donne les moyens de l'exercer. On ne peut en effet d'un côté leur retirer leur autonomie fiscale, par le biais de diverses mesures et, de l'autre, faire peser sur eux des obligations qu'ils ne sont pas en mesure de respecter.

Certains départements éprouvent de grandes difficultés : il leur faut donc être assurés de cette participation de l'État. On ne saurait se contenter d'un objectif à hauteur de 200 millions d'euros : il faut un engagement ferme de sa part de manière à ce qu'ils puissent connaître leurs possibilités en la matière. L'État serait bien inspiré de compenser ces 600 millions car bon nombre de départements n'ont pas les moyens nécessaires.

**M. le rapporteur général.** L'article tel qu'il a été voté en première lecture donne une certaine impulsion en y mettant les moyens. La rédaction du Sénat n'est pas sans présenter certaines limites ; je vous propose que nous nous revoyions en séance avec le Gouvernement pour savoir où en sont les négociations avec les départements et avec l'ADF, car c'est ce qui sera déterminant.

**Mme Annie Vidal.** La rédaction du Sénat me semble très ambiguë dans la mesure le premier alinéa de l'article prévoit que la CNSA finance le dispositif et non qu'elle verse une aide aux départements, ce qui peut sous-entendre qu'ils seraient exonérés de l'obligation de la compléter. Or il s'agit bien de les aider afin qu'ils financent eux aussi cette revalorisation.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 25 A modifié.*

**Article 25 B (nouveau) :** *Financement complémentaire des activités hospitalières en outre-mer et en Corse*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS173 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement vise à supprimer l'article car un coefficient géographique – 7 % pour l'Île-de-France, 11 % pour la Corse, 27 % pour la Guadeloupe et la Martinique, 29 % pour la Guyane et 31 % pour La Réunion – existe déjà, ce qui répond à l'objectif visé par la haute assemblée.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 25 B est supprimé.*

**Article 25 bis (nouveau) :** *Ouverture des négociations relatives à l'avantage social vieillesse des professionnels de santé*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS188 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de supprimer cet article car il est déjà satisfait par l'état du droit.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 25 bis est supprimé.*

**Article 26 :** *Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé*

*La commission est saisie de l'amendement ASI89 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de rétablir cet article dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Le Sénat a adopté un amendement donnant une existence législative au Conseil national de l'investissement en santé en lui confiant un rôle de pilotage et de coordination de la sélection des projets financés par le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS).

La création de ce conseil, annoncée lors du Ségur de la santé, est prévue pour début 2021 par voie réglementaire. Une concertation à ce sujet étant toujours en cours, attendre la circulaire en question me paraît plus raisonnable et permettra de donner davantage de souplesse au dispositif.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, les investissements numériques de l'ensemble des cabinets libéraux, et plus seulement de ceux exerçant en dans un cadre coordonné, allaient être rendus éligibles, ce qui est intéressant. Dans un département comme le vôtre, ou comme le mien, en Meurthe-et-Moselle, l'exercice coordonné ne se pratique en effet pas beaucoup : la proposition du Sénat éviterait donc certaines fractures territoriales et permettrait à ces investissements de toucher tous les territoires.

**M. le rapporteur général.** Décidément, monsieur Bazin, vous avez encore un coup d'avance, car vous anticipez le débat sur l'amendement suivant ! Je vous répondrai dans un instant.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement ASI90 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat a adopté une disposition visant à ouvrir les financements du FMIS aux cabinets libéraux. Des aides à l'investissement existent déjà pour les médecins libéraux et relèvent du cadre conventionnel : par conséquent, cette extension des financements du FMIS aux cabinets libéraux ne me semble pas souhaitable.

Je vous propose donc de rétablir la rédaction adoptée en première lecture par l'Assemblée.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS73 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist.** J'ai redéposé cet amendement, qui impose aux ordonnateurs, lors de l'installation d'un logiciel, de certifier son interopérabilité avec les autres logiciels de l'établissement. Cette disposition est très attendue par tous les acteurs de soin ainsi que par tous les personnels de direction des établissements de santé qui ont besoin d'outils favorisant l'interopérabilité.

**M. le rapporteur général.** Nous avons effectivement déjà débattu de cet amendement en première lecture : ce sont les directeurs d'hôpitaux qui sont, au sein de l'hôpital public, ordonnateurs de telles dépenses. Or je ne suis pas certain qu'ils soient à même de certifier l'interopérabilité d'un logiciel. En outre, auprès de qui le feraient-ils ? Et que se passerait-il s'ils ne certifiaient pas ? Que devrait alors faire le comptable public ?

Même si l'idée est intéressante, la rédaction de l'amendement, outre le fait qu'elle nous éloigne sur le fond de l'objet de l'article 26, ne me semble pas encore tout à fait mûre : je vous propose donc, chère collègue, de le retirer afin de le retravailler en vue de la séance publique ou de prochains textes.

**M. Paul Christophe.** L'interopérabilité constitue effectivement un enjeu pour notre système de santé.

Lors de l'examen du PLFSS l'année dernière, j'avais d'ailleurs déposé un amendement ayant trait au dossier médical partagé : lorsque vous vous rendez aujourd'hui dans un cabinet en vue d'effectuer un examen radiologique, vous n'avez le choix que d'en imprimer les résultats ou de les enregistrer, mais pas de les y transférer. J'abonde donc dans le sens de notre collègue Stéphanie Rist : l'inscrire dans la loi obligerait les éditeurs de logiciels à la prévoir, sans que le coût en soit répercuté sur le demandeur, et faciliterait tant la mise en œuvre de l'interopérabilité que les échanges entre systèmes.

**Mme Audrey Dufeu.** Je soutiens cet amendement. Il serait intéressant de s'interroger, dans le cadre du rapport que je prépare avec notre collègue Pierre Dharréville pour la MECSS, sur la réduction des coûts induite par l'interopérabilité au sein des groupements hospitaliers de territoire : elle représente en effet à mon sens une source majeure d'économies et de fluidification des parcours et des pratiques des soignants au quotidien.

**Mme Stéphanie Rist.** J'entends les remarques du rapporteur général : je retire donc l'amendement afin de retravailler sa rédaction en vue de la séance.

*L'amendement AS73 est retiré.*

*La commission adopte l'article 26 modifié.*

**Article 27 :** *Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier*

*La commission est saisie de l'amendement AS215 du rapporteur général, qui fait l'objet de deux sous-amendements AS222 de Mme Caroline Fiat et AS223 de M. Adrien Quatennens.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir l'article sur la reprise de la dette hospitalière dans des termes quasiment identiques à ceux que nous avons adoptés en première lecture, à une précision rédactionnelle près.

**M. Adrien Quatennens.** Les sous-amendements sont défendus.

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

*Puis elle adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 27 est ainsi rétabli.*

**Article 28 :** *Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé*

*La commission examine l'amendement de suppression AS75 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Adrien Quatennens.** L'article 28 a suscité une grande émotion dans un contexte dans lequel la crise sanitaire se double d'une grave crise économique et sociale. La pauvreté s'étend de manière considérable dans notre pays. Le Secours populaire français a ainsi récemment indiqué que la France avait atteint en la matière un record inégalé depuis la Seconde Guerre mondiale et qu'alors qu'elle est un pays très riche, elle comptera bientôt 10 millions de pauvres.

Par ailleurs, l'hyper-accumulation s'est poursuivie au cours de la crise sanitaire : la fortune des 0,1 % des plus riches s'est, en l'espace d'un an, accrue d'un quart, les dividendes versés aux actionnaires ayant quant à eux augmenté de 60 %.

C'est pourtant au beau milieu de cette crise sanitaire que vous choisissez de mettre en place un forfait qui consisterait en définitive à laisser aux personnes qui ne sont pas hospitalisées à l'issue de leur passage aux urgences un reste à charge, ce qui impactera les plus fragiles, les plus précaires, les plus pauvres.

Se pose également la question du recours aux soins puisque l'on sait que le pays compte de nombreux déserts médicaux.

Nous souhaitons donc supprimer cet article et voir le Gouvernement renoncer à mettre en place un tel forfait. Le Sénat a acté le fait que les personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD) en seront exonérées, mais cela ne nous paraît pas suffisant : les personnes qui se casseront le bras, le poignet devront

toujours s'acquitter de cette somme, comme les femmes enceintes confrontées à des fausses couches ou à de fausses alertes.

Il est donc impératif que cette disposition soit supprimée car elle présente un risque de nonaccès au soin et d'inégalité devant la santé.

**M. le rapporteur général.** Même si nous avons déjà eu le débat en première lecture, je ne désespère pas de vous convaincre, car je viens d'entendre un certain nombre de contre-vérités.

Aujourd'hui, le passage aux urgences n'est pas gratuit dans notre pays, puisqu'il donne lieu à un ticket modérateur dès lors qu'il n'est pas suivi d'une hospitalisation.

L'article 28 tend à simplifier le dispositif et à le rendre à la fois plus lisible et plus efficace afin de permettre aux hôpitaux et aux établissements de santé de recouvrer ce reste à charge, cette évolution se faisant à enveloppe constante, c'est-à-dire sans faire payer davantage les Français.

Vous avez mentionné les fausses couches : or il se trouve que les femmes enceintes sont exonérées du forfait patient urgences. Quant aux patients les plus précaires, ils ont vocation à être accompagnés au travers de mécanismes comme la complémentaire santé solidaire ou l'aide médicale de l'État qui le prennent en charge.

Je suis par conséquent, cher collègue, défavorable à votre amendement et proposerai, grâce à un amendement AS191 que nous examinerons dans quelques instants, le rétablissement de la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale.

**M. Jean-Carles Grelier.** Deux modifications apportées par le Sénat me paraissent intéressantes à retenir et devraient donc être conservées : l'exonération des patients souffrant d'ALD du forfait patient urgences, et, compte tenu de son caractère ni pertinent ni efficace – au regard des retours des expériences des hôpitaux –, la suppression du forfait de réorientation voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

**M. Adrien Quatennens.** Monsieur le rapporteur général, vous soutenez que j'aurais proféré lors de la défense de l'amendement plusieurs contre-vérités. Les femmes enceintes sont-elles exonérées du dispositif pendant toute la durée de leur grossesse ?

**M. le rapporteur général.** Je ne dispose pas du délai exact mais elles en sont bien exonérées à partir d'un certain stade pendant leur grossesse.

**M. Adrien Quatennens.** Vous venez de vous contredire : si elles ne le sont qu'à partir d'un certain stade, elles ne le sont pas pendant toute la durée de leur grossesse. À partir de quand le sont-elles, des fausses couches pouvant intervenir à

différents stades ? Vous relevez les contre-vérités de l'opposition, je vous demande de la précision.

**M. le rapporteur général.** En l'état, compte tenu de l'amendement adopté en commission puis en séance publique, l'exonération du ticket modérateur au cours de la grossesse vaudra également s'agissant du forfait patient urgences : il n'y a donc pas de changement par rapport à ce qui se passait avant la réforme, contrairement à ce que vous soutenez.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS102 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Chaque PLFSS contient une mesure visant à réformer le financement des urgences ou à dissuader les patients qui ne relèvent pas de ces services de s'y présenter. Plus rarement en revanche nous sont proposés des dispositifs visant à renforcer l'aval et la coordination entre l'hôpital et les soins de ville.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 comportait ce fameux forfait de réorientation dénoncé par les personnels des services d'urgences et qui n'a jamais été mis en place. Dans le PLFSS 2020 avait été ajoutée – par voie d'amendement, échappant ainsi à une analyse au travers de l'étude d'impact – une série de dispositions visant à réformer le financement des urgences. Ces dernières ne sont toujours pas entrées en vigueur que le Gouvernement propose un nouveau dispositif !

L'enchevêtrement de ces mesures génère une telle confusion que le Gouvernement s'est retrouvé contraint d'introduire des modifications par voie d'amendement à l'Assemblée nationale en première lecture, d'une part afin de reporter à septembre 2021 l'entrée en vigueur du forfait patient urgence, d'autre part en vue d'instaurer un coefficient de transition visant à moduler la mise en place des dispositions votées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

L'hôpital et les personnels soignants méritent plus que jamais une réflexion globale, anticipée et claire. C'est pourquoi nous préconisons la suppression des alinéas 1 à 5.

**M. le rapporteur général.** S'agissant des urgences et l'expérimentation du forfait de réorientation, vous avez indiqué, cher collègue, qu'il aurait été repoussé par l'ensemble des professionnels de l'urgence : ce n'est pas tout à fait vrai, dans la mesure où un certain nombre de services d'urgence pratiquent la réorientation, comme les y autorise le code de la santé publique, depuis des années, sous réserve de trouver un autre professionnel de santé acceptant de recevoir le patient, en lien avec la gravité de sa pathologie.

Le même forfait, promu à l'époque par mon prédécesseur, n'aurait par ailleurs selon vous pas apporté la démonstration de son efficacité. Laissons-lui, puisqu'il vient tout juste, c'est-à-dire depuis quelques mois, d'être mis en œuvre, un peu de temps. Je ne doute pas que son expérimentation lui permettra de produire dans quelque temps le résultat attendu.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à votre amendement.

**M. Joël Aviragnet.** Si vous voulez accorder du temps à cette expérimentation qui n'a pas encore pu être contrôlée, pourquoi ajouter une nouvelle mesure et donc de la complexité ? Une telle évolution mettra sans doute les services concernés en grande difficulté.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement ASI91 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit précisément de l'amendement que je vous ai annoncé tout à l'heure et qui vise à rétablir la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement ASI89 de M. Jean-Louis Touraine tombe.*

**M. Jean-Louis Touraine.** L'exonération du ticket modérateur en cas de passage aux urgences est-elle réintroduite pour les donneurs d'organes ? Par le passé, un donneur d'organe qui était admis dans un service d'urgences ne le payait pas, ce qui est la moindre des choses. Malheureusement, les nouvelles dispositions les ont oubliés. L'amendement visait donc à restaurer l'exonération du ticket modérateur dont ils bénéficiaient de longue date de pareil tel cas.

**M. le rapporteur général.** Nous sommes effectivement revenus à la rédaction de la première lecture qui ne traite pas, c'est un fait, du point que vous venez de soulever.

Aujourd'hui, les patients donneurs d'organes sont exonérés, comme c'est le cas pour les patients atteints d'une ALD, lorsque le problème qui les amène aux urgences a un lien avec leur don d'organe. Par parallélisme des formes, il faudrait envisager qu'ils bénéficient d'un forfait minoré : nous devons y travailler en vue de la séance publique, car il me semble utile d'en débattre avec le Gouvernement.

**M. Jean-Louis Touraine.** Le plus simple serait d'ajouter que les donneurs d'organes bénéficient du même dispositif que les malades atteints d'une ALD, autrement dit d'une exonération à 100 % dès lors que la pathologie ou les complications les amenant à consulter a un lien avec leur don.

**M. le rapporteur général.** Je vous propose d'en rediscuter d'ici la séance publique.

*La commission examine l'amendement AS192 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir l'expérimentation nationale pour l'usage du forfait de réorientation aux urgences hospitalières.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 28 modifié.*

**Article 28 bis A (nouveau) : Bilan de la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds d'intervention régional**

*La commission examine l'amendement de suppression AS194 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je vous propose de supprimer cet article additionnel, introduit par le Sénat, dans la mesure où l'objectif est d'ores et déjà satisfait : chaque année, deux rapports sont adressés au Parlement.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Monsieur le rapporteur général, si votre amendement est adopté, l'amendement AS88 du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, partenaire de la majorité, tombera. Or nous y sommes particulièrement attachés.

L'article que vous proposez de supprimer réintroduit dans le texte une disposition adoptée en commission, à notre initiative, lors de la première lecture. Il s'agissait d'un amendement de transparence visant à assurer une véritable démocratie sanitaire. Les dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et du Fonds d'intervention régional (FIR), versées chaque année aux établissements de santé, s'élèvent à 9,7 milliards d'euros. Elles seront prochainement augmentées en raison de l'introduction de dotations populationnelles et de la reprise partielle de la dette des hôpitaux publics. Elles peuvent représenter jusqu'à 20 % des financements des établissements de santé.

Le Sénat, par cet article, demande une transparence accrue, comme l'a fait également la Cour des comptes. Notre rôle consiste à voter les financements, mais aussi à contrôler et évaluer la politique du Gouvernement. Pour ce faire, il faut de la transparence. Il faut absolument assurer le contrôle démocratique de ces 9,7 milliards d'euros que nous votons chaque année.

En séance publique, M. le ministre a indiqué qu'il existe un rapport à ce sujet, tout en convenant qu'il est très touffu et qu'il ne permet donc pas d'analyser ces dotations d'un point de vue sectoriel et territorial. Aucun directeur d'établissement de santé ne sait comment sont attribués ces financements. Il s'agit à mes yeux d'un problème de démocratie sanitaire et de transparence : 9,7 milliards d'euros par an, ce n'est pas rien. Que nous votions ces dotations sans pouvoir contrôler les modalités de leur versement aux établissements de santé ne me semble

pas normal. Je vous demande donc, monsieur le rapporteur, de renoncer à votre amendement de suppression pour que nous puissions adopter l'amendement AS88.

**M. Jean-Carles Grelier.** J'abonde dans le sens du rapporteur général. Pour répondre à notre collègue Isaac-Sibille, j'informe la commission que la MECSS s'est saisie de cette question et entamera très prochainement ses travaux d'évaluation des agences régionales de santé (ARS), sous la conduite de notre collègue Firmin Le Bodo et de votre serviteur. Il est évident que la transparence des allocations de fonds réalisées par les ARS dans le cadre des MIGAC fera partie des questions que nous leur poserons. Nous publierons leurs réponses dans notre rapport.

**M. le rapporteur général.** J'indique, pour compléter les propos éclairants de notre collègue Grelier, que deux rapports sont remis chaque année au Parlement. Les inscrire dans la loi, comme je l'ai dit lors de la première lecture du texte, serait sans effet. Il faut surtout travailler avec les services de l'exécutif pour préciser les choses et les rendre plus transparentes. À titre personnel, je préfère que le Parlement se saisisse de ce genre de questions. La MECSS, qui dispose des prérogatives d'une commission d'enquête pour ses démarches de contrôle, pourra opportunément s'en saisir et répondre à cette demande parlementaire, tout à fait légitime au demeurant.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Je prends bonne note de vos réponses, chers collègues. Monsieur Grelier, le rapport que vous publierez dans le cadre de la MECSS sera très intéressant, mais le problème sera d'obtenir les chiffres : vous n'allez pas demander à chaque ARS le montant des dotations qu'elles attribuent aux établissements de santé. Pour les évaluer, un rapport s'impose. Si la Cour des comptes déplore un manque de transparence, si le rapport évoqué par M. le rapporteur général est opaque, c'est bien qu'il y a un souci ! Il s'agit de 9,7 milliards d'euros par an. Je ne comprends pas que le Parlement refuse de faire la transparence à ce sujet, ce qui est la moindre des choses en matière de démocratie sanitaire.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS88 tombe et l'article 28 bis A est supprimé.*

**Article 28 bis B (nouveau) :** *Renforcement du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins*

*La commission adopte l'article 28 bis B sans modification.*

**Article 28 bis C (nouveau) :** *Information de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS193 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'article additionnel introduit par le Sénat dispose que le directeur général de l'ARS informe au moins deux fois par an la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé. Le directeur général de l'ARS rend d'ores et déjà compte à la CRSA de la mise en œuvre de la politique régionale de santé au moins une fois par an, ce qui me semble amplement suffisant. Au demeurant, nous avons eu ce débat l'an dernier, lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Je vous propose donc de supprimer cet article.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 28 bis C est supprimé.*

**Article 28 quater :** *Incitation au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile*

*La commission est saisie de l'amendement AS90 de Mme Audrey Dufeu.*

**Mme Audrey Dufeu.** Je propose de rétablir l'article 28 quater, adopté en première lecture mais supprimé par le Sénat, en le précisant. En première lecture, j'ai indiqué que la France, en matière d'autodialyse et de dialyse à domicile, était un des plus pays européens les moins bien classés : seulement 7 % des patients concernés sont orientés vers une autodialyse ou une dialyse à domicile. Cette proportion oscille entre 25 % et 30 % dans les pays voisins. L'amendement vise à introduire un bonus-malus applicable aux établissements de santé en fonction du taux de patients orientés vers une pratique à domicile.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 28 quater est ainsi rétabli.*

**Article 28 quinquies :** *Rapport sur la réforme de financement des hôpitaux de proximité*

*La commission examine l'amendement AS7 de M. Philippe Vigier.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Il s'agit à nouveau d'un amendement de transparence. Nous avons adopté des dispositions prévoyant le développement des hôpitaux de proximité, mais pour l'heure, on ne voit rien venir. Aucun arrêté n'a été pris pour préciser leur nature. Nous demandons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport à ce sujet, dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi. Voter des lois, c'est bien, mais cela ne suffit pas. Il serait intéressant de demander au Gouvernement pourquoi les hôpitaux de proximité n'ont toujours pas été définis.

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

*La commission maintient la suppression de l'article 28 quinquies.*

**Article 29 :** *Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine*

*La commission examine l'amendement AS218 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat a adopté un amendement supprimant l'expérimentation permettant d'introduire un financement populationnel des activités de médecine. Je propose de la rétablir.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 29 modifié.*

**Article 29 bis (nouveau) :** *Inclusion d'un objectif d'externalisation des soins dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins*

*La commission examine l'amendement de suppression AS219 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement vise à supprimer cet article additionnel, introduit par le Sénat. Il me semble superfétatoire, car ses dispositions relèvent du champ réglementaire.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, le Sénat a supprimé des dispositions relevant du champ réglementaire, et nous les avons rétablies. Il faudra songer à reprendre cet argument pour revenir sur certaines dispositions...

*La commission adopte l'amendement.*

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

**Article 30 :** *Pérennisation et développement des maisons de naissance*

*La commission est saisie de l'amendement AS220 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le Sénat a adopté deux amendements prévoyant que la gestion des maisons de naissance, en plus de la direction médicale, soit exclusivement assurée par des sages-femmes. Tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée nationale, l'article 30 prévoyait que la direction médicale des maisons de naissance soit assurée par des sages-femmes, ce qui permettait de protéger leur rôle. Toutefois, les maisons de naissance pourront utilement être gérées par d'autres acteurs, notamment des acteurs associatifs – c'est déjà le cas pour une d'entre elles. Par ailleurs, le Sénat a adopté une disposition relative à la comptabilisation des naissances en maison de naissance, laquelle ne me semble pas souhaitable. Je propose de rétablir la rédaction initialement adoptée par notre assemblée.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS84 de Mme Justine Benin.*

**Mme Justine Benin.** Cet amendement propose de rétablir la rédaction de l'alinéa 5 adoptée en première lecture, en substituant aux mots « contiguë à » les mots « à proximité immédiate d' ». Nous étions parvenus, en séance publique, à une solution de compromis constituant un bon équilibre.

**M. le rapporteur général.** Attaché à la constance de mes propos, je rappelle avoir indiqué, lors de nos débats en première lecture, que le critère de contiguïté était à mes yeux essentiel. Au cours de l'expérimentation, 22 % des femmes ont été transférées dans une maternité pendant le travail, ce qui place la France dans la moyenne européenne. Cette proportion est loin d'être négligeable. Dans l'attente de données scientifiques complémentaires, il nous semble indispensable de maintenir le critère de contiguïté. Je préfère avancer en assurant la sécurité des femmes enceintes et des nourrissons, afin de consolider progressivement ce dispositif auquel nous sommes nombreux à être attachés.

Avis défavorable.

**Mme Justine Benin.** Je prends note de votre position, monsieur le rapporteur général, et je la regrette. En séance publique, nous étions parvenus à un point d'équilibre entre le Gouvernement et les parlementaires ; je trouve vraiment dommage que vous reveniez dessus.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS82 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous proposons d'insérer, après l'alinéa 5, un alinéa rédigé comme suit : « *Les accouchements assurés au sein d'une maison de naissance sont comptabilisés dans le volume d'activité de l'établissement de santé auquel la maison de naissance est rattachée par convention.* » Nous souhaitons éviter l'enclenchement de mécanismes de concurrence entre les maisons de naissance et les maternités auxquelles elles sont rattachées par convention. Il ne faudrait pas que les accouchements assurés dans les maisons de naissance soient décomptés du volume d'activité réalisé par les maternités, dont la loi fait dépendre leur autorisation d'activité. Si tel était le cas, cela constituerait un argument supplémentaire pour fermer des maternités dont le volume d'activité, en matière d'accouchement, serait jugé insuffisant par les autorités sanitaires.

Tel est l'objet de notre amendement, identique à un amendement tombé lors de l'examen du texte au Sénat. Un amendement similaire a été adopté, contre l'avis du Gouvernement. Par crainte d'un amendement de suppression en nouvelle lecture et pour plus de clarté, nous présentons cet amendement.

**M. le rapporteur général.** De même que l'activité des maisons de naissance est distincte de celle des maternités, leur direction médicale et leur gestion relève de personnes morales distinctes. Il importe de suivre et de valoriser leur

activité de façon indépendante. Par ailleurs, les dispositions proposées sont susceptibles de provoquer des effets de bord.

Avis défavorable.

**M. Adrien Quatennens.** Le risque que j'évoquais apparaît clairement. Les maisons de naissance étant rattachées à une maternité, scinder la comptabilisation des accouchements, c'est offrir un argument en faveur de la fermeture des maternités. Une telle mesure ne se justifie pas. On peut tout à fait penser que les accouchements réalisés en maison de naissance font partie des accouchements comptabilisés au sein des maternités, auxquelles elles sont rattachées. Il faut prendre la mesure des conséquences qu'aurait un rejet de l'amendement.

**M. le rapporteur général.** Les maisons de naissance étant nécessairement rattachées à une maternité, si l'on fermait la maternité, on fermerait aussi la maison de naissance, ce qui ne serait dans l'intérêt d'aucun des acteurs. Les maisons de naissance sont ouvertes dans le cadre d'une convention conclue avec une maternité. Je maintiens qu'il faut comptabiliser de façon distincte les naissances selon qu'elles ont lieu en maison de naissance ou en maternité.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS103 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** L'amendement vise à étendre la pratique du tiers payant aux maisons de naissance. Il faut en ouvrir l'accès au plus grand nombre de femmes possible, dans un esprit de justice sociale.

**M. le rapporteur général.** Nous avons eu ce débat en première lecture. Votre amendement est toujours satisfait, cher collègue. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les professionnels de santé libéraux doivent pratiquer le tiers payant pour les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité.

Demande de retrait, ou avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine l'amendement AS195 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir l'obligation de conformité aux recommandations de la Haute Autorité de santé de la prise en charge en maison de naissance.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS104 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Nous proposons de préciser que le décret d'application pris en Conseil d'État tient compte des conditions de prise en charge par l'assurance

maladie de la rémunération des professionnels exerçant dans les maisons de naissance. L'article 30 du présent projet de loi pérennise les maisons de naissance dans le code de la santé publique, mais ne traite pas des enjeux de leur financement. Si l'objectif du Gouvernement est non seulement de pérenniser, mais également de promouvoir leur développement, il est essentiel de prévoir au plus vite les modalités de leur financement pérenne, ce qui suppose de reconnaître le travail qu'y réalisent les sages-femmes et de définir la rémunération de leurs actes.

**M. le rapporteur général.** L'étude d'impact précise que le financement des maisons de naissance est envisagé en deux temps : « *Dans un premier temps, la situation doit rester identique à la situation actuelle, avec un financement FIR permettant de compenser les surcoûts de certains postes, pour assurer l'équilibre financier des structures. Celui-ci devra intervenir au moins les premières années de fonctionnement des structures, dans l'attente de la mise en œuvre d'un financement du projet. Dans un second temps, un financement au forfait sera inclus dans un projet de réforme globale des modalités de financement en obstétrique, qui a déjà donné lieu à des premiers travaux techniques à partir de l'été de cette année. Les travaux préparatoires doivent se poursuivre, pour une cible de démarrage de ce nouveau mode de financement en 2023.* »

Voilà qui répond à votre préoccupation, cher collègue. Demande de retrait, sinon avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 30 modifié.*

**Article 30 bis (nouveau) :** *Dérogation au parcours de soins coordonné en cas d'orientation par une sage-femme*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression ASI96 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de supprimer la possibilité de déroger au parcours de soins coordonnés lorsque le patient est adressé au médecin spécialiste par une sage-femme – l'adoption de cette disposition par le Sénat m'a surpris.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 30 bis est supprimé.*

**Article 31 :** *Soutien au développement des hôtels hospitaliers*

*La commission examine l'amendement ASI97 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement vise à rétablir la rédaction de l'alinéa 2, relatif au développement des hôtels hospitaliers, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 31 modifié.*

**Article 31 bis** : *Rapport sur les transports bariatriques*

*La commission adopte l'article 31 bis sans modification.*

**Article 32** : *Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations*

*La commission est saisie de l'amendement ASI06 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Le présent article prolonge la prise en charge à 100 % des actes de téléconsultation, décidée au début de la crise sanitaire. Cette prise en charge intégrale pour les seuls assurés consultant leur médecin traitant en téléconsultation induit une inégalité de traitement entre assurés, dans la mesure où les consultations classiques ne sont prises en charge intégralement que si elles s'inscrivent dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

Inscrire une consultation ou une téléconsultation dans ce cadre présente l'intérêt, pour le patient, de bénéficier d'un suivi adapté par son médecin traitant, qui connaît son état de santé. Permettre le remboursement intégral des téléconsultations effectuées hors de ce cadre met en cause les vertus de cette coordination. L'amendement vise à réserver la prise en charge à 100 % aux téléconsultations effectuées dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Afin de faire face aux urgences sanitaires provoquées par l'épidémie de covid-19, nous proposons de maintenir la prise en charge des téléconsultations effectuées hors parcours de soins coordonnés, décidée lors du premier confinement, sous réserve qu'elles aient un rapport avec l'épidémie de covid-19.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement reprend telles quelles des dispositions adoptées au Sénat, cher collègue : il est donc satisfait. Sur la forme, nous ne pouvons pas l'adopter. Sur le fond, j'expliquerai dans un instant, en présentant l'amendement AS123, pourquoi je souhaite que les dispositions adoptées par le Sénat soient supprimées.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS123 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement vise à rétablir la rédaction du premier alinéa adoptée à l'Assemblée nationale en première lecture. Il s'agit de prolonger jusqu'au 31 décembre 2021 – et non jusqu'au 30 juin 2021 – la prise en charge intégrale des téléconsultations par l'assurance maladie obligatoire. Une telle prolongation est nécessaire pour laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils techniques permettant la gestion de la téléconsultation dans le

cadre du droit commun. L'amendement vise donc à supprimer la restriction, introduite par le Sénat, de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie aux seules téléconsultations inscrites dans le cadre du parcours de soins coordonné ou ayant un rapport avec l'épidémie de covid-19. Nous en avons longuement débattu en première lecture.

En application de l'avenant n° 6 à la convention médicale, seules les téléconsultations inscrites dans le cadre du parcours de soins coordonné peuvent être prises en charge par l'assurance maladie. Le présent projet de loi ne prévoit aucune dérogation à ces conditions conventionnelles ; la préoccupation du Sénat est donc satisfaite. Quant aux téléconsultations ayant un rapport avec l'épidémie de covid-19 effectuées hors du parcours de soins coordonné, elles seront prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020. Comme l'a indiqué le Gouvernement au Sénat, en séance publique, cette dérogation, prévue par décret, pourra être prorogée si nécessaire.

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

*Enfin, elle **adopte** l'article 32 **modifié**.*

**Article 32 bis (nouveau) :** *Expérimentation du développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence*

*La commission examine l'amendement de suppression AS125 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il vise à supprimer des dispositions redondantes avec les possibilités ouvertes par les expérimentations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

**M. Thibault Bazin.** Ces dispositions ne sont pas redondantes, au contraire : cette expérimentation permettrait notamment d'intégrer la téléconsultation au seuil des services d'urgence, lors de la phase de triage des patients, dans une salle attenante. Cette pratique a d'ailleurs été adoptée par le centre hospitalier de Gisors. Il me semble souhaitable de conserver ces dispositions, qui sont complémentaires de celles que vous avez évoquées, monsieur le rapporteur. Elles permettraient de donner corps à davantage d'expérimentations.

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

*En conséquence, l'article 32 bis est **supprimé**.*

**Article 33 :** *Prolongation jusqu'au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux*

*La commission examine l'amendement AS87 de M. Cyrille Isaac-Sibille et l'amendement AS211 du rapporteur général.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Le Sénat a prolongé la convention médicale jusqu'au 31 mars 2022. L'amendement du rapporteur général prévoit de la prolonger jusqu'au 31 mars 2023. Je propose par mon amendement de l'avancer au 1<sup>er</sup> octobre 2022.

Nous demandons des efforts significatifs à la médecine de ville. Le Ségur de la santé a revalorisé les carrières de l'hôpital public et c'est une très bonne chose. En revanche, pour la médecine de ville, il ne prévoit pas grand-chose. La prolongation de la convention médicale pour trois ans me semble excessive. La renégocier en période électorale, comme le propose le Sénat en la prolongeant jusqu'au 31 mars 2022, n'est pas évident. Anticiper sa renégociation au mois d'octobre 2022 serait une bonne chose.

**M. le rapporteur général.** Nous avons eu ce débat en première lecture. Je propose, par le biais de mon amendement, de rétablir la rédaction adoptée par notre Assemblée en première lecture. Des discussions sont en cours ; un avenant conventionnel est en cours de négociation avec les syndicats. Ces négociations permettront peut-être d'étudier l'opportunité d'avancer de quelques mois l'entrée en vigueur de la nouvelle convention, comme l'avait indiqué M. le ministre en séance publique. Peut-être pourra-t-il nous éclairer lors de la nouvelle lecture du texte dans l'hémicycle. En attendant, je propose de nous en tenir à la rédaction que nous avons adoptée en première lecture.

J'émetts donc un avis défavorable à l'amendement AS87 et propose que nous adoptions l'amendement AS211.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur général, votre amendement m'inspire une observation : on ne peut pas systématiquement s'aligner sur le Gouvernement. Lors de nos débats en première lecture, vous avez indiqué que nous pourrions peut-être gagner quelques mois. Vous venez de le dire à nouveau. Que la commission prenne ses responsabilités ! Qu'elle les gagne, en rappelant que la prolongation de la convention médicale pour trois ans est un véritable *casus belli* pour les syndicats de la profession. Il n'est pas envisageable de reporter de trois ans la revalorisation de leur rémunération, compte tenu du contexte sanitaire, qui les place en première ligne. Il faut réduire ce délai. La date du 31 mars 2022, proposée par le Sénat, est encore trop lointaine ; celle que vous proposez est proprement inacceptable pour la profession. Il faut rejeter votre amendement.

*La commission **rejette** l'amendement AS87.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS211.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 33 **modifié**.*

**Article 33 bis A (nouveau) :** *Suppression de la procédure spécifique de détermination des forfaits techniques de radiologie*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS126 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il vise à supprimer une disposition, introduite au Sénat, abrogeant la procédure de détermination des forfaits techniques en radiologie.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 33 bis A est supprimé.*

**Article 33 bis B (nouveau) :** *Possibilité, via la négociation conventionnelle, de verser une aide financière supplémentaire aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS127 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je suis sensible à la préoccupation dont cet article est l'écho. Il est essentiel d'offrir aux assurés sociaux un système lisible et équitable, favorisant une prise effective des congés parentaux.

Toutefois, l'avantage supplémentaire maternité, que le présent article vise à étendre à d'autres professionnels de santé que les médecins, a été spécifiquement instauré pour les jeunes femmes médecins, qui s'installent tard, en raison de la durée de leurs études. Les enjeux de leur couverture maternité constituent un paramètre de choix important lors de leur installation. Une mission visant à analyser les divergences en matière de congé maternité a récemment été confiée à notre collègue Marie-Pierre Rixain. Elle n'a pas conclu à l'opportunité d'étendre l'avantage supplémentaire maternité à d'autres professionnels de santé que les médecins. L'amendement vise donc à supprimer cet article introduit par le Sénat.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 33 bis B est supprimé.*

**Article 33 ter :** *Conventionnement sélectif des centres de santé*

*La commission est saisie de l'amendement AS128 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il vous est proposé de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS57 de Mme Émilie Bonnivard tombe.*

*La commission adopte l'article 33 ter modifié.*

**Article 33 quater :** *Généralisation du tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé »*

*La commission adopte l'article 33 quater sans modification.*

**Article 34 :** *Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole*

*La commission est saisie de l'amendement AS129 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 34 modifié.*

**Article 34 quater :** *Création d'un dispositif d'indemnités journalières unique pour les professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professionnels libéraux*

*La commission adopte l'article 34 quater, sans modification.*

**Article 34 quinquies :** *Expérimentation de l'ouverture de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse instrumentale aux sages-femmes*

*La commission est saisie des amendements identiques AS6 de Mme Perrine Goulet, AS9 de M. Jean-Louis Touraine et AS121 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Justine Benin.** L'amendement AS6 est défendu.

**M. Jean-Louis Touraine.** En première lecture, l'Assemblée a adopté, à titre expérimental, des dispositions offrant la possibilité aux sages-femmes de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG) instrumentales dans certaines conditions.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse, et elles sont compétentes et formées pour pratiquer des gestes endo-utérins. Elles peuvent donc parfaitement pratiquer des IVG instrumentales ; du reste, l'OMS recommande que les sages-femmes puissent les réaliser pendant le premier trimestre de la grossesse.

Cette mesure permettra de réduire les difficultés d'accès aux IVG dans certaines parties du territoire, notamment pendant les mois d'été, lorsque de nombreux gynécologues sont en vacances. Des délais très excessifs sont imposés à certaines femmes en raison de l'absence de praticiens. Les sages-femmes

appartiennent aux professions médicales, notamment eu égard à leur responsabilité. Il est malheureux que les sénateurs aient supprimé cette mesure. Mon amendement tend tout simplement à la rétablir.

**M. Joël Aviragnet.** Notre amendement a exactement le même objet. L'expérimentation de cette extension de compétence permettra d'identifier les conditions préalables en matière de formation, d'organisation et d'expérience, nécessaires à une généralisation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en établissement de santé.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'article 34 quinquies est **ainsi rétabli**.*

**Article 34 sexies :** *Expérimentation d'un parcours de soins global pour les personnes atteintes de diabète de type 2*

*La commission **adopte** l'article 34 sexies, **sans modification**.*

## CHAPITRE II ALLONGER LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT ET LE RENDRE POUR PARTIE OBLIGATOIRE

**Article 35 ter A (nouveau) :** *Transmission automatique des informations sur le débiteur de pensions alimentaires auprès d'un créancier*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS216 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Nous proposons de rétablir les modalités actuelles de transmission des informations relatives aux débiteurs défaillants, et par conséquent de supprimer l'obligation faite aux directeurs des caisses d'allocations familiales de fournir des informations sur les débiteurs de pensions alimentaires.

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

*En conséquence, l'article 35 ter A est **supprimé**.*

**Article 35 ter B (nouveau) :** *Sanction du silence gardé par le parent débiteur d'une pension alimentaire*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS217 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article pourrait paradoxalement réduire l'incitation des parents débiteurs défaillants à fournir des informations à l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 35 ter B est supprimé.*

**Article 35 ter :** *Versement de la prime de naissance au septième mois de grossesse*

*La commission adopte l'article sans modification.*

### CHAPITRE III

#### TIRER LES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE

**Article 36 :** *Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

*La commission examine l'amendement ASI30 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose le rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement ASI08 de M. Hervé Saulignac.*

**M. Joël Aviragnet.** Par l'amendement ASI08, les députés du groupe Socialistes et apparentés proposent de supprimer l'alinéa 8. L'adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave ne doit pas exonérer le Gouvernement des consultations obligatoires des conseils et des conseils d'administration des caisses nationales concernées. Cet amendement a été suggéré par l'Union nationale des syndicats autonomes.

**M. le rapporteur général.** Je souhaite associer autant que possible les caisses aux mesures réglementaires prises par le Gouvernement, mais les situations de risque sanitaire grave justifient de transformer la procédure de consultation des caisses en procédure d'information.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 36 modifié.*

**Article 37 :** *Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité*

*La commission est saisie de l'amendement ASI31 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il est proposé de rétablir le transfert de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) à la sécurité sociale. Il n'y a aucun obstacle à ce que l'ASI, qui relève de la solidarité nationale, soit financée par la

branche maladie de la sécurité sociale. Le premier article du code de la sécurité sociale indique bien que « *la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale* ».

Il s'agit d'une mesure de clarification de bon sens qui permet de rapprocher le financement de l'ASI du financement de l'invalidité, en raison de leur caractère indissociable.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 37 est ainsi rétabli.*

**Article 37 bis (nouveau) :** *Automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI32 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article pose des problèmes techniques que nous avons évoqués en première lecture.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 37 bis est supprimé.*

**Article 37 ter (nouveau) :** *Suppression du transfert du financement de l'Agence nationale de santé publique de l'État à l'assurance maladie*

*La commission examine l'amendement de suppression ASI33 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Nous proposons également de supprimer cet article. Ce sujet a été débattu à l'article 6 bis A.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 37 ter est supprimé.*

#### CHAPITRE IV ASSOULIR ET SIMPLIFIER

**Article 38 :** *Prises en charge dérogatoires des médicaments*

*La commission examine l'amendement ASI98 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose le rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale concernant le délai applicable au remboursement des médicaments en phase post-autorisation temporaire d'utilisation.

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

*Elle en vient à l'amendement AS199 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit à nouveau de rétablir la rédaction adoptée en première lecture.

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

*Elle examine ensuite l'amendement AS200 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement n'a pas été examiné en première lecture. Il vise à fixer par décret le délai de dépôt de la demande d'accès précoce pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée à un stade dit très précoce. Le délai de trois mois actuellement prévu peut créer des difficultés, notamment pour certaines maladies rares. Sa définition par décret donnerait un peu de souplesse.

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

*Puis elle est saisie des amendements AS201, AS202, AS203, AS204, AS205, AS206 et AS207 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Tous ces amendements ont pour objet de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée en première lecture.

*La commission **adopte** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 38 **modifié**.*

**Article 38 bis A (nouveau) :** *Prise en compte des données de vie réelle lors de l'évaluation par la Haute Autorité de santé des produits de santé*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS208 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'objectif de cet article introduit par les sénateurs est déjà satisfait.

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

*En conséquence, l'article 38 bis A est **supprimé**.*

**Article 38 bis B (nouveau) :** *Actualisation annuelle de la « liste en sus » dispositifs médicaux*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS209 du rapporteur général*

**M. Thibault Bazin.** Encore un amendement de suppression... ne l'appellez plus M. le rapporteur, mais M. le sécateur !

**M. le rapporteur général.** M. Bazin est toujours aussi taquin...

Encore un amendement sécateur : l'actualisation de la « liste en sus », pour radier les produits, doit prendre en compte la capacité des établissements à absorber les coûts des dispositifs médicaux. Il convient de maintenir une forme de souplesse dans laquelle je ne voudrais pas tailler, monsieur Bazin !

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

*En conséquence, l'article 38 bis B est **supprimé**.*

**Article 38 bis C (nouveau) :** *Élargir l'accès à la « liste en sus »*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS210 du rapporteur général.*

*En conséquence, l'article 38 bis C est **supprimé**.*

**Article 39 :** *Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile*

*La commission **adopte** l'article 39 sans **modification**.*

**Article 40 :** *Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire*

*La commission **adopte** l'article 40 sans **modification**.*

**Article 40 bis :** *Lutte contre le non-recours aux droits et aux prestations*

*La commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS93 de Mme Christine Cloarec-Le Nabour, qui fait l'objet du sous-amendement AS224 du rapporteur général, et AS113 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Christine Cloarec-Le Nabour.** Nous proposons de revenir à la rédaction initiale de cet article. Il est essentiel d'inscrire dans le code de la sécurité sociale que la lutte contre le non-recours aux droits et prestations fait partie des missions des caisses.

Le non-recours aux droits fragilise une partie des assurés sociaux, souvent les plus vulnérables. Cela implique de diffuser largement une information claire et simple sur les conditions d'ouverture de droits, les formalités à accomplir pour en bénéficier, et de faciliter les démarches des demandeurs par la mise à disposition d'outils tels que le portail numérique des droits sociaux et des téléservices de demande en ligne.

Il convient donc que les organismes de sécurité sociale soient explicitement chargés par la loi d'une mission de lutte contre le non-recours. Ils doivent être

autorisés à échanger et traiter des données personnelles, y compris des personnes qui ne comptent pas parmi leurs allocataires ou assurés.

Cette expérimentation, si elle s'avère probante, aura vocation à être généralisée.

**M. le rapporteur général.** Le sous-amendement se borne à corriger une erreur rédactionnelle : il faut faire référence à l'article L. 216-1 et non à l'article L. 261-1. Sous réserve de son adoption, avis favorable à l'amendement AS93.

**M. Joël Aviragnet.** Mon amendement a aussi pour objet de revenir à la rédaction initiale, qui confie aux organismes de sécurité sociale une mission de lutte contre le non-recours aux droits et leur donne les moyens juridiques pour accomplir cet objectif.

**M. le rapporteur général.** Je suggère le retrait de cet amendement, car il n'a pas été modifié pour prendre en compte la rédaction adoptée au Sénat.

**M. Joël Aviragnet.** L'essentiel est que la rédaction initiale soit rétablie.

*L'amendement AS113 est retiré.*

*La commission adopte le sous-amendement AS224, puis l'amendement AS93 sous-amendé.*

*En conséquence, l'article 40 bis est ainsi rédigé.*

**Article 42 : Isolement et contention**

*La commission examine l'amendement AS120 de Mme Valérie Rabault.*

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement vise à rendre automatique la saisine du juge des libertés et de la détention lors du renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention décidée par un psychiatre.

**M. le rapporteur général.** Le droit à un recours effectif est bien garanti par le présent article. Les proches du patient pourront saisir le juge, ce que ne peut concrètement et matériellement faire un patient sous mesure d'isolement ou de contention. Le juge pourra se saisir d'office pour mettre un terme aux mesures en cours s'il l'estime nécessaire à la lumière des informations qui lui seront systématiquement transmises. Le procureur de la République sera lui aussi systématiquement informé.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS212 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je précise à M. Bazin que je suis plus adepte du scalpel que du sécateur... Cet amendement supprime une disposition introduite par le Sénat pour rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 42 modifié.*

## CHAPITRE V DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

**Article 43 A :** *Amélioration de la lutte contre la fraude aux prestations sociales en développant les contrôles portant sur la régularité du séjour des assurés étrangers en France*

*La commission adopte l'article 43 A sans modification.*

**Article 43 BA (nouveau) :** *Fusion du répertoire national des bénéficiaires de la branche famille et du répertoire national commun de la protection sociale*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS181 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** La fusion du répertoire national des bénéficiaires de la branche famille et du répertoire national commun de la protection sociale n'est pas opportune.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 43 BA est supprimé.*

**Article 43 BB (nouveau) :** *Annulation automatique d'un numéro d'inscription au répertoire obtenu frauduleusement*

*La commission adopte l'article 43 BB sans modification.*

**Article 43 BC (nouveau) :** *Association des tribunaux de commerce à la lutte contre la fraude sociale*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS182 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article est satisfait par le droit existant.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 43 BC est supprimé.*

**Article 43 DA (nouveau) :** *Précision dans le code de la sécurité sociale du délai de prescription de cinq ans pour les indus frauduleux*

*La commission adopte l'article 43 DA sans modification.*

**Article 43 F :** *Conditionnalité des remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé à leur inscription à l'ordre dont ils dépendent*

*La commission est saisie de l'amendement ASI74 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Je propose de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée. Cet article conditionne les remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé à leur inscription à l'ordre dont ils dépendent. Lors des nombreux échanges dont il a fait l'objet, un malentendu a pu surgir avec l'ordre des infirmiers. Cette rédaction est opérante et ne soulève pas de difficultés.

**M. Thibault Bazin.** Je préfère que le rapporteur fasse preuve d'un tel esprit constructif qui permet de ne pas nous priver d'un dispositif législatif intéressant, surtout pour lutter contre les fraudes. Si un médecin libéral n'est pas inscrit à l'ordre, il n'est pas possible de le poursuivre en cas de fraude.

Le rétablissement de la rédaction de l'Assemblée est une bonne chose, il faudra étudier les termes retenus pour en évaluer l'impact, mais il me semble que les infirmiers militaires sont par nature exemptés d'inscription à l'ordre.

**M. le rapporteur général.** Effectivement, nous profitons du rétablissement de cet article pour préciser la situation des infirmiers militaires.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 43 F est ainsi rétabli.*

**Article 43 G (nouveau) :** *Facilitation des contrôles a priori par l'assurance maladie des professionnels de santé déjà sanctionnés ou condamnés pour fraude*

*La commission adopte l'article 43 G sans modification.*

**Article 43 H (nouveau) :** *Déconventionnement d'office d'un professionnel de santé ayant été sanctionné ou condamné plusieurs fois pour fraude*

*La commission adopte l'article 43 H sans modification.*

**Article 43 I (nouveau) :** *Garantie de l'entrée en vigueur de deux dispositions légales tendant à renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales*

*La commission adopte l'article 43 I, sans modification.*

**Article 43 J (nouveau) :** *Évaluation triennale des prestations sociales versées indûment*

*La commission examine l'amendement de suppression AS183 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet article n'a pas sa place dans la loi : il relève davantage des conventions d'objectifs et de gestion.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 43 J est supprimé.*

**Article 43 K (nouveau) :** *Mise en place et expérimentation de cartes Vitale biométriques*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS184 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** La suppression de cet article sur la mise en place et l'expérimentation des cartes Vitale biométriques s'impose pour des raisons tenant tant à la rédaction du dispositif qu'à son opportunité.

Sur la forme, cet article est particulièrement curieux : il prévoit un dispositif pérenne pour mettre en circulation des cartes biométriques, et dans un second temps, une expérimentation de ces mêmes cartes... Sur le fond, le Gouvernement a engagé depuis plus d'un an une expérimentation sur la mise en place d'une carte Vitale dématérialisée, mieux sécurisée ; il nous en dira plus en séance. Il serait enfin dommage de préempter le débat sur la proposition de loi du groupe Les Républicains portant sur les cartes vitales biométriques, prévu le 3 décembre prochain, en adoptant un article issu d'un amendement d'appel.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 43 K est supprimé.*

**Article 43 :** *Dotations de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et aux agences régionales de santé*

*La commission examine l'amendement AS134 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

Puis elle **adopte** l'article 43 **modifié**.

**Article 45 bis** : Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021

La commission **examine** l'amendement AS135 du rapporteur général.

**M. le rapporteur général**. Comme l'a rappelé le Gouvernement au Sénat, il est très difficile d'identifier précisément les surcoûts dans l'ONDAM dus à la pandémie de covid-19. Je propose donc de supprimer la fin de cet article et de rétablir la rédaction de l'Assemblée.

La commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 45 bis **modifié**.

**Article 46** : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

La commission est saisie de l'amendement AS136 du rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

**M. le rapporteur général**. L'amendement propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale pour fixer le montant de la compensation pour sous-déclaration à un milliard d'euros et non 760 millions, comme voté au Sénat.

La commission **adopte** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 46 **modifié**.

**Article 46 bis** : Simplification des modalités déclaratives des accidents du travail et des maladies professionnelles

La commission **adopte** l'article 46 bis **sans modification**.

**Article 46 ter (nouveau)** : Allongement des délais de dépôt des demandes d'indemnisation des victimes de pesticides

La commission **adopte** l'article 46 ter **sans modification**.

**Article 46 quater (nouveau)** : Report de la date de remise du rapport du Gouvernement sur les conséquences de la définition retenue pour les produits phytopharmaceutiques couverts par le fonds d'indemnisation

La commission **adopte** l'article 46 quater **sans modification**.

**Article 47 bis :** *Interdiction du versement d'une pension de réversion à un conjoint condamné pour violences conjugales*

La commission **adopte** l'article 47 bis **sans modification**.

**Article 47 ter :** *Recours à la biométrie pour vérifier l'existence des retraités résidant à l'étranger*

La commission **adopte** l'article 47 ter **sans modification**.

**Article 47 quater :** *Simplification de l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer pour les bénéficiaires d'un congé de proche aidant*

La commission **adopte** l'article 47 quater **sans modification**.

**Article 47 quinquies (nouveau) :** *Réunion d'une conférence des financeurs en vue de redresser les comptes du système de retraite*

La commission est saisie des amendements de suppression AS185 du rapporteur pour l'assurance vieillesse, AS14 de M. Joël Aviragnet et AS105 de M. Julien Dive.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse.** Nous avons tous le souci de rééquilibrer les comptes de la branche vieillesse, mais lancer une réforme d'une telle ampleur au détour d'un amendement voté un samedi après-midi au Sénat, qui plus est en pleine crise sanitaire, économique et sociale, ne me paraît pas de bonne méthode. Cette question doit en effet faire l'objet d'un débat de fond, après que nous aurons reçu le rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR), qui devrait nous être transmis prochainement.

Je vous propose donc de supprimer l'article 47 *quinquies*, qui comporte des mesures paramétriques telles que le report de l'âge de départ à la retraite à 63 ans, l'allongement anticipé de la durée de cotisation et la convergence des régimes spéciaux.

**M. Joël Aviragnet.** Notre amendement a le même objet. La réforme des retraites ayant été suspendue en raison de la crise économique, on ne saurait accepter qu'elle revienne par le biais d'un amendement du Sénat sans avoir été précédée d'un débat de société. Il convient de saluer la volonté des sénateurs de rétablir l'équilibre des comptes sociaux, mais il est nécessaire de réfléchir, dans cette optique, au financement de la sécurité sociale et à la pertinence d'un certain nombre d'exonérations de cotisations.

**M. Thibault Bazin.** Je tiens à rappeler la nécessité de réformer notre système de retraite. Il n'est pas besoin d'attendre le rapport du COR pour savoir que son déficit est très inquiétant – il serait déjà de 30 milliards d'euros – pour l'avenir des pensions. L'amendement d'appel adopté par le Sénat a au moins le mérite d'exister car, depuis le scandaleux « 49-3 » du printemps, nous sommes dans le flou. Certes, monsieur le rapporteur, un débat de fond sera nécessaire, mais il faudra

surtout que le Gouvernement renonce à la méthode qui nous a menés dans le mur au printemps et qu'il recoure davantage à la concertation. Car, ne soyons point amnésiques, ce n'est pas la crise de la covid-19 mais bien une crise politique qui a conduit à l'arrêt de la réforme.

Bien entendu, comme le propose mon collègue Julien Dive dans son amendement AS105, il convient de supprimer l'article 47 *quinquies*, car ce n'est pas par un amendement au PLFSS que nous réaliserons une telle réforme. Mais il faut entendre cet appel en faveur d'une réforme structurelle si nous voulons éviter une baisse des pensions de nos retraités, qui souffrent déjà de l'augmentation de la CSG imposée par la majorité au début du quinquennat.

**M. le rapporteur pour l'assurance vieillesse.** Monsieur Bazin, vous évoquez un déficit de 30 milliards d'euros, mais ce déficit est conjoncturel, lié à la crise. Or le Sénat propose d'y remédier par des mesures paramétriques, c'est-à-dire une réforme structurelle. Le projet de loi relatif au système de retraite comportait deux volets : le premier consistait à instaurer un nouveau système par points ; le second procédait à un rééquilibrage. Il faut donc remettre le sujet sur la table, étant entendu que nous avons tous le même souci.

**M. Nicolas Turquois.** Monsieur Bazin, la question des retraites doit effectivement être traitée – ce n'est pas le rapporteur du projet de loi relatif au système de retraite qui vous contredira sur ce point –, mais l'amendement du Sénat avait un but avant tout politique. À l'heure où l'ensemble des jeunes peuvent légitimement s'inquiéter de leur insertion sur le marché du travail, proposer de reporter l'âge de départ à la retraite, c'est agiter un véritable chiffon rouge au moment où des tensions sont perceptibles dans la société. Il était particulièrement dommage d'adopter une telle mesure au détour d'un amendement, qui plus est un samedi après-midi. Je suis donc favorable à la suppression de cet article.

*La commission adopte les amendements identiques.*

*En conséquence, l'article 47 quinquies est supprimé.*

**Article 49 ter (nouveau) :** *Expérimentation visant à déléguer aux agences régionales de santé ou aux conseils départementaux la totalité des compétences en matière de tarification des établissements pour personnes âgées*

*La commission examine l'amendement de suppression AS186 de la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.*

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** L'article 49 *ter*, introduit par le Sénat, prévoit une expérimentation de cinq ans afin de permettre aux ARS et aux conseils départementaux d'organiser par convention la délégation, au profit de l'une d'entre elles, de la compétence de fixation et de révision des tarifs attribués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Évidemment, nous partageons la volonté du Sénat de simplifier les relations entre les autorités de contrôle et de financement, à savoir les ARS et les

départements. Mais je m'interroge sur la pertinence de l'expérimentation proposée, dont la durée me paraît de surcroît inadaptée, dès lors que des concertations seront menées dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le « Laroque de l'autonomie ».

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 49 ter est supprimé.*

**Article 50 bis (nouveau) :** *Possibilité de partage de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé entre deux parents séparés*

*La commission est saisie de l'amendement AS187 de la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.*

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** L'article 50 bis a pour objet de permettre le partage de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) entre deux parents séparés ou divorcés dès lors qu'ils assurent une garde alternée de l'enfant. Je ne peux que souscrire à la volonté des sénateurs, mais cette problématique n'est pas propre à l'AEEH et doit donc faire l'objet d'une étude approfondie dans le cadre d'un projet global. La ministre déléguée chargée de l'autonomie a du reste précisé que le Gouvernement comptait réfléchir à une évolution du mode de fonctionnement des prestations familiales régies par le principe de l'allocataire unique. Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, je vous propose de revenir sur cet article.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 50 bis est supprimé.*

**Article 52 :** *Rapport sur les places en établissement pour personnes en situation de handicap*

*La commission examine l'amendement AS58 de M. Michel Lauzzana.*

**Mme Véronique Hammerer.** Il s'agit de rétablir l'article 52, adopté par notre Assemblée en première lecture, aux termes duquel le Gouvernement remet au Parlement un rapport comptabilisant les places d'accueil d'enfants et d'adultes en situation de handicap. Ce rapport permettra également de réfléchir au système et d'identifier les besoins des personnes en fonction de leur niveau d'autonomie, en respectant leur volonté de s'intégrer dans la société, leur inclusion étant pour cette dernière une impérieuse nécessité.

**Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social.** Avis favorable, par souci de cohérence avec la position de la commission en première lecture. Cependant, notre collègue sénatrice Mme Guidez ayant relevé qu'il était fait mention dans cet article des personnes « souffrant » de handicap, je déposerai en séance publique un amendement visant à substituer à ce mot les mots : « en situation de ».

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

*En conséquence, l'article 52 est **ainsi rétabli**.*

*La commission **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 **modifié**.*

## ANNEXE : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DU PROJET DE LOI

Article	Dispositions modifiées Code et lois	Numéro d'article
<i>3 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 862-4
<i>4 ter</i>	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
<i>4 quater</i>	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
<i>4 quinquies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 131-2
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 135-2
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-2
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-2
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-8
<i>6 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 351-3
<i>6 bis</i>	Code du travail	L. 1233-71
<i>6 bis</i>	Code du travail	L. 1233-72
<i>6 bis</i>	Code du travail	L. 1237-18-3
<i>6 bis</i>	Code du travail	L. 5122-4
<i>6 bis</i>	Code du travail	L. 5422-10
10A	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
13	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	8
<i>13 bis A</i>	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
<i>13 bis B</i>	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
<i>13 bis C</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-8
<i>13 bis D</i>	Code de la sécurité sociale	L. 241-2-1
<i>13 bis E</i>	Code de la sécurité sociale	L. 243-6
<i>13 bis F</i>	Code de la santé publique	L. 1434-4
<i>13 bis G</i>	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-25
<i>13 bis G</i>	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-35
<i>13 ter B</i>	Code de la sécurité sociale	L. 241-14
<i>13 ter</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
<i>13 ter</i>	Code de la sécurité sociale	L. 242-1
<i>13 quater</i>	Code de la sécurité sociale	L. 752-3-2
<i>13 quinquies A</i>	Code de la sécurité sociale	L. 646-3
<i>13 quinquies</i>	Loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes	17
<i>13 septies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-6
<i>13 septies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-7
<i>13 septies</i>	Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	15

Article	Dispositions modifiées Code et lois	Numéro d'article
13 septies	Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	16
13 octies	Code de la sécurité sociale	L. 382-31
14 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
15	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-13-2
15 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-2
15 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 725-3
15 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 724-11
15 sexies	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-11
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-2
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-3
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-4
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5-1 [nouveau]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-6
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7-1-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7-3
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-8 [abrogé]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-9 [abrogé]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-10 [abrogé]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-3
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 233-2
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 521-2 [abrogé]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 321-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 581-10 [abrogé]
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 541-4
16	Code de la sécurité sociale	L. 114-5
16	Code de la sécurité sociale	L. 114-8
16	Code de la sécurité sociale	Section 14 du chapitre VII du titre III du livre 1 <sup>er</sup> [nouvelle] : art. L. 137-40 et L. 137-41
16	Code de la sécurité sociale	L. 168-11
16	Code de la sécurité sociale	L. 200-3
16	Code de la sécurité sociale	L. 225-1
16	Code de la sécurité sociale	L. 227-1
16	Code de la sécurité sociale	L. 227-3
16	Code de la sécurité sociale	L. 541-5 [nouveau]
16	Code rural et de la pêche maritime	L. 722-8
16	Code rural et de la pêche maritime	L. 722-27
16 ter	Code de l'action sociale et des familles	L. 281-2-1 [nouveau]

<b>Article</b>	<b>Dispositions modifiées Code et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
17	Code de la sécurité sociale	L. 138-13
17	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-3
17 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 138-2
17 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 138-19-10
17 bis C	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4
17 bis D	Code de la sécurité sociale	L. 165-2
17 bis E	Code de la sécurité sociale	L. 245-2
17 bis F	Code de la sécurité sociale	L. 245-6
17 bis G	Code de la santé publique	L. 5121-29
17 bis G	Code de la sécurité sociale	L. 138-1
17 bis	Code de la sécurité sociale	L. 138-19-8
17 quinquies	Code de la santé publique	L. 1221-14
18	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
18	Code de la sécurité sociale	L. 241-2
18	Code de la sécurité sociale	L. 612-5
18	Code de la sécurité sociale	L. 635-4-1
25 AA	Code de la sécurité sociale	L. 162-21-3
25 B	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-8-1
26	Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	40
28	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-8-2
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-9-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-10
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-11-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 169-2
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-6-1 [abrogé]
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-16
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 174-15
28	Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	35
28	Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	34
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	57
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	64

Article	Dispositions modifiées Code et lois	Numéro d'article
28	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	43 [abrogé]
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1
28 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-13-1 [nouveau]
28 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-3
28 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-4
28 bis C	Code de la santé publique	L. 1432-2
29 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-2
30	Code de la santé publique	Chapitre III <i>ter</i> du titre II du livre III de la sixième partie [rétabli] : art. L. 6323-4 à L. 6323-4-5
30 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-3
32	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
32 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
33 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 [abrogés]
33 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 162-9
33 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-32-1
33 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-32-2
33 quater	Code de la sécurité sociale	L. 871-1
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 621-1
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 621-2
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 621-3
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 622-1
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 622-2
34 quater	Code de la sécurité sociale	L. 641-2
35 ter A	Code de la sécurité sociale	L. 581-8
35 ter B	Code de la sécurité sociale	L. 582-1
37 bis	Code de la sécurité sociale	L. 815-27
37 ter	Code de la santé publique	L. 1413-12
38	Code de la santé publique	L. 5121-1
38	Code de la santé publique	L. 5121-12
38	Code de la santé publique	L. 5121-12-1
38	Code de la santé publique	L. 5121-12-1-1 [nouveau]
38	Code de la santé publique	L. 5121-14-3
38	Code de la santé publique	L. 5121-18
38	Code de la santé publique	L. 5121-20
38	Code de la santé publique	L. 5123-2
38	Code de la santé publique	L. 5124-13
38	Code de la santé publique	L. 5126-6
38	Code de la santé publique	L. 5421-8
38	Code de la santé publique	L. 5422-3
38	Code de la santé publique	L. 5422-18
38	Code de la santé publique	L. 5432-1
38	Code de la santé publique	L. 5521-6

<b>Article</b>	<b>Dispositions modifiées Code et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
38	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 138-10
38	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-1
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-1-1
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-2
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-3
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-1-2
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-2-1
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-18
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7-3
38	Code de la sécurité sociale	L. 182-2
38	Code de la sécurité sociale	L. 315-2
38 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
38 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7-3
38 bis C	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7
40	Code de la sécurité sociale	L. 861-7
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-1
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-2
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-4
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-5
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-7
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-8
42	Code de la sécurité sociale	L. 3222-5-1
42	Code de la sécurité sociale	L. 3211-12
42	Code de la sécurité sociale	L. 3211-12-1
42	Code de la sécurité sociale	L. 3211-12-2
42	Code de la sécurité sociale	L. 3211-12-4
42	Code de la sécurité sociale	L. 3211-12-5
43 A	Code de la sécurité sociale	L. 114-10-2
43 BA	Code de la sécurité sociale	L. 114-12-1
43 BA	Code de la sécurité sociale	L. 114-12-2
43 BB	Code de la sécurité sociale	L. 114-12-3
43 BC	Code de la sécurité sociale	L. 114-16-3
43 DA	Code de la sécurité sociale	L. 553-1
43 G	Code de la sécurité sociale	L. 161-36-3
43 H	Code de la sécurité sociale	L. 162-15-1
43 I	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-14-2
43 I	Code de la sécurité sociale	L. 162-15-1
43 J	Code de la sécurité sociale	L. 224-14
46	Code de la sécurité sociale	L. 176-1

<b>Article</b>	<b>Dispositions modifiées Code et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
46 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 751-26
46 bis	Code de la sécurité sociale	L. 321-2
46 bis	Code de la sécurité sociale	L. 441-4
46 bis	Code de la sécurité sociale	L. 441-6
46 ter	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	70
46 quater	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	70
47 bis	Code pénal	221-9-2 [nouveau]
47 bis	Code pénal	222-48-3 [nouveau]
47 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-41-1
47 bis	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-62
47 bis	Code de la sécurité sociale	L. 114-22-2 [nouveau]
47 bis	Code de la sécurité sociale	L. 161-22-3 [nouveau]
47 bis	Code de la sécurité sociale	L. 342-1-1
47 bis	Code de la sécurité sociale	L. 353-1-1 [abrogé]
47 bis	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	Chapitre VI [nouveau] : art. 23-9
47 ter	Code de la sécurité sociale	Paragraphe 6 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I <sup>er</sup> du titre VI du livre I <sup>er</sup> [nouveau] : art. L. 161-24 à L. 161-24-3
47 quater	Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et à la transformation des entreprises	1 <sup>er</sup>
47 quinquies	Code de la sécurité sociale	L. 161-17-2
47 quinquies	Code de la sécurité sociale	L. 161-17-3
47 quinquies	Code de la sécurité sociale	L. 351-8
50 bis	Code de la sécurité sociale	L. 541-1